



UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN
FACULTÉ DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE
L'ÉDUCATION
ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE

**MALTRAITANCE INFANTILE ET BIEN-
ÊTRE PSYCHOLOGIQUE À L'ÂGE ADULTE :
LE RÔLE MÉDIATEUR DU SENTIMENT DE
CONTRÔLE ET LA CAPACITÉ À PLANIFIER L'AVENIR ET
COMPRENDRE LE PASSÉ**

Mémoire présenté par :
Michèle LIETAERT

en vue de l'obtention du grade de Master et de la finalité de Psychologie Clinique de
l'Enfant, de l'Adolescent et de la Famille

Promoteur :
Stefan AGRIGOROEI

Lecteurs :
Stephan VAN DER BROUKE
Philippe LECKEUCHE

Louvain-la-Neuve, août 2019

Remerciements

Tout d'abord, je voudrais remercier à l'Université catholique de Louvain, à ses professeurs et à son personnel administratif, qui m'ont ouvert les portes de la formation continue dans ma vocation. Je dois également mentionner mon promoteur, le professeur Stefan Agrigoroaei, qui, par ses conseils, son dévouement et sa patience, a rendu ce travail possible. Je vous suis reconnaissante de m'avoir transmis toutes les connaissances nécessaires à cette recherche, ainsi que votre intégrité exemplaire en tant que professionnel.

Merci à tous les membres de ma famille, mes parents, mon frère et les autres membres de ma famille dans les deux hémisphères. J'apprécie profondément d'avoir été ouverte non seulement à une, mais à deux cultures qui m'ont permis de m'enrichir en tant que personne. Un grand merci aussi pour tout votre soutien émotionnel et matériel qui m'a permis de continuer à m'entraîner dans ce que j'aime.

Je dois également mentionner ma première université, l'Universidad Católica Andrés Bello, et ses professeurs, son personnel administratif et autres collègues. Grâce à cette institution, j'ai pu faire découvrir ma vocation et ma première approche de la carrière. Ce n'était pas seulement une contribution intellectuelle, mais aussi en termes de valeurs humaines que je porterai toujours avec moi dans ma vie professionnelle et personnelle.

Un grand merci à tous ces amis qui, pour des raisons indépendantes de notre volonté, ont dû se dire au revoir et voir tous les coins du monde, ou même rester pour continuer à contribuer à mon pays. Sans ces paroles d'encouragement, ni même l'agréable souvenir qui a persisté dans les moments les plus difficiles, je n'aurais pas pu continuer ce travail.

Je ne pouvais pas oublier toutes les personnes que j'ai rencontrées de ce côté-ci du monde, qui m'ont appris une et mille fois que l'on n'arrête jamais d'apprendre, et qu'il existe une infinité de façons de manifester son amour. Merci d'être ma famille quand la vraie ne pouvait pas être là, de me faire confiance et de me permettre de faire partie de leur vie, même quand je n'étais qu'une étrangère.

Ma dévotion la plus sincère à chacun d'entre vous.

Michele Lietaert.

Table de Matières

I. Introduction	7
II. Revue de Littérature	9
Enfance et bien-être psychologique	9
Maltraitance infantile	13
Conséquences de la maltraitance sur le bien-être	18
Facteurs de résilience face à la maltraitance	29
Objectifs de recherche.....	37
III. Méthode	39
Question de recherche	39
Hypothèses	39
Générale	39
Spécifiques	39
Variables d'intérêt.....	40
Variable indépendante.....	40
1. Maltraitance infantile perpétrée par les parents.	40
Variable dépendante.....	41
1. Bien-être psychologique.....	41
Médiateurs présumés.....	42
1. Sentiment de contrôle.....	42
2. Capacité à planifier l'avenir et comprendre le passé.	42
Variables à contrôler.	43
1. Caractéristiques des participants.	43
2. Conditions familiales.	43
3. Santé physique.	43
Conception de recherche	44
Participants.....	44

