

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

MARIE-EVE FRÉCHETTE

LE NIVEAU D'HABILETÉS PROSOCIALES COMME VARIABLE  
MODÉRATRICE EN CE QUI A TRAIT AUX PROBLÈMES INTÉRIORISÉS  
CHEZ LES ENFANTS MALTRAITÉS

MAI 2001

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

Cette recherche a pour but de vérifier si le niveau d'habiletés prosociales agit comme facteur de protection et, plus spécifiquement, comme variable modératrice en ce qui a trait aux problèmes intériorisés chez les enfants maltraités. Les hypothèses de recherche sont les suivantes : les enfants maltraités obtiennent des scores plus élevés de problèmes intériorisés que les enfants non maltraités selon les informations rapportées par la mère et par l'éducatrice ; la proportion d'enfants se situant dans la zone clinique des problèmes intériorisés est plus élevée chez les enfants maltraités selon les informations rapportées par la mère et par l'éducatrice ; il existe une corrélation négative significative entre le niveau d'habiletés prosociales et le niveau de problèmes intériorisés ; l'interaction entre les habiletés prosociales et le statut de maltraitance explique une proportion significative de la variance observée dans les problèmes intériorisés (effet modérateur). L'échantillon se compose de 123 enfants, dont 52 sont victimes de mauvais traitements (23 négligés, 29 négligés et violents) et 71 enfants n'ayant pas reçu de signalement de maltraitance. Le CBCL est administré à la mère en vue d'obtenir un score de problèmes intériorisés, tandis que le QECP est administré à l'éducatrice en garderie, pré-maternelle ou maternelle pour obtenir un score d'habiletés prosociales et un score d'anxiété/retrait social. Les résultats démontrent que les enfants maltraités présentent plus de problèmes intériorisés à la maison que les enfants non maltraités et, par conséquent, que le statut de maltraitance peut être considéré comme un facteur de risque pour les problèmes intériorisés. Les résultats montrent également que le niveau

d'habiletés prosociales est négativement corrélé aux problèmes intériorisés et, par conséquent, qu'il peut être considéré comme un facteur de protection pour les problèmes intériorisés. Enfin, les résultats montrent, en particulier pour les problèmes manifestés à l'école, que le niveau d'habiletés prosociales a un effet modérateur sur la relation entre le statut de maltraitance et les problèmes intériorisés. Les résultats sont ensuite discutés en fonction de leurs retombées pour la recherche et la pratique.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX .....	vii
LISTE DES FIGURES .....	viii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE .....	5
1.1. Le phénomène de la maltraitance .....	6
1.1.1. L'impact de la maltraitance .....	9
1.2. Les problèmes intériorisés .....	10
1.2.1. Maltraitance et problèmes intériorisés .....	13
1.2.2. Mécanismes explicatifs et approche écosystémique .....	13
1.3. Le développement social .....	16
1.3.1. Maltraitance et habiletés prosociales .....	18
1.4. Résilience, facteurs de risque et facteurs de protection .....	19
1.5. Les recherches .....	26
1.5.1. Études sur le soutien et le réseau social en tant que facteurs de protection .....	27

1.5.2. Études sur la compétence sociale .....	29
1.5.3. Étude sur les habiletés sociales agissant en tant que facteurs de protection .....	32
1.6. Maltraitance, problèmes intériorisés et habiletés prosociales .....	34
1.7. Objectif de recherche et hypothèses .....	38
 CHAPITRE 2 : MÉTHODE .....	 39
2.1. Sujets .....	40
2.2. Instruments de mesure .....	42
2.2.1. Questionnaire d'Évaluation des Comportements au Préscolaire .....	42
2.2.2. «Child Behavior CheckList/4-18 (CBCL)» .....	44
2.3. Procédure .....	45
 CHAPITRE 3 : RÉSULTATS .....	 47
3.1. Hypothèse 1-a) .....	48
3.2. Hypothèse 1-b) .....	50
3.3. Hypothèse 2 .....	52
3.4. Hypothèse 3 .....	52

CHAPITRE 4 : DISCUSSION .....	55
CONCLUSION .....	61
RÉFÉRENCES .....	64
APPENDICES .....	70
Appendice A : Questionnaire de renseignements généraux .....	71

## LISTE DES TABLEAUX

### Tableau

- |   |   |    |
|---|---|----|
| 1 | Données démographiques pour les enfants maltraités<br>et non-maltraités .....   | 41 |
| 2 | Analyse de variance des problèmes intériorisés par le<br>statut de maltraitance selon les informations rapportées<br>par la mère (CBCL) et celles obtenues<br>par l'éducatrice (QCEP) ..... | 49 |
| 3 | Tableau de contingence de la zone clinique des problèmes<br>intériorisés et du statut de maltraitance selon les<br>informations rapportées par l'éducatrice .....                           | 51 |



## LISTE DES FIGURES

### Figure

1	Vision écosystémique des facteurs de risque et de protection (Fraser, 1997) .....	23
2	L'effet médiateur (Baron et Kenny, 1986) .....	25
3	L'effet modérateur (Baron et Kenny, 1986) .....	26
4	L'effet modérateur des habiletés prosociales sur les problèmes intériorisés en regard de la maltraitance .....	37
5	Problèmes intériorisés en fonction du statut de maltraitance et du statut d'habiletés prosociales (éducatrice) .....	54

## Remerciements

Bien que la rédaction de ce mémoire soit l'œuvre d'un seul auteur, il m'aurait été impossible d'y mettre un point final sans l'aide de nombreuses personnes qui ont su m'épauler tout au long de ce travail.

Tout d'abord, je remercie M. Carl Lacharité, directeur du groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille et professeur au département de psychologie de l'U.Q.T.R., qui a su me diriger par ses conseils judicieux et qui m'a consacré temps et énergie jusqu'à la toute fin.

De plus, j'offre mes remerciements aux assistants de recherche du GREDEF, ainsi qu'aux familles participantes qui ont collaboré à ce projet de recherche.

Finalement, un merci tout spécial à ma famille et mon conjoint qui ont toujours cru en moi et m'ont offert leur soutien moral tout au long de cette rédaction.

À tous, merci.

## Introduction

Les enfants d'aujourd'hui sont reconnus comme étant des personnes à part entière et ayant des droits et des besoins particuliers, de petits êtres qui demandent protection, soins et affection de la part des adultes qui les entourent et en sont responsables. Toutefois, un regard vers le passé permet à l'observateur attentif de constater que l'enfant n'a pas toujours été perçu de cette façon. En effet, ce dernier a été battu, brûlé, violé, abandonné, dominé et meurtri à travers les différentes époques de l'histoire et ce, sans qu'aucun reproche ne soit fait aux bourreaux qui l'ont ainsi maltraité. Dans les anciennes civilisations, l'enfant était défini comme une possession du père qui avait alors l'autorité absolue sur sa famille entière. Cette autorité patriarcale, appelée *pater familias*, tient ses origines de l'Antiquité gréco-romaine et connut ses heures de gloire au IV<sup>e</sup> siècle, alors que le père avait droit de vie et de mort sur ses enfants (Cloutier et Renaud, 1990).

À cette époque, on mettait davantage l'accent sur la turbulence, l'impulsivité et l'ignorance de l'enfant : le terme enfant est dérivé du latin *infantus* qui signifie «qui ne parle pas», l'enfant étant donc perçu comme un être peu compétent et défini selon ce qu'il n'est pas ou ne peut pas faire (Cloutier et Renaud, 1990). La discipline était par conséquent très sévère et les châtements corporels devenaient pratique courante pour ainsi faire de ces «êtres peu doués» des adultes compétents au service de la famille ou de la communauté. Les soins infantiles étaient presque inexistants alors que les infanticides

et les abandons atteignaient des sommets si l'enfant était malformé ou de sexe féminin. Cette forme d'autorité patriarcale connut des fluctuations à travers l'histoire mais fut toujours présente à divers degrés. D'ailleurs, au Québec, les parents ont toujours le droit reconnu par la Loi d'infliger des corrections dites raisonnables à leurs enfants et le *pater familias* a toujours droit de cité dans les sociétés islamiques, le Coran étant lui-même inspiré du droit romain (Valois, 1993).

En ce qui a trait aux lois touchant la protection de l'enfance, elles furent inexistantes jusqu'au 20<sup>e</sup> siècle. Ce manque de législation est d'ailleurs démontré sans équivoque dans le célèbre cas de la petite Mary, à New-York en 1875. Les défenseurs de la fillette, qui était maltraitée par sa famille adoptive et notamment enchaînée à son lit, durent évoquer la Loi sur la protection des animaux, arguant que «lorsqu'un enfant est traité comme un chien, il devient un membre du règne animal» (Zeller et Messier, 1987). Au Québec, ce n'est qu'en 1944 avec le Rapport Garneau de la Commission d'assurance-maladie du Québec, qu'on évoque pour la première fois l'urgence d'adopter une loi sur la protection de l'enfant : bien que trois lois furent adoptées, aucune d'entre elles ne fut jamais mise en vigueur. La première loi d'importance en ce qui a trait à la sécurité des enfants est adoptée en 1950 et définit les motifs pour lesquels un enfant peut être soustrait à la garde de ses parents.

Ce n'est qu'en 1974, avec la création du Comité sur la protection de la jeunesse, qu'une loi concernant la protection des enfants soumis à des mauvais traitements est adoptée et mise en application. Vinrent ensuite, en 1979, la nouvelle loi sur la protection de la jeunesse où l'on reconnaît des droits spéciaux aux enfants en besoin de protection, et, en 1984, la Loi sur les jeunes contrevenants qui établit une distinction entre un enfant à protéger et un jeune délinquant (Zeller et Messier, 1987). Les bases étaient alors données au système de protection de l'enfance, et, depuis ce jour, une multitude de programmes sont mis sur pied afin d'aider les enfants victimes de mauvais traitements, ce qui démontre bien l'intérêt que les communautés scientifique et politique accordent à cette douloureuse problématique. D'ailleurs, plusieurs définitions de la maltraitance font maintenant une distinction entre les différentes formes de cette dernière, et des recherches sont effectuées en vue de bien connaître les multiples facettes de cette problématique.

La présente étude décrit, dans un premier temps, le phénomène de la maltraitance en mettant l'accent sur l'impact de cette situation sur le développement social et émotionnel de l'enfant, ainsi que des facteurs qui peuvent réduire cet impact. La problématique et les objectifs de la recherche seront ensuite présentés. La description des aspects méthodologiques composera le chapitre suivant pour continuer avec la présentation et la discussion des résultats et terminer avec la conclusion.

## Chapitre 1

### Contexte théorique

### 1.1. Le phénomène de la maltraitance

La maltraitance infligée aux enfants sort de l'ombre depuis quelques années et est considérée comme un problème important dans la majorité des pays du monde. En fait, cette problématique concerne plus d'un million d'enfants chaque année aux États-Unis (Lutzker, 1998), alors que 43 enfants sur 1000 sont maltraités. Au Québec, on évalue ce chiffre à 10 enfants sur 1000 (Séguin et Rocheleau, 1988), tandis qu'en Ontario, on atteint le chiffre de 21 enfants par 1000 habitants (Bégin 1996). Bien que depuis quelques années on assiste à un nombre croissant de signalements d'enfants, on ignore l'incidence véritable de la maltraitance, car il n'est pas simple d'amener la vie de famille sur la place publique et de lui faire franchir les murs solides de la vie privée tant valorisée dans notre société (Cadieux et Desrosiers, 1989).

On entend généralement par le terme maltraitance un «tort identifiable infligé à un enfant par celui qui en a soin, que ce soit par omission ou commission» (Fraser, 1997). Les mauvais traitements englobent en fait quatre différents types de sévices : la violence physique, la violence psychologique, la violence sexuelle et la négligence. Comme la violence sexuelle est une problématique quelque peu différente des autres, elle ne sera pas traitée ici. Quant à la violence psychologique, les auteurs ne s'entendant pas sur sa définition (certains la définissent comme une catégorie distincte de maltraitance alors que d'autres affirment qu'elle est présente dans toutes les formes



d'abus), elle sera, par conséquent, ignorée. Cette recherche s'intéresse donc principalement à la négligence et à la violence physique qui sont les types de mauvais traitements le plus fréquemment rencontrés chez les jeunes enfants, puisque 43% de leurs victimes touchent des enfants âgés de moins de 6 ans (Lutzker, 1998).

En ce qui concerne la violence physique, la loi la définit comme étant des gestes posés de façon à provoquer des sévices corporels ou des traumatismes. Les gestes posés sont déraisonnables et démesurés et ont des conséquences assez sérieuses sur la santé, le développement ou la vie de l'enfant (Gariépy, 1994). Ce type d'abus regroupe des sévices de trois types (Zeller et Messier, 1987):

- les coups ou les actes qui causent des blessures corporelles telles que : ecchymoses, coupures, brûlures, hématomes, lésions, fractures, etc. ;
- l'administration intentionnelle de drogues, médicament ou boisson alcoolique en quantité ou à une fréquence suffisante pour rendre l'enfant malade ;
- les conditions de vie imposées à l'enfant de sorte que sa santé, son développement ou même sa vie soient en danger telles que : l'emprisonner dans un placard, le tenir suspendu, attaché, etc.

L'abus physique compte pour 27% des cas de maltraitance et touche un peu plus les garçons que les filles (Fraser, 1997).