Instruments de mesure	45
1. Inventaire des tactiques de conflit.....	45
2. Échelle du bien être psychologique.	46
3. Échelle du sentiment de contrôle.	46
4. Échelle de capacité à planifier l’avenir et comprendre le passé	47
Procédure	47
Considérations éthiques	49
IV. Analyse des données	51
Discussion des résultats.....	57
V. Conclusions	69
Limitations et recommandations.....	70
Références Bibliographiques	73
ANNEXE A. Item de l’inventaire des tactiques de conflit.....	77
ANNEXE B. Item de l’échelle du bien-être psychologique.....	81
ANNEXE C. Item de l’échelle du sentiment de contrôle.....	85
ANNEXE D. Item de l’échelle de capacité à prévoir l’avenir et comprendre le passé.....	89
ANNEXE E. Modèles de médiation multiple pour prédire le bien-être psychologique.....	93

I. Introduction

Cette recherche a été conçue dans le but d'étudier les effets de la violence physique et psychologique de la part des parents envers leurs enfants et leurs conséquences sur le bien-être psychologique de la victime à l'âge adulte. Pour ce faire, des variables telles que le sentiment de contrôle personnel et la capacité de planifier l'avenir et comprendre le passé seront prises en considération en tant que médiateurs possibles qui pourraient modifier cette relation.

Briere (2002) stipule que la violence vécue à un jeune âge a un impact important sur les représentations que l'enfant possède sur lui-même et sur les autres. La violence est également associée à des émotions négatives qui sont conservées dans la mémoire et déclenchent des réactions inappropriées, sans que la personne soit nécessairement consciente de leur influence. A long terme, le développement de la capacité à réguler les émotions des victimes est affecté, ce qui a des conséquences importantes sur l'intégration sociale et l'adaptation à l'environnement. C'est pourquoi le vécu de maltraitance est associé à un niveau inférieur de contrôle personnel (Irving & Ferraro, 2006; Shaw & Krause, 2002).

L'impact des expériences de violence physique et psychologique sur le bien-être mental peut être consulté dans la documentation. Des comportements d'intériorisation et d'extériorisation significativement plus importants sont observés chez les victimes (Kisely et al., 2018; Mills et al., 2013), ainsi que le double, voire le triple des possibilités de présenter des symptômes dépressifs (Nanni, Uher, & Danese, 2012; Nelson, Klumpp, Doebler, & Ehling, 2017; Shaw & Krause, 2002). Des niveaux de stress plus élevés ont également été observés (Greenfield & Marks, 2010), ce qui entraîne une susceptibilité particulière de développer des troubles anxieux, ou encore des troubles alimentaires et des problèmes de toxicomanie (Felitti et al., 1998; Norman et al., 2012).

Contrairement à l'impact de la violence sur la santé mentale, il est important d'introduire le concept de résilience, comme étant la qualité que possède la personne pour se protéger dans des situations adverses, de maintenir un fonctionnement adaptatif et d'assumer les difficultés comme un défi (Kaplan, Turner, Norman, & Stillson, 1996 ; Garnezy, 1994 cités par Van Breda, 2001). Une personne résiliente se perçoit elle-même comme autonome et capable de contrôler la situation afin de faire face aux difficultés.

Elle possédera des compétences appropriées d'évaluation de la situation et de réaction à celle-ci, tiendra compte du fait que chaque expérience mène à l'apprentissage, croira souvent que la vie a un objectif et accorde une importance particulière au développement personnelle (Polk, 1997).

Clausen (1991) a créé le concept de « compétence de planification » dans lequel il fait référence à l'imposition d'objectifs réalistes, liés à une estime de soi adéquate et à un bon contrôle personnel. Cet élément joue un rôle important dans la victimisation, où l'individu attribue un sens aux expériences passées afin de gérer sa vie de façon positive et de prendre des décisions plus appropriées pour son bien-être futur (Lachman & Weaver, 1998). Cette habileté est étroitement liée au sentiment de contrôle personnel, une variable qui semble réduire les symptômes dépressifs chez les enfants victimes de violence, et qui supprime même la relation entre la maltraitance et la santé physique perçue (Irving & Ferraro, 2006; Shaw & Krause, 2002).

Afin de faire progresser ce réservoir de connaissances, une recherche longitudinale et non expérimentale sera menée, en utilisant les données collectées dans l'étude MIDUS. Il est espéré de vérifier l'effet médiateur du sentiment de contrôle et de la capacité à planifier l'avenir et comprendre le passé comme des variables qui réduiront la relation entre la violence physique et psychologique que subissent les américains de la part de leurs parents et leur bien-être psychologique. La confidentialité des données sera respectée et le consentement éclairé des participants sera obtenu. Le Conseil de révision des sciences sociales et comportementales de l'Université du Wisconsin a approuvé la collecte initiale des données et sa dernière publication (Strauss, 2011)

Entre un quart et la moitié de la population infantine a subi de graves actes de violence physique, ce qui est reconnu comme un problème de santé publique au niveau international (Butchart, Harvey, Mian, & Furniss, 2006). Il est donc espéré que cette étude permettra de mieux comprendre le fonctionnement psychologique de la victime. Il serait utile aux psychologues, aux éducateurs et aux autres professionnels de la santé mentale d'identifier les facteurs qui pourraient favoriser le développement de résilience. S'il existe une véritable relation entre ces facteurs internes, il serait possible d'intervenir auprès d'eux de façon à favoriser un changement positif chez la personne, plus spécifiquement dans son bien-être mental et émotionnel.

II. Revue de Littérature

Enfance et bien-être psychologique

Définition du bien-être.

L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme un état de bien-être physique et mental, ce qui implique plus que la simple absence de maladie. La santé est considérée comme un continuum, allant de la présence de conditions qui limitent fonctionnellement l'individu, en passant par des maladies et des problèmes à court terme, à un état dans lequel la personne se sent en bonne santé, avec de l'énergie et une vision positive de l'avenir (Ross & Mirowsky, 1989; Ross, Mirowsky, & Goldsteen, 1990).

Le stress physique, pour sa part, est mesuré par l'auto-déclaration des symptômes ou par un mauvais état de santé qui entrave le fonctionnement quotidien. Le bien-être émotionnel consiste en un état de bonheur, d'espoir, d'énergie et d'enthousiasme pour la vie. Le stress psychologique comprend les états d'esprit comme l'anxiété, la dépression et les symptômes connexes (Ross & Mirowsky, 1989; Ross et al., 1990).

Un concept lié au bien-être est celui de satisfaction dans la vie, même lorsque ce terme n'implique pas nécessairement la présence d'un bien-être adéquat. La satisfaction est définie comme la relation entre les aspirations et les accomplissements qu'une personne a accomplies tout au long de sa vie. Le manque de satisfaction est perçu comme un déficit par rapport aux attentes. (Ross et al., 1990).

Sur le plan psychologique, le bien-être a été une variable de définition complexe pour les scientifiques, car il est soumis à une grande subjectivité. Dans un premier temps, les chercheurs ont essayé de créer plusieurs instruments capables de mesurer le niveau de bien-être psychologique de la personne, afin de trouver les différents facteurs qui ont un effet sur elle, mais les bases théoriques relatives à ce phénomène n'étaient pas bien établies. Une fois ce problème identifié, différentes manières de concevoir le bien-être ont été développées, par exemple, en fonction de la fréquence et de la durée des émotions positives, ou du sentiment de faire une contribution positive à la société (Ryff, 1989).

D'une manière générale, les différentes théories qui ont émergé sur le bien-être comportent six dimensions principales : (1) L'acceptation de soi, c'est-à-dire les attitudes positives envers soi-même, ses propres caractéristiques, son passé et sa capacité à se

mettre à jour ; (2) les relations positives avec les autres, ce qui implique un niveau élevé d'empathie, d'affection et d'identification avec l'autre, ainsi que la capacité de s'impliquer dans des relations chaleureuses et intimes ; (3) l'autonomie, considérée comme la possibilité de réguler son comportement par ses propres moyens et posséder un contrôle intérieur sans se sentir intimidée par les idées du collectif ; (4) la maîtrise de l'environnement, conçue comme la capacité de créer des environnements favorables à soi-même en y participant activement afin de les modifier. (5) les Objectifs de vie, définis comme les croyances et les objectifs qui donnent un sens à sa propre vie, au moyen d'une haute compréhension de soi et d'un sentiment de direction ; et (6) le développement personnel, c'est-à-dire, la possibilité de continuer à développer son propre potentiel, donc il est nécessaire une certaine ouverture aux nouvelles expériences, et une capacité à affronter de nouveaux défis dans les différentes étapes de sa vie (Ryff, 1989).