Quant à la négligence, elle tient au fait que les parents omettent de procurer à l'enfant les soins et l'attention dont il aurait besoin pour son développement et sa sécurité (Palacio-Quintin et Éthier, 1993). Cette omission entraîne donc l'absence de la satisfaction des besoins primaires de l'enfant : les besoins physiques (nourriture, logement, vêtements adéquats, hygiène), les besoins affectifs, la surveillance et la stimulation intellectuelle (Bégin, 1996). La négligence compte pour 49% des cas de maltraitance et touche autant les filles que les garçons (Fraser, 1997).

Bien que la négligence et la violence physique soient deux types d'abus distincts dans la littérature, il en va tout autrement dans la réalité où ils se chevauchent souvent. En effet, selon l'American Human Association lors d'une étude en 1984, 46% des enfants négligés étaient aussi violentés physiquement (Éthier, Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu, Lacharité et Couture, 1991). Ces deux réalités sont donc difficiles à identifier et à différencier, mais comptent à elles seules 76% de tous les cas de maltraitance.

Plusieurs facteurs ont été identifiés comme étant étroitement reliés à la problématique de la maltraitance (Bégin, 1996) :

- un niveau socio-économique faible
- la mère comme étant le principal soutien financier
- un manque de soutien
- l'isolement social des parents

- l'âge de la mère à la naissance du premier enfant (Chamberland, Bouchard et Beaudry, 1986)
- les grossesses nombreuses (Chamberland, Bouchard et Beaudry, 1986).
- un problème de consommation de drogues ou d'alcool

Évidemment, ces facteurs n'expliquent pas l'ensemble de la maltraitance, mais permettent de mieux la comprendre pour ensuite intervenir plus adéquatement avec les familles présentant ce type de problématique.

#### **1.1.1. L'impact de la maltraitance**

De façon générale, les auteurs (Wiehe, 1996 ; Cicchetti et Carlson, 1989 ; Alessandri et Lewis, 1991 ; Calam et Franchi, 1987) s'entendent pour dire que la maltraitance sous toutes ses formes entraîne des conséquences fâcheuses sur le développement et la santé des enfants qui en sont l'objet et ce, à tous les niveaux : physique (fractures, brûlures, dommages cérébraux, etc.), cognitif (retards dans le langage, dans le développement moteur, déficience intellectuelle, etc.), social (méfiance envers les autres, peu de comportements prosociaux, agressivité, etc.) et psychologique (hyperactivité, faible estime de soi, dépression, manque de contrôle, etc.). À l'adolescence, l'impact des mauvais traitements se transforme pour apparaître sous les traits de la prostitution, de la consommation de drogues, des fugues, des comportements

antisociaux, des problèmes d'intimité ou encore par l'isolement et la reproduction du cycle intergénérationnel de la violence et de la négligence (Finkelman, 1995).

Cette étude s'intéresse plus particulièrement à l'impact de la violence physique et de la négligence sur le développement social des enfants ainsi que des problèmes intériorisés qui peuvent souvent en découler.

## 1.2. Les problèmes intériorisés

Les problèmes intériorisés représentent les problèmes psychologiques et les symptômes associés à l'échec de l'adaptation interne (Cloutier et Renaud, 1990) ; l'enfant retourne alors les émotions négatives contre lui ce qui en résulte des sentiments dépressifs, du retrait social, de l'anxiété ainsi que des plaintes somatiques. Ces quatre troubles internes du comportement sont ainsi regroupés puisqu'ils présentent un haut taux de comorbidité les uns avec les autres (Cicchetti et Cohen, 1995). Par exemple, un enfant anxieux présentera souvent du retrait social et son anxiété peut l'amener à présenter des plaintes somatiques. Ou encore, un enfant dépressif ne présentera pas le désir de se joindre aux autres et se renfermera progressivement sur lui-même.

La dépression infantile a longtemps été ignorée par les personnes travaillant auprès des enfants et fait ses premières apparitions en 1983 dans le *DSM-III* (American psychiatric association, 1983). On fait alors une distinction importante entre l'affect

dépressif et le syndrome dépressif. L'affect dépressif est en fait partie intégrante de l'expérience même de vivre et apparaît lorsque la personne éprouve des difficultés à résoudre un conflit psychique, à atteindre des objectifs qu'elle s'était fixés (Mouren-Siméon et Klein, 1997). Ce sentiment aide alors l'enfant ou l'adulte à abandonner des désirs ou des rêves irréalisables pour ensuite se concentrer sur des activités davantage accessibles en tenant compte de ses capacités et limites personnelles. Cependant, il arrive que l'individu vive des expériences d'échec trop nombreuses et douloureuses ou qu'il doive trop souvent mettre une croix sur ses rêves et ambitions. Il ressent alors un sentiment croissant d'impuissance, les affects dépressifs sont renforcés et le désespoir s'installe peu à peu : c'est le syndrome dépressif.

Chez les jeunes enfants, les sentiments dépressifs peuvent se reconnaître par un visage triste, une irritabilité et un affect sombre et changeant (Downey, Feldman, Khuri et Friedman, 1994). L'enfant peut également présenter des sentiments de honte, de culpabilité et de désespoir qui dominent alors ses comportements et peuvent l'amener à des idées morbides voire suicidaires. Il tend alors à s'isoler et son manque d'enthousiasme pour les différentes activités peut facilement passer pour un manque de volonté ou de la mauvaise foi. Certains enfants luttent féroce contre ces sentiments et présentent des comportements de type hyperactif : ils refusent alors de se reposer et même de dormir opposant à la dépression une lutte de tous les instants. Bien que le diagnostic de dépression infantile est difficile à poser compte tenu des multiples visages

que peut prendre ce syndrome, on estime que de 2 à 5% des enfants en rencontrent les critères diagnostiques (Gladstone et Kaslow, 1995).

En ce qui concerne l'anxiété, bien qu'elle soit théoriquement considérée comme un trouble distinct de la dépression, dans la pratique courante, il est plutôt difficile de les différencier. D'ailleurs, le CBCL (Achenbach, 1991), principal instrument utilisé pour mesurer les troubles d'intériorisation/extériorisation, présente une échelle anxiété/dépression où les symptômes de l'un côtoient ceux du second. En général, l'anxiété est définie comme le sentiment d'une catastrophe. Concrètement, l'enfant aura de la difficulté à se séparer de sa mère ou de son foyer et le moindre changement le rendra nerveux, anxieux, irritable. Il pourra alors présenter des plaintes somatiques, c'est-à-dire qu'il se plaindra de douleurs abdominales, de nausées, de maux de tête ou de toute autre douleur physique sans cause médicale.

Le retrait social est le dernier symptôme répertorié dans les troubles intériorisés et est défini comme étant l'expression comportementale de la solitude. Ce comportement mésadapté réfère donc à l'action d'être seul, de ne pas interagir avec les autres : l'enfant reste donc loin de ses pairs ou d'autrui, il ne cherche pas la compagnie des autres et ne s'implique pas dans les activités sociales. Il préfère jouer seul et est perçu comme étant renfermé, boudeur. Le retrait social peut alors passer sous les traits d'une timidité extrême, de l'inhibition sociale ou encore de l'isolement social. Un niveau faible d'approche associé à un fort degré d'évitement sont les deux motivations principales du

retrait social (Rubin et Asendorpf, 1993), lequel, associé à la domination ou au rejet des pairs, peut amener l'enfant à se percevoir négativement.

### **1.2.1. Maltraitance et problèmes intériorisés**

Plusieurs recherches ont démontré que les enfants victimes de mauvais traitements semblent être plus vulnérables à développer des problèmes intériorisés que les enfants de la population générale et ce, tout âge et sexe confondus (Cicchetti et Carlson, 1989, Gladstone et Kaslow, 1995; Downey, Feldman, Khuri et Friedman, 1994). L'étude d'Éthier, Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu, Lacharité et Couture (1991) va dans le même sens. Après avoir interrogé les parents de 66 enfants (33 maltraités et 33 non maltraités) qui ont dû répondre aux questions du CBCL, les auteurs ont obtenu des résultats sans équivoque : les enfants maltraités diffèrent significativement de la population générale et de façon négative en ce qui concerne le score global d'intériorisation ( $p < .001$ ), du score de retrait social ( $p < .001$ ), de dépression/anxiété ( $p < .001$ ) et de plaintes somatiques ( $p < .05$ ).

### **1.2.2. Mécanismes explicatifs et approche écosystémique**

La problématique de la maltraitance a longtemps été traitée par les auteurs de l'approche écosystémique qui ont tenté d'expliquer la prévalence plus grande de problèmes intériorisés chez les enfants maltraités. De façon générale, les théoriciens

Urie Bronfenbrenner et James Garbarino ont tous deux reconnu la nature complexe et multidimensionnelle du développement humain, qu'ils ont tenté d'expliquer à l'aide de la théorie écologique ou écosystémique (Urquiza et Winn, 1999). D'ailleurs, ils ont été les premiers à développer un modèle sur la dynamique de la maltraitance qui prend en considération de multiples facteurs incluant la relation entre le parent et l'enfant, ainsi que l'influence de la famille élargie, de la communauté et du contexte social (Tomison et Wise, 1999). L'approche écologique suggère que les interactions d'un individu avec les gens qui l'entourent, ainsi qu'avec son environnement sont la clé de son développement (Bronfenbrenner, 1979). L'environnement est en fait composé de plusieurs systèmes interreliés les uns aux autres : le microsystème, le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème.

Chacun de ces systèmes est caractérisé par des rôles, des normes (comportements attendus) et des relations qui lui sont propres. De plus, les interactions entre chacun d'eux sont primordiales pour le développement et la santé psychologique de l'individu: un blocage de relations se fera au détriment du développement de l'enfant. Ce dernier est d'ailleurs vu comme un agent actif de son environnement qui peut en faciliter les changements et les interrelations (Bronfenbrenner, 1979). Son but est avant tout d'établir et de maintenir une relation significative avec un adulte qui prend soin de lui, qui répond à ses besoins. Habituellement, cette relation sera très prévisible dans ses réponses, par exemple une mère réagit aussitôt qu'elle entend les pleurs de son enfant. L'enfant



développera alors des modèles de comportement qui influenceront tous les aspects de son développement et lui apporteront la sécurité.

Les tenants de cette théorie soutiennent qu'un enfant victime de violence physique ou de négligence apprendra rapidement que son environnement est imprévisible et souvent dangereux physiquement ou psychologiquement (Urquiza et Winn, 1999). Les adultes qui en prennent soin sont souvent en colère, impatients, dépressifs ou même distants. Ils se transforment sans avertissement en êtres hostiles et violents. L'enfant apprendra à accommoder ses parents sans se plaindre : il intériorisera un modèle de comportements qui transforme sa propre colère en coopération superficielle voire en passivité. L'abus ou la négligence détruira peu à peu les croyances internes qu'entretient l'enfant sur lui-même et son environnement, et s'ensuivra un modèle de prévision de douleur et de suspicion des autres, ainsi qu'une altération dans l'habileté d'interpréter certaines réactions émotionnelles ou sociales comme les sentiments conflictuels. La colère intériorisée de l'enfant, l'environnement imprévisible et sa suspicion des autres amèneront souvent chez ce dernier des troubles d'ordre affectif, telles la dépression et l'anxiété, l'enfant prenant peu plaisir en son environnement (Urquiza et Winn, 1999).

En somme, selon l'approche écosystémique, il existe plusieurs mécanismes pouvant jouer un rôle dans la plus grande prévalence de problèmes intériorisés chez les enfants maltraités. En effet, la maltraitance détruit les croyances internes qu'entretient

l'enfant sur sa propre valeur, amène une suspicion des autres et une colère intériorisée, une perception de l'environnement comme étant imprévisible, ce qui l'entraînera à développer un sentiment d'impuissance généralisée qui se répercutera dans ses comportements : l'enfant pouvant alors développer des problèmes intériorisés.

Les effets de la négligence et de la violence physique sur le développement de l'enfant sont donc nombreux, mais ce qui est peut-être plus important, c'est que ces effets s'additionnent avec le temps et se répercutent dans toutes les sphères de la vie de l'enfant (Jourdan-Ionescu, Palacio-Quintin, Desaulniers et Couture, 1998). En effet, des problèmes d'adaptation peuvent se développer au niveau affectif, notamment des problèmes intériorisés, mais des répercussions peuvent aussi survenir sur le développement social de l'enfant maltraité.

### 1.3. Le développement social

Dès la naissance, l'enfant est un être social et son développement se nourrit constamment des stimulations sociales qu'il reçoit de son milieu. Par ailleurs, plusieurs auteurs (Sigmund Freud, Anna Freud, Bowlby, Erickson, Bronfenbrenner, Klein) s'entendent pour dire que la relation primaire que vit l'enfant avec un être de son environnement consiste en la relation d'attachement dont les bases sont jetées lors de la première année de vie du nourrisson. Par la suite, l'enfant est appelé à se socialiser à travers les différentes sphères de sa vie et des personnes qu'il rencontrera sur son

chemin, que ce soit dans le voisinage, à l'école, à la garderie, etc. Cette socialisation implique avant tout une intériorisation réussie des normes sociales qui amènerait l'enfant à se comporter de façon socialement désirée (Provost, 1990).