Cette nouvelle conception du bien-être psychologique et du fonctionnement positif a donné lieu à une notion de plus longue durée dans le temps, contrairement aux définitions antérieures qui étaient fondées sur des émotions soumises à des changements plus immédiats. De la même manière, il existe une référence aux cognitions stables de la personne, comme le sens de sa propre direction et réalisation. La sphère sociale est aussi incluse, en comptant sur une dimension des relations interpersonnelles. Il a été observé empiriquement que ces dimensions maintenaient des corrélations avec la satisfaction de la vie, les deux concepts étant très rapprochés d'un point de vue théorique (Ryff, 1989).

MIDUS.

En ce qui concerne la recherche sur le bien-être, l'enquête sur l'évolution de la vie chez les personnes âgées aux États-Unis, mieux connue sous le nom de MIDUS, est une étude approfondie menée par un grand nombre de chercheurs de différentes disciplines, notamment la psychologie, l'épidémiologie, la médecine, la démographie, la sociologie et autres. Le projet a été réalisé par le réseau de recherche de la Fondation MacArthur, afin de recueillir une vaste quantité d'informations sur les facteurs psychologiques et sociaux qui jouent un rôle dans la santé et le bien-être des personnes âgées (University of Wisconsin, 2011).

Cette étude a un caractère longitudinal, ayant eu sa première collecte de données entre 1995 et 1996, sur un échantillon représentatif de 7108 sujets âgés de 25 à 75 ans qui ont été contactés par téléphone, puis par e-mail. La collecte des variables a été reprise

entre 2004 et 2006 sous les initiales de M2, où 4963 participants de l'étude initiale ont de nouveau été interrogés. Enfin, une troisième collecte de données, appelée M3, a été réalisée entre 2014 et 2016, et 3294 participants ont répondu à l'enquête. Parmi les variables étudiées figurent une série d'instruments liés à l'histoire individuelle des sujets, notamment des facteurs liés à leur enfance, tels que les conditions économiques, sociales et familiales vécues durant cette période, puisque celles-ci sont considérées comme ayant un effet sur l'état de santé général à l'âge adulte (University of Wisconsin, 2011).

L'enfance comme période définitoire du bien-être.

Au niveau théorique, l'enfance concerne souvent l'une des périodes les plus déterminantes de la santé à long terme, due à la vulnérabilité face à des nombreux facteurs (Lyu & Agrigoroaei, 2017). Il existe un effet direct entre les conditions familiales vécues durant l'enfance et le niveau de bien-être à l'âge adulte, ainsi que des effets indirects des variables connexes. Au moyen d'une étude menée depuis 1922 auprès d'enfants californiens talentueux depuis plus de 7 décennies, Crosnoe et Elder (2004) ont découvert que des éléments comme le statut socioéconomique familial, le divorce et l'attachement aux parents sont des facteurs qui prédisposent au développement de la santé et à la satisfaction de la vie.

Le niveau socioéconomique a été l'une des variables impliquées dans ce milieu, puisque c'est un indicateur adéquat de stabilité dans le foyer et d'opportunités académiques pour le jeune. Un niveau socio-économique élevé dans l'enfance est lié à de meilleurs résultats scolaires au cours du développement personnel et, par conséquent, à un équilibre adéquat du bien-être à l'âge adulte. Ceci protège l'individu contre un investissement excessif sur la famille (rang de probabilité = 0,81, $p < 0,05$) (Crosnoe & Elder, 2004).

D'autre part, le divorce peut indirectement altérer le bien-être à l'âge adulte, car il entraîne une série de changements radicaux dans le mode de vie durant l'enfance. Les personnes élevées par des parents mariés présentent un meilleur état de santé tout au long de leur vie, ce qui se traduit par un médiateur qui facilite un développement adéquat et équilibré à l'âge adulte (rang de probabilité = .46, $p < .05$). Le fait de vivre un divorce, même si le niveau de santé ultérieur est adéquat, a pour effet que la personne est trop axée sur le milieu familial (Crosnoe & Elder, 2004).