Bien que les relations parent-enfant soient primordiales dans le développement social de l'enfant, il est important de reconnaître que cette interaction dyadique n'est pas isolée, mais survient dans un contexte social et un écosystème qui en façonnent la direction et la qualité. Les relations avec les pairs ont donc également une influence importante sur le développement de l'enfant, car l'expérience sociale permettrait à ce dernier de se sensibiliser à l'importance de la réciprocité dans les relations interpersonnelles et de devenir compétent socialement. L'amitié donne une source de force émotionnelle pour les enfants et son absence peut prédire un risque de psychopathologie, notamment de retrait social, de dépression et d'anxiété (Simeonsson, 1994).

La compétence sociale peut donc se définir comme la somme des performances sociales de l'enfant avec ses pairs et dans plusieurs situations, cette performance étant évaluée par des agents sociaux significatifs (Provost, 1990). Le développement de cette dernière est aussi importante à long terme puisqu'elle prédit une bonne adaptation à l'adolescence et à l'âge adulte, tandis que le rejet des pairs est associé à des symptômes intériorisés, une faible perception de sa compétence sociale et est également un bon prédicteur de troubles extériorisés à l'adolescence (Provost, 1990).

La socialisation de l'enfant implique, entre autres, l'acquisition de conduites prosociales. Selon Eisenberg et Mussen (1989), les habiletés prosociales sont des actions volontaires qui ont pour but de faire du bien ou d'aider autrui sans l'anticipation de récompenses externes. Elles comprennent : le partage, le leadership, la coopération, le réconfort, l'altruisme et l'aide. L'individu agit donc volontairement et non sous la contrainte, dans le but qu'autrui bénéficie de conséquences positives dues à son geste. Ces habiletés, essentielles à la création d'un réseau social et à la compétence sociale, semblent faciliter l'émergence d'interactions sociales positives ainsi que l'acceptation des pairs. Toutefois, des déficits à ce niveau entraîneraient des répercussions négatives à court et à long terme : adaptation future déficiente, problèmes d'apprentissage, délinquance juvénile, psychopathologies à l'adolescence et à l'âge adulte (Provost, 1990). La présence d'habiletés prosociales prédit donc une bonne adaptation générale tandis que leur absence est un bon prédicteur de troubles psychopathologiques.

### **1.3.1. Maltraitance et habiletés prosociales**

En ce qui concerne les enfants maltraités, il n'est pas étonnant de constater que ces derniers diffèrent significativement des enfants non maltraités en ce qui a trait à la socialisation, car les mauvais traitements peuvent inhiber le développement de réponses prosociales (Eisenberg et Mussen, 1989). En fait, les habiletés prosociales que demande l'interaction avec les pairs sont faites d'égalité, de partage et de non-exploitation des partenaires de jeu : autant de caractéristiques qui sont loin de l'expérience des enfants

victimes de maltraitance (Urquiza et Winn, 1999). L'enfant violenté ou négligé peut en venir à apprendre que les autres ne répondent pas à ses besoins et, par conséquent, ce genre de comportement devient futile pour lui. Aussi, l'enfant maltraité peut apprendre par «modeling» les comportements abusifs ou négligents de ses parents pour ensuite les intégrer dans son schème comportemental, ce qui en découle des interactions souvent hostiles, agressives ou indifférentes avec les pairs. En outre, l'enfant apprend à s'isoler et à agir de façon passive devant l'agression dont il fait l'objet à la maison, comportement qui peut être observé avec son groupe de pairs par le retrait social et l'évitement dont il fait l'objet.

Par ailleurs, il a été démontré que les enfants victimes de maltraitance utilisent moins de comportements prosociaux dans leurs interactions avec autrui que les enfants de la population générale (Hoffman-Plotkin et Twentyman, 1984), bien qu'un enfant maltraité sur cinq obtienne un score d'habiletés prosociales comparable à la moyenne des enfants non maltraités (Tremblay, 1997). Ces habiletés sont perçues de façon positive par l'entourage et sont fortement corrélées avec l'adaptation et la compétence chez l'enfant.

#### 1.4. Résilience, facteurs de risque et facteurs de protection

Les enfants maltraités sont considérés, par la majorité des auteurs, comme une population à risque de développer des problèmes intériorisés. Selon Cicchetti et Cohen

(1995), le risque est l'identification d'attributs particuliers, incluant des caractéristiques individuelles et environnementales, augmentant la probabilité qu'un trouble se produise. Plus particulièrement, ce sont toutes les conditions existentielles chez l'enfant ou dans son environnement qui entraînent un risque de morbidité (Jourdan-Ionescu et al., 1998). Ce n'est pas tant la nature du facteur qui est importante, mais plutôt le nombre de facteurs de risque qui est déterminant. Par exemple, Werner et Smith (1989) constatent, dans leur étude auprès de 698 enfants hawaïens, que les enfants ayant des problèmes sérieux d'adaptation présentaient 4 facteurs de risque ou plus, alors que ceux présentant moins de difficultés se situaient sous cette ligne de démarcation.

Comme l'affirme Rutter (1987), le risque n'est pas une qualité en soi du facteur : c'est plutôt la façon dont ce dernier interagit avec les autres facteurs qui est primordiale. Seul, un facteur de risque n'a pas vraiment d'impact. Or, la présence de stressseurs environnementaux, un milieu socio-économique faible, l'échec dans les habiletés sociales, émotionnelles et cognitives sont autant de facteurs présents dans la population des enfants maltraités et qui augmentent de façon significative le risque de développer des problèmes intériorisés (Simeonsson, 1994).

Bien que les enfants maltraités soient une population à risque de développer diverses difficultés tout au long de leur vie, certains s'en sortent relativement bien et semblent invulnérables aux circonstances et événements qui les entourent. On parle alors d'enfants résilients, la résilience étant décrite comme une bonne adaptation suivant des

perturbations du fonctionnement interne, ainsi que la maintenance ou le recouvrement d'un fonctionnement efficace en dépit des menaces (Cicchetti et Cohen, 1995). En d'autres mots, la résilience représente une résistance au choc, un pouvoir de récupération, une tendance qu'a un individu de se ressaisir après des événements stressants et de poursuivre son développement avec succès (Jourdan-Ionescu et al., 1998). La résilience n'apparaît uniquement que lorsque le risque est élevé et selon Rutter (1985), elle tient compte des rôles, du contexte et des caractéristiques de l'environnement dans la neutralisation des facteurs de risque ; la résilience étant, par conséquent, un concept dynamique.

Quand un enfant semble résilient, plusieurs facteurs sont souvent impliqués dans ce mécanisme : les facteurs de protection. Selon Cicchetti et Cohen (1995), les facteurs de protection sont des influences qui modifient, améliorent ou changent la réponse d'une personne à certains événements qui prédisposent à un résultat maladapté. Ce sont donc des caractéristiques individuelles ou environnementales qui rendent l'enfant résilient, c'est-à-dire capable de changer pour récupérer face à différentes situations difficiles. En résumé, la résilience est la présence accrue de facteurs de protection qui servent de contrepartie aux facteurs de risque et à la vulnérabilité.

Selon l'approche écosystémique, l'interaction entre les facteurs de risque et de protection apparaît à chaque stade du développement de l'enfant et à l'intérieur de chaque «niveau écologique», cette dernière étant affectée par les caractéristiques

internes de l'enfant, de ses parents, des aspects de la famille et de l'environnement social (Fraser, 1997). En fait, les auteurs de cette approche distinguent trois catégories de facteurs qui protègent de façon générale les individus (voir Figure 1). Tout d'abord, les caractéristiques individuelles, notamment la compétence, un haut niveau d'estime de soi, un sentiment de sécurité et de bonnes aptitudes intellectuelles peuvent protéger les enfants des situations stressantes. Viennent ensuite les caractéristiques familiales telles une bonne compétence parentale, un comportement stable des parents dans les situations stressantes ainsi qu'une cohésion familiale.

Finalement, certaines caractéristiques environnementales peuvent protéger un individu à risque, par exemple un bon réseau social. Le réseau social est défini comme étant les relations qu'un individu entretient avec son entourage : on parle alors de la fratrie, de la famille élargie, des voisins, de l'église, des organismes communautaires, etc. (Jourdan-Ionescu et al., 1998). Ce concept, apparu dans les années 70, provient de l'étude de l'influence des relations sociales et de leur qualité sur la santé des individus. L'importance du réseau social en raison de son rôle tampon face aux situations stressantes est l'un des apports les plus importants de l'approche écosystémique. Quant au soutien social, autre caractéristique environnementale de protection, il résulte de l'intégration de l'individu dans différents réseaux (par exemple, réseau familial, amical, religieux, professionnel, etc.). Il aide à connecter les enfants avec d'autres individus à l'extérieur de la famille et donne ainsi des modèles de comportements prosociaux (Fraser, 1997).



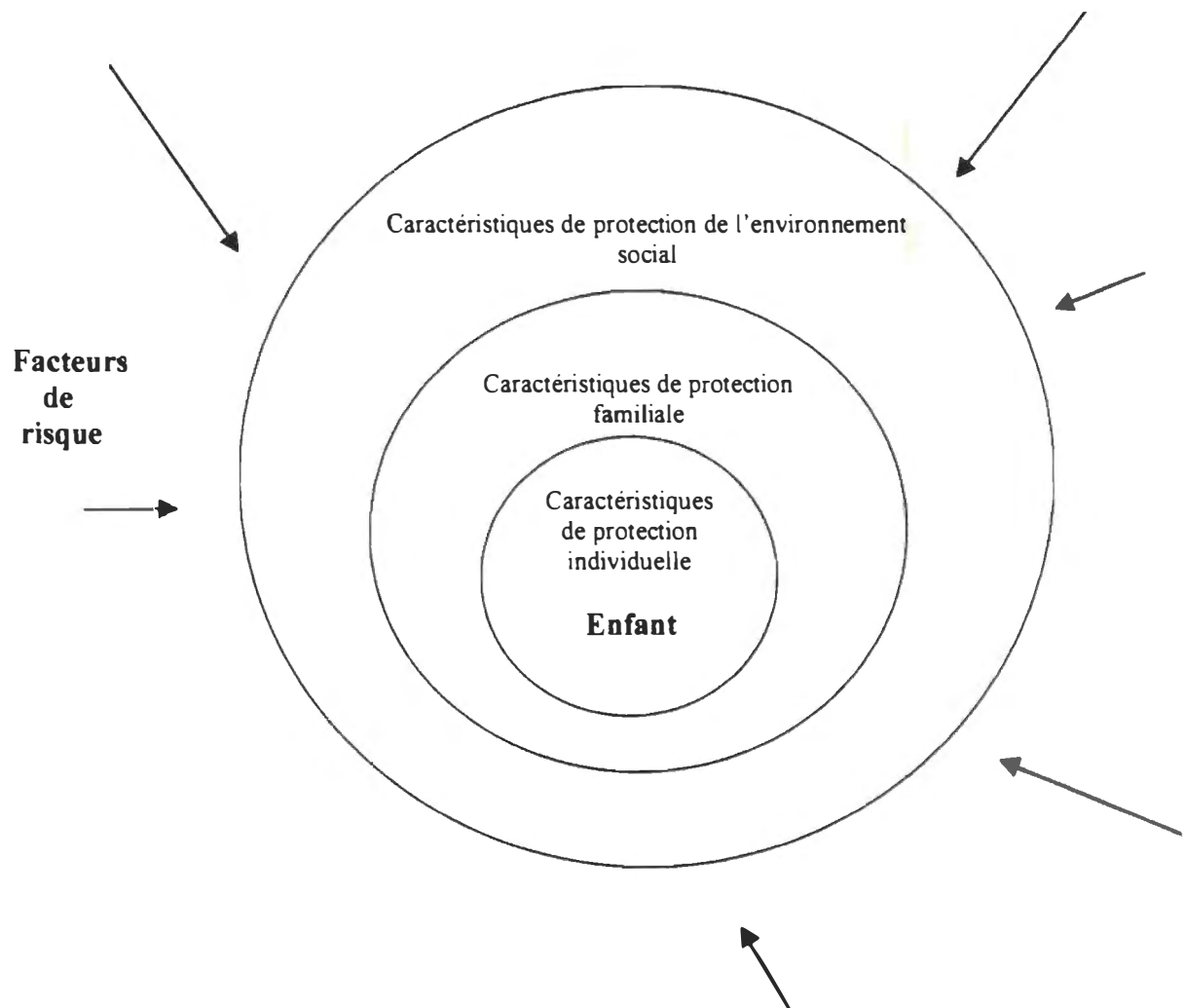
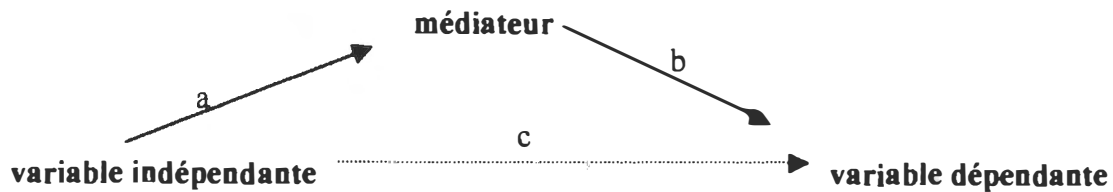


Figure 1. Vision écosystémique des facteurs de risque et de protection (Fraser, 1997)

Aussi, les chercheurs semblent s'intéresser de plus en plus aux différents effets que peuvent produire les facteurs de protection sur les variables qui sont en cause, et en

ciblent deux principaux : l'effet modérateur et l'effet médiateur. Selon Shadish et Sweeney (1991), les variables médiatrices et modératrices sont en fait des troisièmes variables qui aident les chercheurs à mieux comprendre la relation entre une variable indépendante et une variable dépendante. En ce qui concerne plus spécifiquement l'effet médiateur, la formulation généralement utilisée dans la littérature consiste en un organisme actif qui intervient entre un stimulus et une réponse. L'effet médiateur est donc un mécanisme général par lequel une variable indépendante est capable d'influencer une variable dépendante (Baron et Kenny, 1986). Les effets du stimulus sur le comportement sont alors transformés par des processus internes de l'organisme. Dans ce mécanisme, la variable indépendante cause le médiateur qui lui-même cause une réponse (voir Figure 2).

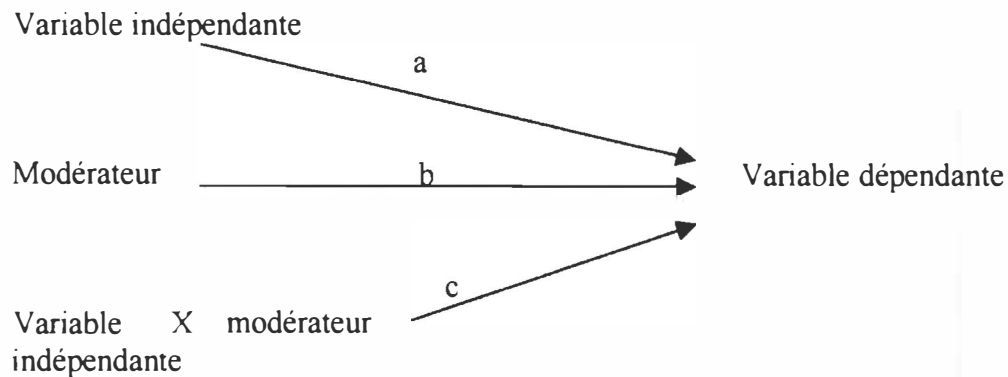
Une variable doit réunir trois conditions pour être considérée en tant que médiateur. Tout d'abord, les variations de la variable indépendante doivent agir de façon significative sur les variations du médiateur (lien «a» dans la Figure 2). Ensuite, les variations du médiateur doivent agir de façon significative sur les variations de la variable dépendante (lien «b» dans la Figure 2). Finalement, lorsque les effets concernant le médiateur sont contrôlés (liens «a» et «b» dans la Figure 2), la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante est quasi-nulle : une corrélation réduite à zéro entre les variables indépendante et dépendante étant la démonstration la plus forte d'un effet médiateur.



- a : Variations de la variable indépendante agissent sur les variations du médiateur
- b : Variations du médiateur agissent sur les variations de la variable dépendante
- c : Relation quasi-nulle entre les variables indépendante et dépendante quand l'effet du médiateur est contrôlé.

*Figure 2.* L'effet médiateur (Baron et Kenny, 1986)

Tandis que les variables médiatrices expliquent comment ou pourquoi certains effets se produisent, les variables modératrices spécifient quand certains effets se présenteront. Selon Baron et Kenny (1986), une variable modératrice est une variable qualitative ou quantitative qui affecte la direction et/ou la force de la relation entre une variable indépendante ou prédictrice et une variable dépendante (voir Figure 3). La relation entre les deux variables peut donc passer de positive à négative (ou vice-versa), être plus forte ou encore avoir moins d'importance sous l'effet de la variable modératrice. C'est donc l'interaction entre la variable indépendante et la variable modératrice qui cause les variations de la variable dépendante. Dans la Figure 3, la relation «c» doit être significative pour qu'une variable soit qualifiée de variable modératrice.



- a : Relation entre la variable indépendante et la variable dépendante
- b : Relation entre le modérateur et la variable dépendante
- c : Interaction entre la variable indépendante et le modérateur agit sur les variations de la variable dépendante.

*Figure 3. L'effet modérateur (Baron et Kenny, 1986).*

Bien que plusieurs recherches ont traité les facteurs de protection de façon générale, c'est-à-dire en lien avec la psychopathologie, aucune, à notre connaissance, n'a ciblé de façon plus particulière les facteurs qui peuvent protéger un enfant contre les problèmes intériorisés.

### 1.5. Les recherches

La prochaine section présente, dans un premier temps, les recherches ayant démontré l'importance du soutien et du réseau social comme facteurs de protection tant chez les enfants que chez les adultes. Viennent ensuite les recherches traitant de la

compétence sociale. Enfin, la dernière recherche présentée traitera plus spécifiquement des habiletés prosociales agissant comme facteurs de protection.

#### **1.5.1. Études sur le soutien et le réseau social agissant en tant que facteur de protection**

Sarason et Sarason (1987) ont étudié l'effet de la manipulation expérimentale du soutien social auprès de 80 étudiants en psychologie et en ont conclu qu'un bas niveau de soutien social agit comme un facteur de risque auprès de cette population. De plus, ils ont découvert que ce dernier est relié de façon significative avec l'efficacité personnelle ; le soutien social influençant de façon positive la performance des individus face à une tâche sous la pression du temps et le stress qu'elle occasionne. La recension des écrits produite par Cohen et Wills (1985) va dans le même sens : une association positive entre le soutien social et le bien-être général est attribuable au processus de protection des effets potentiellement négatifs des événements de vie stressants . Plus particulièrement, Miller et Ingham (1979) ont rapporté que le soutien social protège les individus à risque contre l'anxiété et la dépression.

En ce qui concerne les enfants, le soutien social reçu par ces derniers est une ressource importante qui les protège contre les effets négatifs du stress (Belle, 1989). Cairns (1996) a recensé plusieurs études portant sur les enfants victimes ou témoins de violence politique. Aux Philippines, le soutien des groupes humanitaires à l'intérieur et à l'extérieur du pays a grandement contribué à l'adaptation et au bien-être général des enfants, alors qu'en Israël, c'est l'importante cohésion de la communauté ainsi que la confiance que les enfants accordent en leur armée qui ont protégé ces derniers contre les effets de la guerre et ont diminué de façon notable leur niveau d'anxiété.

Finalement, le réseau de soutien social de l'enfant apparaît comme un facteur de protection important dans les populations à risque, car il joue un rôle déterminant dans le fait que les parents demandent ou non des services dans des organismes communautaires. Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu et Martineau (cités dans Jourdan-Ionescu et al., 1998) ont étudié l'importance du réseau social auprès de 76 enfants de 3-4 ans dont les parents de la moitié d'entre eux avaient demandé les services du CLSC de Drummondville pour divers problèmes de développement ou de comportement chez l'enfant. Les résultats démontrent bien l'influence du réseau social comme facteur de protection, puisque les enfants du groupe en demande de service présentaient moins de personnes provenant de la famille élargie et moins de personnes du milieu extra-familial que les enfants dont les parents ne sollicitent pas de service.

Les relations avec les pairs sont primordiales dans le développement des enfants et occupent une place importante dans le réseau social de ces derniers. Dans leur étude, Hoge, Andrews et Leschied (1996) explorent les facteurs de risque et de protection en relation avec l'activité criminelle et l'adaptation chez un groupe de jeunes délinquants. Leur étude porte plus précisément sur 338 adolescents de 12 à 17 ans qui sont en période de probation de 6 mois après une offense, et mesure entre autre les relations positives que ces jeunes entretiennent avec leurs pairs. De façon générale, les résultats démontrent que les relations positives avec les pairs sont associées à un plus bas niveau de rechute et à une meilleure adaptation générale. En fait, elles servent de facteurs de protection contre les divers facteurs de risque présents dans cette population.

En résumé, le réseau et le soutien social protègent les adultes, mais aussi les enfants contre la psychopathologie en général et sont associés à une bonne adaptation et un bien-être général. Les relations positives avec les pairs agissent également comme facteurs de protection chez les enfants.

### **1.5.2 Études sur la compétence sociale**

Thomas, Forehand et Neighbors (1995) ont étudié le fonctionnement des adolescents dont la mère présentait une dépression telle que mesurée par le Beck Depression Inventory (BDI). Quant aux adolescents, leur fonctionnement était mesuré selon divers critères : la présence de troubles intériorisés ou extériorisés, la compétence

sociale ainsi que la compétence cognitive. Les auteurs en ont conclu que la dépression chez la mère servait de bon prédicteur des troubles intériorisés chez l'adolescent, ces troubles étant associés de façon significative avec un bas niveau de compétence sociale. Granger, Weisz, McCracken, Ikeda et Douglas (1996) ont également associé un bas niveau de compétence sociale aux troubles intériorisés. Dans leur étude sur l'influence de l'activation adrénocorticale sur l'adaptation des enfants référés cliniquement, leurs résultats ont démontré qu'un haut niveau d'activation adrénocorticale est associé à un bas niveau de compétence sociale et à une apparition accrue de problèmes intériorisés et vice-versa.

Pour leur étude longitudinale voulant vérifier si les relations des enfants avec leurs pairs puissent prédire des problèmes intériorisés et extériorisés du début à la fin de l'enfance, Hymel, Rubin, Rowden et Lemare (1990) ont suivi 87 enfants recrutés dans deux écoles différentes pendant une période de trois ans. Leurs résultats démontrent une corrélation négative de  $-.41$  entre la compétence sociale et le retrait social, ainsi qu'une corrélation négative de  $-.23$  entre les comportements anxieux et la compétence sociale de l'enfant. Également, la compétence sociale est associée de façon positive ( $r = .39$ ) avec le sentiment de bien-être général des enfants. Les auteurs en ont donc conclu que des problèmes intériorisés au milieu de l'enfance sont reliés de façon significative à des difficultés sociales précoces incluant une faible acceptation des pairs, du retrait social et une perception d'incompétence sociale.



La compétence sociale est donc significativement liée aux différents troubles intériorisés : un haut niveau de compétence sociale étant généralement associé à un bas niveau de symptômes intériorisés alors qu'un bas niveau de compétence sociale est associé à une apparition accrue de ces mêmes symptômes.

La compétence sociale a également été associée à la résilience chez les enfants. Eisenberg, Guthrie, Fabes, Reiser, Murphy, Holgren, Maszk et Losoya (1997) ont étudié les relations entre la résilience et le comportement socialement compétent auprès de 199 enfants de la garderie à la 3<sup>e</sup> année. Leurs résultats ont démontré une relation positive significative ( $r = .38$ ) entre la résilience et le comportement social approprié. D'ailleurs, la compétence sociale est souvent utilisée comme mesure de résilience ce qui démontre bien la définition large que peu parfois prendre ce terme.

En fait, il peut exister plusieurs types de résilience. Par exemple, la résilience manifeste qui est définie selon la compétence sociale et académique, et la résilience émotionnelle qui est évaluée selon les degrés de dépression et d'anxiété que présente un individu (Cohen, 1999). Dans son étude auprès de 90 enfants, Cohen (1999) examine l'effet protecteur de la perception qu'ont les enfants du soutien social obtenu de la famille et des amis, en regard de la résilience manifeste et émotionnelle. Les résultats démontrent une interaction significative entre le stress et la perception de soutien social des enfants tant au niveau de la compétence sociale qu'au niveau des degrés de dépression et d'anxiété, ce qui confirme l'hypothèse selon laquelle le soutien social

atténue les effets négatifs du stress en regard de la résilience manifeste et de la résilience émotionnelle. Toutefois, les résultats suggèrent également que la relation entre le stress et le fonctionnement émotionnel change de façon significative en fonction de la résilience manifeste, alors qu'un haut niveau de résilience manifeste (de compétence sociale) est associée à un bas niveau de résilience émotionnelle (haut niveau de dépression et d'anxiété). La résilience est donc un concept multidimensionnel, l'enfant pouvant bien fonctionner dans certains domaines mais avoir de grandes lacunes dans d'autres.

### **1.5.3 Étude sur les habiletés sociales agissant en tant que facteurs de protection**

Dans l'étude de Luthar (1991), les facteurs qui aident les individus à maintenir un comportement socialement compétent en dépit du stress sont examinés parmi 144 adolescents de secondaire 3 dont l'âge moyen est de 15.3 ans. Les adolescents sont évalués par leurs pairs, leur professeur et selon leurs résultats scolaires. Plusieurs facteurs sont mesurés dont les habiletés sociales qui sont évaluées à l'aide du Social Skills Inventory (SSI). Les habiletés sociales sont alors mesurées selon six critères : l'expressivité émotionnelle, la sensibilité émotionnelle, le contrôle émotionnel, l'expressivité sociale, la sensibilité sociale ainsi que le contrôle social. Les résultats de cette recherche démontrent que seule l'expressivité sociale agit comme facteur de protection contre les situations stressantes et agit plus particulièrement en tant que variable modératrice qui atténue les effets du stress sur la compétence sociale. Ces

résultats supportent d'autres recherches qui ont démontré le rôle des habiletés interpersonnelles dans le processus de protection contre le stress.

Les résultats de cette recherche démontrent également que les enfants provenant d'un milieu de vie stressant et catégorisés comme étant résilients présentent davantage de symptômes dépressifs et anxieux que les enfants compétents étant moins exposés au stress. Selon Zigler et Glick (cités dans Luthar, 1991), les individus présentant un haut niveau développemental exprimeraient leur psychopathologie de façon intériorisée, donc par des symptômes dépressifs et anxieux. Les enfants étant identifiés comme résilients étant généralement à un haut niveau de développement, ils répondent, par conséquent, d'une façon intériorisée aux événements de vie stressants, ce qui reflète leur maturité intellectuelle (Luthar, 1991).