De même, la relation entre les parents et leurs enfants est d'une grande importance pour leur développement affectif et prépare la personne à aborder le monde social. Un attachement adéquat augmente la probabilité d'un bien-être équilibré à l'âge adulte, ce qui empêche la personne de se concentrer sur sa vie professionnelle uniquement (rang de probabilité = .53 ; $p < .01$) (Crosnoe & Elder, 2004).

Lyu et Agrigoroaie (2016) ont étudié les effets de l'adversité sur l'enfance et le bien-être mental sur une période de 10 ans, en prenant en compte des variables comme les revenus économiques, la santé générale dans l'enfance, les expériences de violence physique et psychologique, le fait de grandir dans une famille monoparentale, le divorce des parents, entre autres, représentent des facteurs de risque pour le développement qu'ils ont pris en compte. Pour mener cette recherche, les auteurs ont utilisé 3366 sujets de l'étude Midlife in the United States (MIDUS).

Les participants qui avaient un niveau plus élevé d'adversité pendant l'enfance avaient aussi des niveaux plus faibles de santé physique ($b = -0,050$; $p = 0,005$) et mentale ($b = -0,035$; $p = 0,048$) dans la deuxième mesure. Il existe aussi un effet significatif des variables sociodémographiques, familiales et de santé sur la santé physique ($b = -0,052$; $p = 0,003$) et mentale ($b = -0,039$; $p = 0,028$). Un effet de médiation a également été observé dont un niveau élevé d'adversité est corrélé à des relations familiales de moindre qualité à l'âge adulte ($b = .035$, $p < .001$), ce qui se traduit par un état de santé mentale moins bon ($b = .073$; $p = .052$) (Lyu & Agrigoroaie, 2017).

Les auteurs soulignent l'importance de la qualité des relations familiales, qui peuvent être affectées dans des situations défavorables durant l'enfance et donc avoir des conséquences négatives sur la santé mentale à l'âge adulte. Il est donc conseillé que l'élaboration de programmes en faveur de la santé mentale prenne en compte la qualité des relations familiales, spécialement auprès des personnes qui ont connu des situations défavorables pendant l'enfance (Lyu & Agrigoroaie, 2017).

Le rôle des adultes en tant que figures de socialisation transcende toutes les cultures. Ce rôle implique la mise en œuvre de comportements et de stratégies qui ont une influence positive sur les jeunes générations, favorisant ainsi leur développement et leur offrant la possibilité de faire partie de la communauté dans laquelle elles se développent, par exemple par des mesures éducatives. Les jeunes doivent alors acquérir une série de compétences et d'aptitudes qui leur permettront d'affronter différentes situations de

manière autonome. La littérature par rapport au sujet met l'accent sur le rôle parental comme vital pour l'acquisition ultérieure des capacités pour faire face aux difficultés du développement de l'enfant (Masten et al., 2004).

Maltraitance infantile

Définition et types de violence.

L'Organisation mondiale de la santé définit la violence comme l'usage volontaire de la force physique ou la relation de pouvoir sur une personne, un groupe ou un individu, qui représente un danger potentiel pour son bien-être physique, psychologique et développemental digne. La violence en termes généraux peut être classée selon la modalité par laquelle ce préjudice est causé : physique, sexuelle, psychologique et de privation ou de négligence (Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002; World Health Organization, 1999). Pour sa part, la maltraitance infantile implique une relation complexe de confiance ou de pouvoir entre cette personne et un parent, un membre de la famille, un fournisseur de soins, un étranger, une figure d'autorité et même un autre enfant (Butchart et al., 2006).