En somme, il a été démontré que plusieurs concepts liés étroitement aux habiletés prosociales servent de facteurs de protection au stress et ce, tant chez l'adulte que chez l'enfant. En fait, le réseau social (Jourdan-Ionescu et al., 1998), le soutien social (Sarason et Sarason, 1987 ; Cohen et Wills, 1985 ; Miller et Ingham, 1979 ; Cairns, 1996), ainsi que les relations positives avec les pairs (Hoge, Andrews et Leschied, 1996) protègent les individus contre la psychopathologie de façon générale. La compétence sociale a également été étroitement associée à la résilience chez l'enfant (Eisenberg et al., 1997): elle est toutefois un concept large dont les limites sont parfois peu claires, les auteurs ne s'entendant pas sur sa définition et la prenant souvent comme mesure de

résilience. De plus, la compétence sociale est reliée aux problèmes intériorisés, alors qu'un haut niveau de compétence est associée à un bas niveau de symptômes intériorisés et vice-versa (Thomas et al., 1995 ; Granger et al., 1996 ; Hymel et al., 1990). Toutefois, deux recherches (Luthar, 1991 ; Cohen, 1999) ont associé la résilience manifeste chez l'enfant (mesurée selon la compétence sociale) à une présence accrue de symptômes anxieux et dépressifs.

La compétence sociale est un concept large et vague qui comprend, entre autre, les habiletés prosociales qui sont rarement traitées séparément. La recherche de Luthar (1991) a toutefois démontré l'importance de l'expressivité sociale comme facteur de protection chez une population adolescente, cette dernière agissant plus spécifiquement comme une variable modératrice qui atténue l'effet du stress sur la compétence sociale.

#### 1.6. Maltraitance, problèmes intériorisés et habiletés prosociales

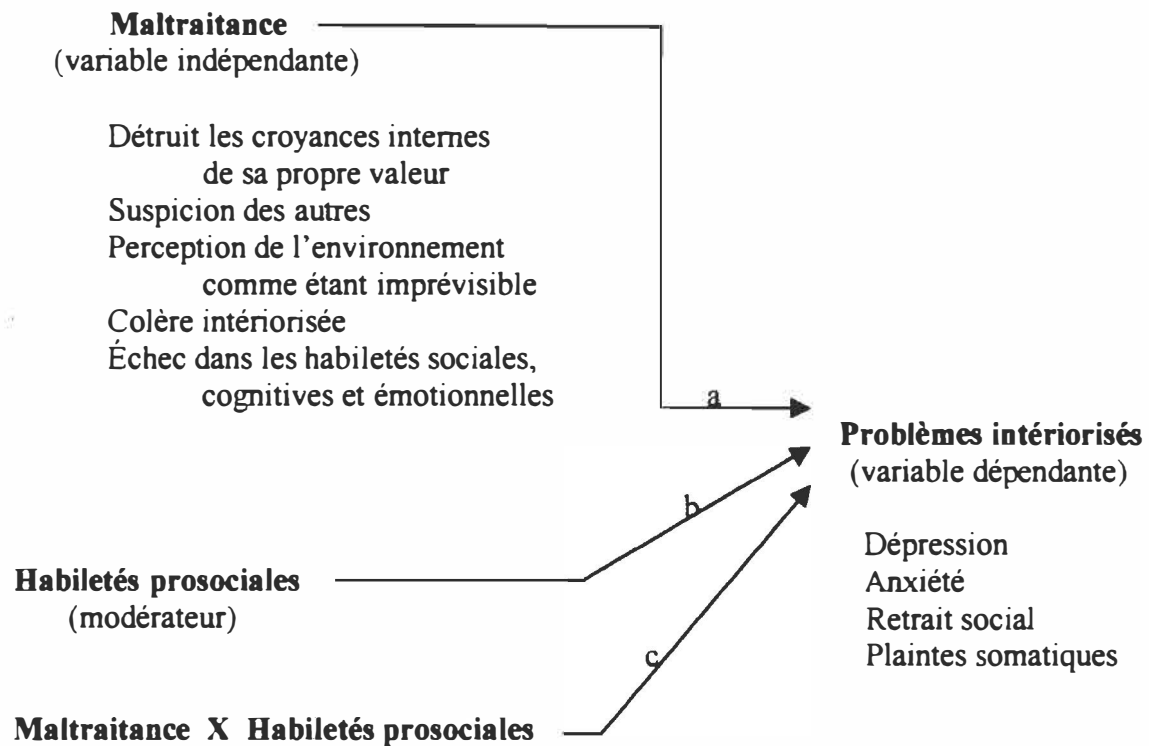
En somme, bien que la famille joue un rôle toujours aussi important dans le développement des enfants, il existe d'autres systèmes ou caractéristiques pouvant compenser un manque à ce niveau, notamment chez les familles maltraitantes. En effet, ces familles offrent peu de protection aux enfants qui y évoluent, ces derniers présentant par ailleurs plusieurs difficultés tout au long de leur développement, notamment des problèmes intériorisés. Les caractéristiques de protection de l'environnement social, ainsi que les caractéristiques de protection individuelle demeurent alors les seuls recours

pour ces enfants qui tendent vers un développement optimal. En annihilant les effets négatifs des événements stressants, notamment en aidant à la création d'un réseau social, en brisant l'isolement et en permettant d'extérioriser et de «ventiler» ses émotions, il est possible de présumer que les habiletés prosociales peuvent jouer un rôle tampon face au stress occasionné par la maltraitance, et ainsi agir en tant que facteurs de protection contre les problèmes intériorisés.

Aussi, il a été démontré que le stress peut directement affecter la croyance des enfants dans leur habileté à contrôler les événements de leur vie en de nombreuses façons (Belle, 1989). Par exemple, l'événement stressant en soi peut sembler inconditionnel et, dans cette situation, l'enfant apprend qu'il n'y a aucun comportement qui peut prévenir l'apparition de cet événement. L'exposition à ce genre de stress renforce alors la croyance que l'enfant n'a aucun contrôle sur lui et son environnement. Également, les effets du stress sur les relations qu'entretient l'enfant avec des personnes significatives peuvent renforcer le sentiment de manque de contrôle de ce dernier. Dans la problématique de la maltraitance, les parents répondent peu et de façon insatisfaisante aux besoins de l'enfant. Ce manque d'expériences sociales positives avec son entourage et les événements stressants qui apparaissent sans cesse diminuent d'une façon certaine le sentiment de contrôle de l'enfant, ce qui amène diverses psychopathologies dont les problèmes intériorisés.

La Figure 4 présente un résumé de la problématique de la maltraitance en lien avec les problèmes intériorisés qui en découlent souvent. Les habiletés prosociales viennent alors contrer les effets de la maltraitance, et, par le fait même, diminuent de façon significative l'incidence des problèmes intériorisés dans cette population à risque. Par ailleurs, selon Cicchetti et Cohen (1995), et bien qu'aucune recherche n'appuie encore cette hypothèse, il est concevable de penser que des facteurs facilitant le développement de la compétence puissent jouer un rôle protecteur dans l'amélioration des effets négatifs d'événements stressants.

Les habiletés prosociales peuvent alors agir en tant que variables modératrices, puisque leur interaction avec le statut de maltraitance viendrait diminuer la relation entre le statut de maltraitance et le niveau de problèmes intériorisés (voir Figure 4): les enfants maltraités ayant un haut niveau d'habiletés prosociales présentant moins de symptômes intériorisés que les enfants maltraités ayant un bas niveau d'habiletés prosociales. L'effet médiateur n'est pas considéré puisque la littérature et les recherches démontrent une relation significative positive entre le statut de maltraitance et les problèmes intériorisés, la variable échouant donc la troisième condition pour être considérée en tant que variable médiatrice.



- a : Relation entre la maltraitance et les problèmes intériorisés  
 b : Relation entre les habiletés prosociales et les problèmes intériorisés  
 c : Interaction entre la maltraitance et les habiletés prosociales agit sur les variations des problèmes intériorisés

*Figure 4.* L'effet modérateur des habiletés prosociales sur les problèmes intériorisés en regard de la maltraitance.

### 1.7. Objectif de recherche et hypothèses

Cette recherche a pour but de vérifier si les habiletés prosociales agissent comme facteurs de protection et, plus spécifiquement, comme variables modératrices en ce qui a trait aux problèmes intériorisés chez la population à risque des enfants maltraités. Considérant les résultats des recherches précédentes et les procédures suggérées par Baron et Kenny (1986) pour repérer des effets modérateurs, les hypothèses de recherche sont les suivantes

- H1-a) Les enfants maltraités obtiennent des scores plus élevés de problèmes intériorisés que les enfants non maltraités et ce, autant pour les informations rapportées par la mère que celles rapportées par l'éducatrice.
- b) La proportion d'enfants se situant dans la zone clinique des problèmes intériorisés est plus élevée chez les enfants maltraités selon les informations rapportées par la mère et par l'éducatrice.
- H2) Il existe une corrélation négative significative entre le niveau d'habiletés prosociales et le niveau de problèmes intériorisés.
- H3) L'interaction entre les habiletés prosociales et le statut de maltraitance explique une proportion significative de la variance observée dans les problèmes intériorisés (effet modérateur).



## Chapitre 2 :

### Méthode

## 2.1. Sujets

L'échantillon se compose de 123 enfants dont 52 enfants sont victimes de maltraitance (23 négligés et 29 négligés et abusés physiquement) et 71 enfants n'ayant pas reçu de signalement pour maltraitance et qui sont utilisés comme groupe de comparaison. Les enfants proviennent d'un milieu socio-économique semblable et sont du même groupe d'âge.

Le groupe des enfants maltraités se composent de 21 filles et de 31 garçons, tandis que le groupe de comparaison est composé de 35 filles et de 36 garçons. L'âge des enfants se situe entre 4 et 7 ans avec une moyenne de 62,21 mois ( $\bar{E}-T = 9.88$ ). L'âge des mères se situent entre 19 et 47 ans avec une moyenne de 30.71 ans ( $\bar{E}-T = 6.00$ ). Les familles sont en majorité biparentales et sont composées en moyenne de 2.33 enfants, le nombre d'enfants chez les familles maltraitantes ( $X = 2.80$  enfants) étant plus élevé que chez les familles non maltraitantes ( $X = 1.97$  enfants). Cette différence est significative ( $F = 19.61$ ,  $p < .001$ ). La scolarité des mères est de 11.3 années chez les familles non maltraitantes alors qu'elle est de 9.58 années pour les familles maltraitantes pour une moyenne générale de 10.23 ans. Cette différence est significative ( $F = 7.67$ ,  $p < .01$ ). Le revenu familial annuel moyen se situe autour de 15 000\$ (voir Tableau 1),

**Tableau 1**  
**Données démographiques pour les enfants maltraités et non maltraités**

	Maltraités (N = 52)	Non-maltraités (N = 71)	Différence malt./non malt.	Population générale (N = 123)
Âge des enfants (en mois)	X = 62.27 (É-T = 10.28)	X = 62.17 (É-T = 9.66)	F = 0.00 n.s.	X = 62.21 (É-T = 9.89)
Nombre d'enfants par foyer	X = 2.80 (É-T = 1.12)	X = 1.97 (É-T = 0.86)	F = 19.61 P < .001	X = 2.33 (É-T = 1.06)
Scolarité des mères (en années)	X = 9.58 (É-T = 1.98)	X = 11.3 (É-T = 2.51)	X <sup>2</sup> = 15.17 P < .01	X = 10.23 (É-T = 2.33)
Sexe Filles Garçons	N = 21 N = 31	N = 35 N = 36	X <sup>2</sup> = 0.96 n.s.	N = 56 N = 67
Type de famille Monoparentale Biparentale	N = 18 N = 31	N = 32 N = 37	X <sup>2</sup> = 1.09 n.s.	N = 50 N = 68
Revenu annuel familial			X <sup>2</sup> = 2.82 n.s.	
0 à 15 000\$	N = 23	N = 42		N = 65
15 000 à 25 000\$	N = 17	N = 8		N = 25
25 000\$ et plus	N = 9	N = 17		N = 26

alors que 43.9% ont un emploi, 3.5% sont sur l'assurance-emploi, 46.6% reçoivent de l'aide sociale et 7.0% vivent sur des revenus de pension.

## 2.2. Instruments de mesure

Deux instruments de mesure ont été utilisés afin de vérifier les hypothèses de recherche. Ainsi, le Questionnaire d'Évaluation des Comportements au Préscolaire et le Child Behavior Checklist / 4-18 seront présentés dans la section suivante. De plus, Le questionnaire de renseignements généraux (appendice A) a été utilisé pour obtenir les données démographiques des familles. Quant à la situation de maltraitance, elle est identifiée selon les critères inscrits dans la loi de la protection de la jeunesse (les cas retenus).

### **2.2.1. Questionnaire d'Évaluation des Comportements au Préscolaire (QECF)**

Le Questionnaire d'Évaluation des Comportements au Préscolaire (QECF) est un instrument de mesure du comportement de l'enfant et s'intéresse aux difficultés d'adaptation comportementales en plus de mesurer les comportements prosociaux de l'enfant. Créé par Tremblay et Desmarais-Gervais (1985) lors d'une étude longitudinale sur le développement des garçons tout au long du primaire, le QECF tient ses origines de trois instruments similaires réalisés par des chercheurs britanniques et américains. Cet instrument est composé de la version française du «Preschool Behavior Questionnaire»

de Behar et Stringfield (1974), ainsi que des items provenant du «Prosocial Behavior Questionnaire» de Weir et Duveen (1981), items permettant de mesurer les comportements positifs (prosociaux) de l'enfant.

Le QECP est rempli par l'éducatrice en garderie, en pré-maternelle ou en maternelle et permet d'obtenir un score d'habiletés prosociales ; cette partie sur les comportements prosociaux comportant 20 items. La cote pour chacun de ces items est obtenue en fonction d'une échelle à 3 niveaux : 0 = habileté absente, 1 = habileté moyennement présente et 2 = bonne habileté. Les scores peuvent varier de 0 à 40 : plus le score est élevé, plus l'éducatrice considère que l'enfant présente des habiletés prosociales. Le QECP permet également d'obtenir un score sur une échelle d'anxiété/retrait social selon la même méthode que décrite plus haut. Afin de faire la correspondance avec les données du CBCL, les scores sont standardisés en fonction des normes (sexe et âge) et rapportés sous forme de scores T (moyenne = 50, écart-type = 10).

L'hypothèse 2 de cette recherche utilise un niveau d'habiletés prosociales, les enfants étant donc séparés en deux groupes : haut niveau d'habiletés prosociales et bas niveau d'habiletés prosociales. Les groupes sont alors séparés à la moyenne en fonction du sexe du groupe de normalisation, soit 15.74 (é-t = 7.8) pour les garçons et 18.89 (é-t = 9.7) pour les filles (Tremblay et Desmarais-Gervais, 1985). Les enfants obtenant un score plus élevé ou égal à la moyenne des enfants de son sexe sont alors classés dans le

groupe ayant un haut niveau d'habiletés prosociales ( $n = 49$ ), alors que ceux obtenant un score inférieur à la moyenne sont classés dans le groupe ayant un bas niveau d'habiletés prosociales ( $n = 74$ ).

Le QECP a été validé et adapté à une population québécoise par Tremblay, Vitaro, Gagnon, Piché et Royer (1992) : 1309 enfants provenant de différentes régions du Québec ont alors été évalués. Des corrélations ont été obtenues entre l'évaluation des mères et celle des éducatrices : l'échelle prosociale démontre une corrélation significative pour les garçons ( $r = .21, p < .001$ ), mais non pour les filles ( $r = .14, n.s.$ ). Toutefois, les corrélations sont bonnes ( $r = .52, p < .001$ ) lorsqu'il s'agit de comparaison avec un groupe d'enfants présentant des comportements extrêmes (enfants ayant des troubles de comportement). Ces enfants, d'abord âgés de 6 ans, ont ensuite été mesurés à 7, 8, 9, 10 et 11 ans. Des normes en ont été tirées mais non publiées. En outre, il manque l'échantillon des filles ou celui des garçons pour les tranches d'âge de 5 et de 9 ans.

### **2.2.2. «Child Behavior Checklist / 4-18 (CBCL)»**

Le CBCL d'Achenbach (1991) est administré aux parents et permet d'obtenir le profil d'un enfant tant au niveau de ses compétences que des problèmes qu'il présente. Chaque section de ce test peut être considérée individuellement ; ainsi la présente étude utilise uniquement les parties mesurant les symptômes intériorisés qui regroupent les syndromes : anxiété/dépression, somatisation et retrait social, ainsi que la partie

concernant la compétence sociale. Les scores sont pondérés en fonction du sexe et de l'âge, et sont rapportés sous forme de scores T (moyenne = 50, écart-type = 10). Un enfant obtenant un score T de 60 ou plus se retrouve dans la zone clinique des problèmes intérieurs (Achenbach, 1991).

Ce test comprend 118 items fournissant des scores sur 8 sous-échelles et classifie les comportements problématiques sous 2 catégories générales : problèmes intérieurs et problèmes extérieurs. Les scores bruts obtenus aux échelles sont ensuite convertis en score t, qui sont des scores normalisés selon l'âge et le sexe de l'enfant. Le CBCL est un instrument très utilisé dans l'évaluation des enfants et présente de bonnes qualités psychométriques. La fidélité test-retest présente une corrélation significative de .89 pour les scores d'intériorisation et d'extériorisation. La validité a également été démontrée, car le CBCL discrimine efficacement les enfants référés (donc présentant des comportements problématiques) des enfants non référés (82%).

### 2.3. Procédure

Les enfants évalués proviennent du projet sur les familles maltraitantes réalisé par le Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille (GREDEF), en collaboration avec les Centres Jeunesse Mauricie-Centre du Québec<sup>1</sup>. Les enfants du

---

<sup>1</sup> Tous les enfants de ce groupe étaient pris en charge par le Service de Protection de la Jeunesse pour des problématiques de négligence ou de négligence accompagnée de violence.

groupe de comparaison sont issus du même quartier que les enfants maltraités et sont recrutés dans les écoles de Trois-Rivières. Les données ont été recueillies auprès des éducatrices des classes ou des ateliers que fréquentaient les enfants en ce qui concerne le QECP. Quant au CBCL et aux données démographiques, la cueillette des données s'est faite avec l'assistance des assistants de recherche du GREDEF responsables des dossiers auprès de la mère de chaque enfant à travers des entrevues semi-structurées<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Remerciements aux intervenants de la Protection de la Jeunesse, aux éducatrices, aux assistants de recherche du GREDEF, ainsi qu'aux familles participantes.



## Chapitre 3

### Résultats

Le prochain chapitre présente les résultats des analyses statistiques effectuées afin de vérifier les différentes hypothèses de recherche.

### 3.1. Hypothèse 1-a

La première hypothèse de recherche indique que les enfants maltraités obtiendront des scores plus élevés de symptômes intériorisés que les enfants non-maltraités et ce, autant pour les informations rapportées par la mère que celles rapportées par l'éducatrice. Ainsi, les résultats de l'analyse de variance présentés au Tableau 2 indiquent qu'il y a une différence significative dans le score de symptômes intériorisés entre les enfants victimes de maltraitance et ceux qui sont non-maltraités selon les informations rapportées par la mère ( $F = 10.77, p < .005$ ). Les enfants maltraités présentent donc plus de symptômes intériorisés que les enfants non-maltraités selon les mères. Par contre, les informations rapportées par l'éducatrice indiquent une différence non-significative entre les enfants maltraités et les enfants non-maltraités en ce qui concerne l'échelle d'anxiété/retrait social ( $F = 1.64, n.s.$ )

Tableau 2  
Analyse de variance des problèmes intériorisés par le statut de maltraitance  
selon les informations obtenues par la mère (CBCL)  
et celles obtenues par l'éducatrice (QECF).

<u>Mère</u>					
		Moyenne	Écart-type	F	P
Statut	non-maltraités	56.34	8.30	10.77	.001
	maltraités	62.21	9.72		

<u>Éducatrice</u>					
Statut	non-maltraités	54.81	11.01	1.64	n.s.
	Maltraités	57.25	9.64		

### 3.2. Hypothèse 1-b

Cette hypothèse de recherche indique que la proportion d'enfants se situant dans la zone clinique des problèmes intériorisés (score  $\geq 60$ ) est plus élevée chez les enfants maltraités que chez les enfants non-maltraités et ce, autant pour les informations rapportées par la mère que celles rapportées par l'éducatrice. Le tableau de contingence (voir Tableau 3) présente les pourcentages des enfants selon leur statut de maltraitance et selon qu'ils se retrouvent ou non dans la zone clinique des problèmes intériorisés selon les informations rapportées par la mère et celles rapportées par l'éducatrice. L'analyse de chi-carré indique qu'il existe une différence significative entre les enfants maltraités et les enfants non-maltraités ( $X^2 = 8.69, p < .005$ ) en ce qui a trait à leur présence ou non dans la zone clinique des symptômes intériorisés selon les informations rapportées par la mère: il y a donc une plus grande proportion d'enfants se retrouvant dans la zone clinique des troubles intériorisés chez les enfants victimes de maltraitance que chez les enfants non-maltraités.

Toutefois, les informations rapportées par les éducatrices ne démontrent pas de différence significative entre les enfants maltraités et les enfants non-maltraités en ce qui concerne la zone clinique (score  $\geq 60$ ) de symptômes intériorisés ( $X^2 = 1.92, n.s.$ ), bien que les enfants maltraités soient plus nombreux dans la zone clinique de problèmes intériorisés (46%) que les enfants non-maltraités (33%).

Tableau 3  
Tableau de contingence de la zone clinique de symptômes intériorisés  
et du statut de maltraitance selon les informations de la mère  
et celles de l'éducatrice

<u>Mère</u>					
	Non-Maltraités	Maltraités	Total	X <sup>2</sup>	P
Absence de trouble intérieurisé	64% (n = 38)	35% (n = 15)	52% (n = 53)	8.69	.005
Présence de trouble intérieurisé (> ou = 60))	36% (n = 21)	65% (n = 28)	48% (n = 49)		
<u>Éducatrice</u>					
Absence de trouble intérieurisé	67% (n = 47)	54% (n = 28)	61% (n = 75)	1.92	n.s.
Présence de trouble intérieurisé (> ou = 60)	33% (n = 24)	46% (n = 24)	39% (n = 48)		

### 3.3. Hypothèse 2

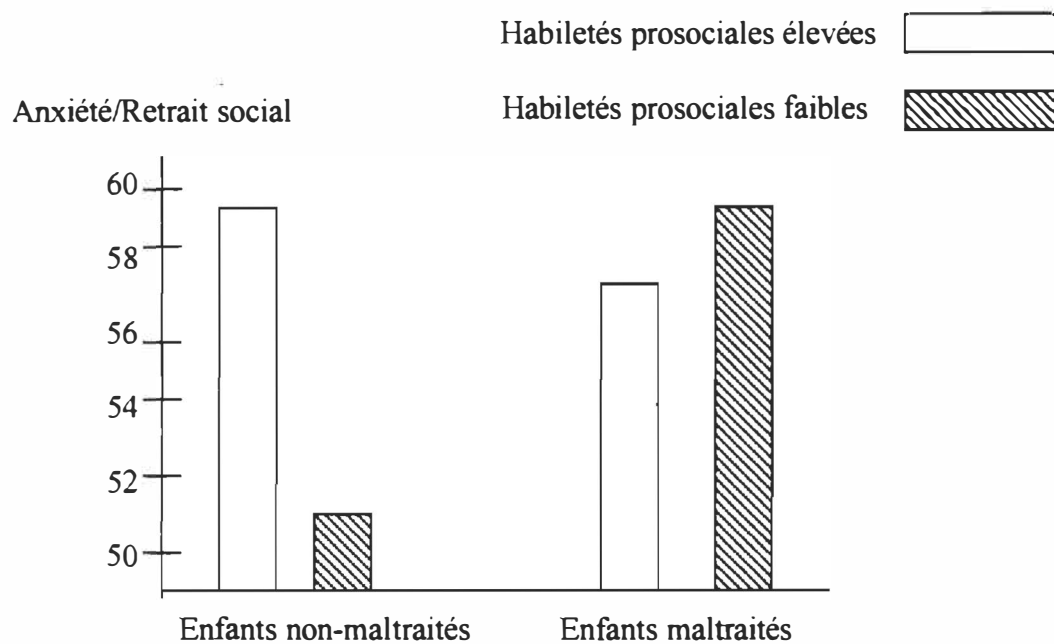
Cette hypothèse de recherche indique qu'il existe une corrélation négative significative entre le niveau d'habiletés prosociales et le niveau de problèmes intériorisés. Ainsi, les résultats indiquent une corrélation de  $-.26$  ( $p < .01$ ) entre le niveau de problèmes intériorisés et le niveau d'habiletés prosociales selon les informations rapportées par l'éducatrice. En ce qui a trait aux informations rapportées par la mère, on note sensiblement les mêmes résultats, soit une corrélation de  $-.14$  ( $p < .05$ ) entre le niveau de problèmes intériorisés et le niveau d'habiletés prosociales.

### 3.4. Hypothèse 3

La dernière hypothèse cherche à démontrer que l'interaction entre les habiletés prosociales et le statut de maltraitance explique une proportion significative de la variance observée dans les problèmes intériorisés (effet modérateur). L'analyse de variance montre que la variance expliquée est significative ( $F = 4.24$ ,  $p < .001$ ) selon les informations rapportées par la mère. Cette analyse révèle également un effet significatif du statut de maltraitance sur le niveau de symptômes intériorisés ( $F = 7.156$ ,  $p < .05$ ) selon les informations rapportées par la mère, mais aucun effet des habiletés prosociales sur ces mêmes symptômes ( $F = 1.36$ , n.s.). Par ailleurs, l'analyse des résultats obtenus

par les mères ne révèlent aucune interaction significative entre les habiletés prosociales et le statut de maltraitance en lien avec les symptômes intériorisés ( $F = 0.14$ , n.s.).