Butchart et al. (2006); et Norman et al. (2012) définissent chacune des catégories de violence ou d'abus envers les enfants : (1) Le physique, soit l'usage intentionnel de la force physique qui peut nuire à leur sécurité physique et à leur dignité (ex. frapper, donner des coups de pied, brûler, couper, empoisonner, étrangler, mordre...), plusieurs de ces comportements sont utilisés comme mesure disciplinaire ; (2) L'abus sexuel, défini comme l'implication de l'enfant dans des comportements sexuels qu'il n'est pas entièrement capable de comprendre et, par conséquent, d'offrir un consensus ; (3) La violence émotionnelle ou psychologique, qui comprend les actes qui n'offrent pas un environnement propice au développement et qui peuvent avoir un impact sur sa santé mentale et son développement physique, psychologique et moral, et qui comprend des actes comme la culpabilité, les menaces, la discrimination, la restriction des mouvements et autres formes de rejet ou de traitement hostile ; (4) La négligence, qui désigne les actes où la personne qui s'occupe de l'enfant ne contribue pas au développement et au bien-être de celui-ci, quand elle est dans la position et les possibilités de le faire dans un ou plus de ces domaines : La santé, l'éducation, le développement émotionnel, la nutrition, le logement et les conditions de sécurité.

La violence infantile est un phénomène complexe à détecter, en partie parce que les cas qui se produisent dans le foyer ne sont pas très visibles, bien qu'ils soient cohérents dans toutes les sociétés. La maltraitance à la maison est une difficulté supplémentaire dans la mise en œuvre des programmes de prévention et d'intervention, car l'agresseur est aussi la principale personne chargée du soutien et des soins (Butchart et al., 2006).

Prévalence.

Une estimation internationale de 31 000 infanticide avant l'âge de 15 ans a été calculé par l'OMS en 2002. Les causes courantes de décès comprennent les blessures crâniennes et abdominales, ainsi que l'asphyxie volontaire. Dans de nombreux pays à revenus élevés, la plupart de ces meurtres sont effectués par des parents ou d'autres membres de la famille, bien qu'il soit délicat d'en déterminer le nombre exact, en raison de la difficulté de détecter la violence quand celle-là se passe au foyer. Bien que tous les cas ne soient pas mortels, entre un quart et la moitié de la population infantine a subi de graves abus physiques, ce qui est reconnu comme un problème de santé publique et une violation des droits humains avec des conséquences juridiques (Butchart et al., 2006). L'article 19 de la Convention relative aux droits de l'enfant dispose ce qui suit :

Les États parties adopteront toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toutes les formes de violence physique et mentale, des lésions ou d'abus, de négligence ou de traitement négligent, de maltraitance ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, lorsqu'il est sous la garde de ses parents, de ses représentants légaux ou de toute autre personne qui en prend soin (U. N. General Assembly, 1989, p.9, p.9).

La plupart des études sur la violence et la négligence ont été menées dans les cultures occidentales. En fait, Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, et van IJzendoorn (2015) ont effectué un examen des diverses méta-analyses menées ces dernières années au niveau international, en travaillant avec un total de 244 études. De ce nombre, 336 ont été menées en Amérique du Nord, 101 sur le continent européen et 52 en Asie ; alors qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande, elles n'étaient que 32, suivies par le continent africain avec 22 et enfin l'Amérique du Sud avec 8 études. Parmi ceux-ci, l'abus sexuel était le plus traité, probablement en raison de la gravité de ses conséquences

sur le développement ; au contraire, l'abus émotionnel et la négligence ont été les modalités les moins étudiées.

La prévalence des différents types de violence et de négligence envers les enfants est digne de mention. Les abus sexuels ont été calculés avec une prévalence comprise entre 11,3% pour le continent asiatique et 20,2% en Afrique pour la population féminine mondiale, alors qu'elle est de 4,1% pour les hommes en Asie et 19,3% en Afrique. Dans le cas de la violence physique, la prévalence varie de 14,3 % en Australie à 24,04 % en Amérique du Nord, tandis que la violence psychologique varie de 29,2 % en Europe à 46,7 % sur le continent africain. Les études sur la négligence physique n'ont été trouvées que sur le continent européen avec 6,5% et en Amérique du Nord avec 19,2%, tandis que la négligence émotionnelle a été étudiée en Amérique du Nord avec une prévalence de 14,5% et en Asie avec 30,1% (Stoltenborgh et al., 2015).