L'analyse de variance effectuée sur les informations obtenues des éducatrices montre que la variance expliquée est significative ( $F = 5.03$ ,  $p < .01$ ). Par ailleurs, cette analyse ne révèle aucun effet significatif du statut de maltraitance ( $F = 1.88$ , n.s.) et des habiletés prosociales ( $F = 2.13$ , n.s.) sur le niveau de symptômes intériorisés. Toutefois, cette même analyse révèle une interaction significative ( $F = 7.37$ ,  $p < .05$ ) entre les habiletés prosociales et le statut de maltraitance en ce qui a trait au niveau de problèmes intériorisés. La Figure 5 présente les problèmes intériorisés en fonction du statut de maltraitance et du statut d'habiletés prosociales selon les informations rapportées par l'éducatrice.



*Figure 5.* Problèmes intériorisés en fonction du statut de maltraitance et du statut d'habiletés prosociales (éducatrice).



## Chapitre 4 :

### Discussion

Cette recherche avait pour but de vérifier si les habiletés prosociales agissent comme facteurs de protection et, plus spécifiquement, comme variables modératrices en ce qui a trait aux problèmes intériorisés chez la population à risque des enfants maltraités. Les hypothèses 1-a et b ont été partiellement confirmées par les données rapportées par la mère, puisque ces informations rapportent des scores plus élevés de problèmes intériorisés chez les enfants maltraités que chez les enfants non-maltraités.

Ces données rapportent également une proportion d'enfants significativement plus élevée se situant dans la zone clinique des problèmes intériorisés chez les enfants maltraités. Ces résultats s'inscrivent donc dans la même lignée que les connaissances déjà acquises dans le domaine, soit que les enfants victimes de mauvais traitements semblent être plus vulnérables à développer des problèmes intériorisés que les enfants de la population générale et ce, tout âge et sexe confondus (Cicchetti et Carlson, 1989 ; Gladstone et Kaslow, 1995 ; Downey et al., 1994 ; Éthier et al., 1991 et Tessier et al., 1996). Les informations rapportées par l'éducatrice vont également dans le même sens, bien que la différence ne soit pas significative.

Les résultats confirment également qu'il existe une corrélation négative significative entre le niveau d'habiletés prosociales et le niveau de problèmes intériorisés selon les informations rapportées par la mère et celles rapportées par l'éducatrice : la

deuxième hypothèse de recherche étant donc confirmée. Conformément à la littérature (Simeonsson, 1994 et Provost, 1990) et aux recherches empiriques traitant de la compétence sociale (Thomas et al., 1995 ; Granger et al., 1996 et Hymel et al., 1990) , les habiletés prosociales sont aussi reliées aux problèmes intériorisés, alors qu'un haut niveau d'habiletés prosociales est associé à un bas niveau de problèmes intériorisés et vice-versa.

Quant à la troisième hypothèse de recherche, elle est partiellement confirmée par les données rapportées par l'éducatrice. En effet, les résultats démontrent une interaction significative entre les habiletés prosociales et le statut de maltraitance en ce qui a trait aux problèmes intériorisés : cette interaction expliquant une proportion significative de la variance observée dans les problèmes intériorisés. Toutefois, et bien qu'elles démontrent une interaction significative entre les habiletés prosociales et les problèmes intériorisés, les informations rapportées par la mère ne rapportent aucune interaction entre les habiletés prosociales et le statut de maltraitance sur les problèmes intériorisés.

Conformément à la recherche de Luthar (1991), les résultats aux différentes hypothèses de recherche indiquent donc que les habiletés prosociales semblent agir en tant que variable modératrice entre le statut de maltraitance et les problèmes intériorisés, bien que l'effet modérateur ne soit pas confirmé dans les deux contextes d'observation (la maison et l'école ou la garderie). En effet, seules les informations rapportées par l'éducatrice démontrent que l'interaction entre la variable indépendante (statut de

maltraitance) et le modérateur (habiletés prosociales) agit sur les variations de la variable dépendante (problèmes intériorisés) tel que mentionné dans le modèle sur l'effet modérateur proposé par Baron et Kenny (1986).

Ces résultats divergents entre les deux milieux d'observation (maison et école ou garderie) peut s'expliquer par le comportement de l'enfant. En effet, ce dernier agit différemment selon le milieu dans lequel il évolue (Cloutier et Renaud, 1990). Par exemple, un enfant peut se montrer d'une grande timidité à l'école, alors qu'il se comporte d'une façon beaucoup plus extravertie à la maison où il se sent en sécurité, ce qui lui permet d'adopter un comportement différent et d'expérimenter diverses situations. Aussi, la dépression, l'anxiété, la somatisation et le retrait social sont des problématiques plus difficiles à identifier en milieu scolaire, ce qui expliquerait l'absence de lien entre le statut de maltraitance et les problèmes intériorisés observée dans les données rapportées par l'éducatrice. Les éducatrices, ayant souvent des groupes nombreux présentant des enfants avec troubles de comportement, agressivité et hyperactivité, portent moins d'attention aux enfants plus timides et renfermés qui sont d'ailleurs souvent oubliés au profit des plus agités (Urquiza et Winn, 1999).

Des recherches supplémentaires seraient donc souhaitables en vue de bien identifier ce phénomène. Ces recherches devraient également tenir compte des limites de cette étude. Tout d'abord, l'évaluation des habiletés prosociales s'est faite dans un seul contexte (en garderie, en pré-maternelle ou en maternelle) et par un seul agent

d'évaluation, soit l'éducatrice. Il serait préférable de mesurer ces habiletés dans plusieurs contextes et par plusieurs évaluateurs pour ainsi tenir compte de toutes les facettes de la vie de l'enfant. Les enfants ont également été évalués à un seul moment : il serait intéressant de mettre ces habiletés prosociales et problèmes intériorisés dans une perspective développementale. Finalement, les problèmes intériorisés sont évalués par la mère ou par l'éducatrice de l'enfant. Une évaluation clinique de ces problèmes serait utile en vue de s'assurer de l'exactitude du diagnostic.

Les retombées et, plus particulièrement, les applications pratiques de cette étude sont importantes. En effet, l'intervention auprès des enfants victimes de maltraitance devra prendre en considération non seulement les nombreux facteurs de risque que possède cette population, ainsi que les conséquences fâcheuses de ce phénomène, mais également la force de certains facteurs de protection, notamment les habiletés prosociales qui peuvent contrecarrer l'effet des problèmes intériorisés. Les enfants victimes de maltraitance démontrant souvent des comportements agressifs ou hostiles avec les pairs (Urquiza et Winn, 1999), il serait important d'apprendre à ces derniers une méthode de résolution de conflits socialement acceptable qui mènerait vers un meilleur contrôle de soi. Également, certaines habiletés sociales essentielles, comme prendre contact avec les autres ou inclure quelqu'un dans son jeu (Comeau, 1999), peuvent aider les enfants maltraités à briser leur isolement et ainsi diminuer le retrait social dans lequel ils se réfugient. Ces habiletés pourraient donc faire partie d'un plan d'intervention servant à aider cette population qui en a grandement besoin.

Des programmes d'entraînement aux habiletés sociales sont d'ailleurs mis sur pied afin de favoriser le développement de telles habiletés dans différentes populations à risque de développer une psychopathologie (Ouellet et L'Abbé, 1986). Le programme Fluppy d'entraînement aux habiletés prosociales serait une belle alternative pour les enfants victimes de maltraitance, puisqu'il consiste en une intervention destinée à stimuler les habiletés sociales des enfants de 4 à 6 ans qui éprouvent des difficultés à vivre des interactions positives avec leur entourage (Comeau, 1999). Inspiré de grands programmes américains qui se sont avérés efficaces pour réduire la fréquence de différentes psychopathologies, notamment en violence familiale, il est également le seul programme québécois cité comme une intervention efficace pour prévenir des problèmes de santé mentale (Institute of Medicine, 1994). L'instauration d'un tel programme dès la garderie et la maternelle permettrait de maximiser les chances des enfants victimes de maltraitance de se développer de façon optimale, et donnerait aux intervenants auprès de cette population une vision positive des enfants aux prises avec cette douloureuse problématique.

## Conclusion

En somme, la maltraitance est un phénomène considéré important par la majorité des pays du monde et a un impact certain sur le développement de l'enfant, notamment aux niveaux social et affectif. En effet, les problèmes intériorisés sont fréquents dans cette population et le développement social de ces enfants est fortement compromis. C'est pourquoi il est intéressant de se pencher de façon plus précise sur les facteurs pouvant protéger cette population à risque. Les résultats de la présente étude démontrent, mais non sans équivoque, que les habiletés prosociales agissent comme variables modératrices entre le statut de maltraitance et les problèmes intériorisés. Selon le modèle proposé par Baron et Kenny (1986), l'interaction entre les habiletés prosociales (modérateur) et le statut de maltraitance (variable indépendante) agit sur les variations des problèmes intériorisés (variable dépendante) présentés par l'enfant. Toutefois, seules les informations rapportées par l'éducatrice confirment cette hypothèse : les résultats rapportés par les mères étant non concluants.

Comme les données sur les facteurs de protection ne font qu'émerger et que les conclusions sur les facteurs et circonstances qui produisent la résilience sont limités, il serait important que les recherches futures se penchent davantage sur ce phénomène. Quels sont les autres facteurs qui protègent les enfants contre les problèmes intériorisés ? ; quelles habiletés prosociales spécifiques peuvent protéger les enfants



maltraités contre la psychopathologie ?, sont autant de questions qui demeurent sans réponse, mais qui auraient toutefois un intérêt certain sur l'intervention auprès de cette population.

## Références

- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Child Behavior CheckList/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT : University of Vermont, Department of psychiatry.
- Alessandri, S. M. et Lewis, M. (1991). Development of the self-conscious emotions in maltreated children. In M. Lewis et M. W. Sullivan (Éds), Emotional development in atypical children (pp. 185-202). New-Jersey : Lawrence Erlbaum associates.
- American psychiatric association (1983). DSM-III. Paris : Masson.
- Baron, R. M. et Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research : conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of personality and social psychology, 51(6), pp. 1173-1182.
- Bégin, P. (1996). L'enfance maltraitée. Bulletin d'actualité de la Division des affaires politiques et sociales. Ottawa : Bibliothèque du Parlement.
- Behar, L. B. et Stringfield, S. (1974). A behavior rating scale for the preschool child. Developmental psychology, 10, pp. 601-610.
- Belle, D. (Éd.) (1989). Children's social networks and social supports. New-York : Wiley interscience publication.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development : research perspectives. Developmental psychology, 22(6), pp.723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Cambridge, Mass. : Harvard University Press.
- Cadieux, E. et Desrosiers, M. (1989). Profil des enfants maltraités dans la région de Lanaudière en 1987. Département de Santé Communautaire de Lanaudière.
- Cairns, E. (1996). Children and political violence. Oxford : Blackwell publishers inc.
- Calam, R. et Franchi, C. (1987). Child abuse and its consequences. Cambridge : Cambridge University Press.
- Chamberland, C., Bouchard, C. et Beaudry, J. (1986). Conduites abusives et négligentes envers les enfants : Réalité canadienne et américaine. Revue Canadienne des sciences du comportement, 18(4), pp. 391-412.

- Cicchetti, D. et Carlson, V. (Éds) (1989). Child maltreatment : theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect. New-York : Cambridge University Press.
- Cicchetti, D. et Cohen, D. (Éds) (1995). Developmental psychopathology vol.II : risk, disorder and adaptation. New-York : Wiley.
- Cloutier, R. et Renaud, A. (1990). Psychologie de l'enfant. Montréal : Gaëtan Morin éditeur ltée.
- Cohen, E. C. (1999). Perceived social support as a protective factor in manifest and emotional resilience. Dissertation abstracts international : section B : the sciences and engineering, 59(7B), p. 3685.
- Cohen, S. et Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98(2), pp. 310-357.
- Comeau, M. (1999). État de situation sur l'implantation du programme Fluppy d'entraînement aux habiletés sociales dans la région de Québec et proposition de consolidation progressive du programme. Beauport : Direction de la santé publique du Québec, centre de documentation.
- Downey, G., Feldman, S., Khuri, J. et Friedman, S. (1994). Maltreatment and childhood depression. In W. Reynolds et H. F. Johnston (Éds), Handbook of depression in children and adolescents (pp. 481-508). New-York : Columbia University Press, Department of psychology.
- Eisenberg, N., Guthrie, I. K., Fabes, R. A., Reiser, M., Murphy, B. C., Holgren, R., Maszk, P. et Losoya, S. (1997). The relations of regulation and emotionality to resiliency and competent social functioning in elementary school children. Child Development, 68(2), pp. 295-311.
- Eisenberg, N. et Mussen, P. H. (1989). The roots of prosocial behavior in children. New-York : Cambridge University Press.
- Éthier, L., Palacio-Quintin, E., Jourdan-Ionescu, C., Lacharité, C. et Couture, G. (1991). Évaluation multidimensionnelle des enfants victimes de négligence et de violence. Rapport de recherche.
- Finkelman, B. (Éd) (1995). Child abuse : a multidisciplinary survey vol.IV. New-York : Garland.
- Fraser, M. W. (Éd) (1997). Risk and resilience in childhood. Washington DC : NASW Press.