Prédicteurs de la maltraitance: Facteurs de risque.

La maltraitance aux enfants ne se produit généralement pas de façon isolée, mais dans une dynamique avec d'autres forme d'abus, comme la violence conjugale, la violence communautaire et le suicide, qui, à leur tour, sont des facteurs de risque pour ce phénomène. Il existe une causalité circulaire dans laquelle un enfant qui est soumis à divers types de violence peut, à l'avenir, perpétuer ces actes envers lui-même ou envers une autre personne ou groupe. Des facteurs tels que l'abus d'alcool, l'isolement, le chômage et les inégalités économiques sont également liés à toutes ces formes de violence (Butchart et al., 2006).

Plus précisément, les facteurs de risque associés à la violence envers les enfants peuvent être classés selon le Modèle Écologique proposé par Butchart et al. (2006) qui considère la personne dans diverses sphères de son environnement : (a) individuel ; (b) relationnel ; (c) communautaire ; (d) social. Les facteurs individuels font référence aux aspects biologiques et personnels qui peuvent rendre une dynamique plus vulnérable à la maltraitance.

Les figures de soins sont plus susceptibles d'être violents dans les cas où ils ont des difficultés pour gérer leur nouveau-né, ils ont vécu des antécédents de violence pendant l'enfance, ils ont peu de connaissances sur le développement de l'enfant, approuvent les punitions corporelles comme mesure disciplinaire, ne maîtrisent pas leur comportement face à la colère, ils font un usage de drogues ou d'alcool, ont un

comportement criminel fréquent, sont isolés socialement, ou sont en difficultés financières (Butchart et al., 2006).

Il a été aussi prouvé que les facteurs psychologiques des parents sont ceux qui ont le plus de risque d'abus physique. Le niveau de stress, l'hyperactivité, l'estime de soi, la dépression et leur propre relation avec leurs parents sont des exemples de variables qui ont une plus grande influence (Stith et al., 2009), ainsi que les cas où la mère n'avait pas terminé ses études secondaires ($\chi^2 = 37,42$, $P < 0,0001$), et les parents vivant séparément au moment d'avoir un enfant ou ayant de faibles revenus ($\chi^2 = 42,76$, $p < 0,0001$) (Kisely et al., 2018).

Pour sa part, un enfant qui a un comportement considéré comme problématique, qui a une forte demande, qui pleure constamment et ne se calme pas facilement, qui présente des signes de maladie mentale, qui a des traits physiques qui entraînent le rejet chez ses parents, qui vient d'une naissance multiple, ou qui a des frères et sœurs qui exigent beaucoup d'attention, risque davantage d'être maltraité. De même, les enfants du sexe masculin ($\beta = .087$, $p < .001$), les non-caucasiens ($\beta = -.039$, $p < .05$) et les enfants moins scolarisés ($\beta = -.52$, $p < .01$) étaient plus susceptibles d'avoir été victimes de violence physique de leurs parents. Cela ne veut pas dire que l'enfant est responsable de la violence qu'il subit, mais qu'il est difficile pour les fournisseurs de soins de répondre à ses besoins (Butchart et al., 2006; Shaw & Krause, 2002).

Kisely et al. (2018) ont trouvé que les participants d'origine endogène –taient plus susceptibles à ce phénomène ($\chi^2 = 9.7$, $p = 0.002$), ainsi que ceux qui gagnaient moins de 159 \$ par semaine ($\chi^2 = 29.20$, $p < 0.0001$) ou n'ont jamais été mariés ($\chi^2 = 9.40$, $P = 0.002$). D'autre part, les sujets qui avaient fait des études supérieures avaient moins d'antécédents de violence familiale ($\chi^2 = 4.23$, $P = 0.002$). Ces résultats ont été maintenus pour le cas de violence physique, émotionnelle, sexuelle et négligence.