- Gariépy, A. (1994, septembre). Loi sur la protection de la jeunesse : obligation de signalement étendue. Psychologie du Québec, 11(5), pp.24-25.
- Gladstone, T. R. et Kaslow, N. J. (1995). Depression and attributions in children and adolescents : a meta-analytic review. Journal of abnormal psychology, 23(5), pp.597-606.
- Granger, D. A. Weisz, J. R. McCracken, J. T. Ikeda, S. C. et Douglas, P. (1996) Reciprocal influences among adrenocortical activation, psychosocial processes and the behavioral adjustment of clinic-referred children. Child Development, 67, pp.3250-3262.
- Hoffman-Plotkin, D. et Twentyman, C. T. (1984). A multimodal assessment of behavioral and cognitive in abused and neglected preschoolers. Child Development, 55, pp. 794-802.
- Hoge, R. D., Andrews, D. A. et Leschied, A. W. (1996). An investigation of risk and protective factors in a sample of youthful offenders. Child psychological psychiatric, 37(4), pp. 419-424.
- Hymel, S., Rubin, K. H., Rowden, L. et Lemare, L. (1990). Children's peer relationships : longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood. Child Development, 61, pp. 2004-2021.
- Institute of Médecine (1994). Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research. Washington DC : National Academy Press.
- Jourdan-Ionescu, C., Palacio-Quintin, E., Desaulniers, R. et Couture, G. (1998). Étude de l'interaction des facteurs de risque et de protection chez de jeunes enfants fréquentant un service d'intervention précoce. Rapport de recherche présenté au Conseil Québécois de la Recherche Sociale. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resiliency : a study of high-risk adolescents. Child Development, 62, pp. 600-616.
- Lutzker, J. R. (Éd) (1998). Handbook of child abuse research and treatment. New-York : Plenum Press.
- Miller, P. M. et Ingham, J. G. (1979). Reflections on the life events to illness link with some preliminary findings. In I. G. Sarason et C. D. Spielberger (Éds), Stress and anxiety (pp. 313-336). New-York : Hemisphere.
- Mouren-Siméon, M. C. et Klein, R. (Éds) (1997). Les dépressions chez l'enfant et

l'adolescent. Paris : L'expansion scientifique.

Ouellet, R. et L'Abbé, Y. (1986). Programme d'entraînement aux habiletés sociales.  
Brossard : Éditions Behaviora Inc.

Palacio-Quintin, E. et Éthier, L. S. (1993). La négligence, un phénomène négligé.  
Apprentissage et Socialisation, 16(1, 2), pp.153-164.

Provost, M. A. (1991). Le développement social des enfants. Montréal : Agence d'Arc.

Rubin, K. H. et Asendorpf, J. B. (Éds) (1993). Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood. Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Rutter, M. (Éd) (1987). Developmental psychiatry. Washington DC : American Psychiatric Press.

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

Sarason, I. G. et Sarason, B. R. (1986). Experimentally provided social support.  
Journal of personality and social psychology, 50(6), pp. 1222-1225.

Séguin, L. et Rocheleau, L. (1988). Et la petite enfance? Dossier : Le bien-être. Santé et Société, 10(2), pp.41-44.

Shadish, W. R. et Sweeney, R. B. (1991). Mediators and moderators in meta-analysis : there's a reason we don't let dodo birds tell us wich psychotherapies should have prizes. Journal of consulting and clinical psychology, 59(6), pp. 883-893.

Simeonsson, R. J. (Éd) (1994). Risk, resilience and prevention. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.

Tessier, R., Tarabulsy, G. et Éthier, L. S. (1996). Dimension de la maltraitance.  
Québec : Presse de l'Université du Québec.

Thomas, A. M., Forehand, R. et Neighbors, B. (1995). Change in maternal depressive mood : unique contributions to adolescent functioning over time. Adolescence, 30(117), pp. 43-53.

Tomison, A. M. et Wise, S. (automne 1999). Community-based approaches in preventing child maltreatment. Child abuse prevention, 11, National Child Protection Clearinghouse Issues paper published by the Australian Institute of Family Studies, p.5.

- Tremblay, I. (1997). Lien entre les caractéristiques des mauvais traitements et les habiletés prosociales manifestées par des enfants maltraités. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Tremblay, R. E. et Desmarais-Gervais, L. (1985). Questionnaire d'Évaluation des Comportements au Préscolaire (QECP). Montréal : Université de Montréal.
- Tremblay, R. E., Vitaro, F., Gagnon, C., Piché, C. et Royer, N. (1992). A prosocial scale for the preschool behavior questionnaire : concurrent and predictive correlates. International journal of behavioral development, 15, pp. 227-245.
- Urquiza, A. J. et Winn, C. (1999). Treatment for abused and neglected children : infancy to age 18. U.S. Department of health and human services. Washington : Circle Solutions inc.
- Valois, J. (1993). Sociologie de la famille. Anjou : Centre éducatif et culturel inc.
- Weir, K. et Duveen, G. (1981). Further development and validation of the Prosocial Behavior Questionnaire for use by teachers. Journal of child psychology and psychiatry, 22, pp. 357-374.
- Werner, E. E. et Smith, R. S. (1989). Vulnerable but invincible : a longitudinal study of resilient children and youth. New-York : Adams, Bannister and Cox.
- Wiehe, V. R. (1996). Working with child abuse and neglect. Thousand Oaks : Sage publications.
- Zeller, C. et Messier, C. (1987). Des enfants maltraités au Québec? Québec : Les publications du Québec.

## Appendices



## Appendice A

### Questionnaire des renseignements généraux

## QUESTIONNAIRE DÉMOGRAPHIQUE

72

Janvier 1993

Ces informations sont recueillies uniquement pour fins de recherche et demeurent confidentielles.

Note: Dans le présent questionnaire le mot "PÈRE(MÈRE)" réfère au père(mère) biologique de l'enfant et le mot "CONJOINT(E)" réfère au conjoint(e) actuel (le)de la mère (père) si elle (il) est en union stable avec lui(elle) depuis au moins six mois.

L'information recueillie concerne le(la) partenaire actuel(le) de la mère ou du père (conjoint(e)).

Date de l'entrevue: \_\_\_\_\_

### 1. Identification

No. du sujet: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

No. tél.: \_\_\_\_\_ Autre tél.: \_\_\_\_\_

Nom de la mère: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Nom du père: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Nom du conjoint: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Groupe ethnique de la mère: \_\_\_\_\_

Groupe ethnique du père : \_\_\_\_\_

Groupe ethnique du (de la) conjoint(e): \_\_\_\_\_

Lieu de naissance de l'enfant: \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant (D.P.J.): \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE DÉMOGRAPHIQUE

Janvier 1993

Date de l'entrevue: \_\_\_\_\_

No. du sujet: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Age de la mère: \_\_\_\_\_

Age du père: \_\_\_\_\_

Age conjoint(e): \_\_\_\_\_

## 2. Statut conjugal actuel de la mère ou du père (ou conjoint(e) s'il y a lieu)

Depuis quand

Marié(e) ou en union libre stable (6 mois ou plus)

☐

Remarié(e) ou en union libre stable pour la seconde fois (6 mois ou plus)

☐

Séparé(e)

☐

Divorcé(e)

☐

Veuf(ve)

☐Célibataire (jamais marié(e) ou ayant vécu en union libre stable moins de 6 mois)  
monoparental☐☐

biparental

☐

## 3. Occupation de la mère et du père (ou conjoint(e) s'il y a lieu)

a) Est-ce que la mère et le père (ou conjoint(e) s'il y a lieu) ont déjà exercé un métier ou une profession?

oui non absent

mère

☐☐☐

père (ou conjoint(e))

☐☐☐

b) Si la mère ou le père (ou conjoint(e) s'il y a lieu) ont déjà eu un emploi rémunéré, que font-ils actuellement comme travail (ou quel était leur dernier travail)?

Absent

Mère: \_\_\_\_\_

☐

Père (ou conjoint(e)): \_\_\_\_\_

☐

c) La mère ou le père (ou conjoint(e) s'il y a lieu) sont-ils actuellement en chômage (sans travail)?

oui non absent

mère

☐☐☐

père

☐☐☐

d) Si oui, depuis combien de temps?

	mère	père (ou conjoint(e))
3 semaines et moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 1 mois et 2 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 3 mois et 5 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 6 mois et 11 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 1 an et 1 an 1/2 (Bien-être social)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de 1 an 1/2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4. Ressources communautaires

a) Utilisez-vous présentement des ressources communautaires (centre de loisirs, comptoir vestimentaire, cuisine collective etc.) ou autres services (CLSC, programme de relance à l'emploi)?

oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Si oui, indiquez lesquels:

---



---



---

#### 5. Scolarité des parents

a) Nombre d'années complétées

	mère	père (ou conjoint(e))
Primaire	<hr/>	<hr/>
Secondaire	<hr/>	<hr/>
Post-secondaire (autres que collégial ou universitaire)	<hr/>	<hr/>
Général	<hr/>	<hr/>
Technique	<hr/>	<hr/>
Universitaire	<hr/>	<hr/>
1er cycle	<hr/>	<hr/>
2e cycle	<hr/>	<hr/>
3e cycle	<hr/>	<hr/>
Autre (spécifier)	<hr/>	<hr/>

b) Diplôme(s) obtenu(s) et champ de spécialisation

mère	père (ou conjoint(e))
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

**6. Revenu annuel brut (avant impôt et incluant les allocations familiales, pension alimentaires, rentes, etc.)**

a) S'il est possible d'indiquer approximativement le revenu annuel brut de la mère et du père (ou conjoint(e) s'il y a lieu), faites-le dans l'espace ci-dessous. Sinon, indiquez la classe de revenus en utilisant le tableau suivant.

		mère	père	(ou conjoint(e))
Revenu annuel	Moins de 5 000\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Approximatif	5 000 - 9 999	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10 000 -14 999	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mère: _____	15 000 -19 999	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20 000 -24 999	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Père (ou conjoint(e): _____	25 000 -29 999	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30 000 et plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

b) Combien de personnes (incluant les adultes et les autres enfants) vivent au domicile de l'enfant?

2 personnes	<input type="checkbox"/>	
3 personnes	<input type="checkbox"/>	
4 personnes	<input type="checkbox"/>	
5 personnes	<input type="checkbox"/>	
6 personnes	<input type="checkbox"/>	
7 personnes ou plus	<input type="checkbox"/>	indiquez combien: _____

c) Combien y a-t-il de pièces dans le domicile familial (exception faite de la salle de bain, du couloir et du vestibule d'entrée)?

1 pièce	<input type="checkbox"/>	
2 pièces	<input type="checkbox"/>	
3 pièces	<input type="checkbox"/>	
4 pièces	<input type="checkbox"/>	
5 pièces	<input type="checkbox"/>	
6 pièces	<input type="checkbox"/>	
7 pièces	<input type="checkbox"/>	
8 pièces ou plus	<input type="checkbox"/>	indiquez combien: _____

d) Nombre de déménagements depuis la naissance de l'enfant:

Aucun	<input type="checkbox"/>	
Un	<input type="checkbox"/>	
Deux	<input type="checkbox"/>	
Trois	<input type="checkbox"/>	
Quatre ou plus	<input type="checkbox"/>	Précisez: _____

## 7. Informations familiales

### a) L'enfant demeure actuellement avec:

Deux adultes dont un est le parent naturel

☐

Sa mère

☐

Son père

☐

Famille d'accueil

☐

Garde partagée

☐

Depuis quand: \_\_\_\_\_

Précisez: \_\_\_\_\_

### b) L'enfant fréquente:

Garderie

☐

Combien de jours/semaine

Pré-maternelle

☐

Maternelle

☐

Gardé à domicile

☐

Gardé en milieu familial

☐

Autres

☐

Nom et adresse de l'établissement ou de la gardienne:

---



---

### c) Rang de l'enfant dans la famille:

Premier

☐

Deuxième

☐

Troisième

☐

Quatrième

☐

Cinquième ou plus

☐

### d) Nombre de frères et/ou de sœurs

# de frères: \_\_\_\_\_ Ages: \_\_\_\_\_

# de sœurs: \_\_\_\_\_ Ages: \_\_\_\_\_

## 8. Anamnèse

a) Etat de santé actuel des personnes dans l'entourage de l'enfant (maladies chroniques, traitements médicaux spécifiques, etc.)

	mère	père (ou conjoint)	fratrie (précisez)
Pas de problème de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Maladie chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Abus de substance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

b) Autres particularités actuelles de la fratrie (scolarité, signalement, etc.)

Précisez

Pas de problème particulier	<input type="checkbox"/>	_____
Signalement à la D.P.J.	<input type="checkbox"/>	_____
Problème scolaire	<input type="checkbox"/>	_____
Problème d'agressivité	<input type="checkbox"/>	_____
Problème d'anxiété	<input type="checkbox"/>	_____
Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	_____

c) Evénements marquants dans la vie de l'enfant

Précisez

Aucun	<input type="checkbox"/>	_____
Maladie grave, interv. chirurgicale	<input type="checkbox"/>	_____
Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	_____
Famille(s) d'accueil antérieur(s)	<input type="checkbox"/>	_____
Autre type de séparation du milieu familial	<input type="checkbox"/>	_____
Séparation, divorce des parents	<input type="checkbox"/>	_____
Maladies passées des parents/fratrie	<input type="checkbox"/>	_____
Autres	<input type="checkbox"/>	_____

d) Perception de la mère (du père ou du conjoint) à propos de sa grossesse (de la grossesse de sa conjointe) de l'accouchement et des 1er développements de l'enfant.

	normal	déviant	Précisez
Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1er développements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

e) Maturité du bébé à l'accouchement

A terme	<input type="checkbox"/>
Prématuré (37 semaines et -)	<input type="checkbox"/>
Postmaturé (42 semaines et +)	<input type="checkbox"/>

f) Césarienne

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>