La sphère relationnelle fait référence à la composition de la famille et à la dynamique qui s'y produit, établies dans un système de normes qui varie socialement. Ce domaine reconnaît les facteurs de risque tels que l'absence parentale, les problèmes physiques, mentaux ou de développement des membres de la famille, la violence entre les membres de la famille, les rôles irrespectueux (tels que les rôles de genre), l'isolement dans la communauté, le manque de réseau de soutien et la discrimination familiale (Butchart et al., 2006). Il a été aussi repéré que les comportements parentaux inadéquats,

le stress parental, la perception négative de l'enfant et des interactions négatives avec ceci sont fortement liées avec l'abus, particulièrement avec la négligence. Tandis que les conflits intrafamiliaux sont davantage liés à la violence physique (Stith et al., 2009).

Les facteurs communautaires, c'est-à-dire, l'environnement dans lequel se produisent les interactions sociales, sont tout aussi importants lorsqu'il s'agit d'évaluer le risque d'établissement d'une dynamique violente. Il s'agit notamment de l'acceptation de la violence, de l'inégalité entre les sexes ou de l'inégalité sociale, du manque de logements adéquats, du taux de chômage élevé, de la pauvreté, des niveaux nocifs de plomb ou d'autres toxines, de la présence des bidonvilles, de l'accès facile à l'alcool ou aux drogues et des politiques inappropriées (Butchart et al., 2006).

Finalement, il y a les facteurs de risque au niveau social, liés aux conditions de la société dans laquelle l'individu se développe ; ce sont des politiques économiques, sociales, sanitaires et éducatives inadéquates qui abaissent le niveau de qualité de vie ; des normes sociales ou culturelles qui favorisent le recours à la violence, y compris les châtiments corporels ; ainsi que des normes rigides sur les rôles sexuels et les relations parents-enfants ; l'existence de pornographie infantile, de prostitution et autres formes d'exploitation des enfants (Butchart et al., 2006).

Comme mentionnée précédemment, l'interaction entre la violence et le bien-être psychologique n'est pas déterminante, car de nombreuses autres variables peuvent modifier cette relation. Tout comme il existe des facteurs de risque, des facteurs de protection sont identifiés et peuvent prévenir la maltraitance des enfants, tels que : le développement d'un attachement sécurisé de l'enfant aux figures adultes de la famille ; des niveaux élevés de soins parentaux durant l'enfance des parents ; l'absence d'antécédents de délinquance dans la famille ou d'abus de drogues ou d'alcool ; des relations affectives et de soutien avec les parents et une absence de stress lié aux abus (Butchart et al., 2006; Norman et al., 2012).

Les normes sociales sont l'un des facteurs les plus complexes à prendre en compte pour prévenir la maltraitance des enfants ; car dans de nombreuses cultures et religions, il existe des traditions qui justifient la victimisation des femmes, des enfants et d'autres êtres humains. Les châtiments corporels comme moyen de discipliner les enfants en sont exemple, bien que de nombreuses enquêtes aient conclu qu'ils n'étaient pas efficaces pour provoquer un changement de comportement, tels actes facilitent la naturalisation de la

violence comme moyen de résolution des conflits, ce qui entraîne des coûts sociaux élevés. L'OMS insiste donc sur la nécessité de reconsidérer ces traditions et de les remplacer par des valeurs lorsque par des valeurs où le recours à la violence ne soit pas accepté (Butchart et al., 2006; Krug et al., 2002).

Il est donc important, de faire la distinction entre les actes de violence légère et grave, car dans certains groupes d'âge, certains actes de violence légère sont acceptés comme moyen de discipline, alors que des formes plus graves de ces comportements sont intolérables (Forehand & McKinney, 1993). La gravité de la violence peut être mesurée par les effets qu'elle a sur l'individu à long terme (Pitzer & Fingerman, 2010).

Justification.

La complexité de la dynamique de la violence et de la négligence envers les enfants est remarquable, cependant, sa forte prévalence dans la population mondiale rend nécessaire une compréhension approfondie, car elle a également un impact négatif sur le bien-être de l'individu qui risque de persister dans le temps. Les principales et les plus récentes études sur les conséquences de ce phénomène sur la santé physique et mentale seront présentées ci-dessous.

Conséquences de la maltraitance sur le bien-être

La plupart des recherches axées sur les traumatismes infantiles portent sur des questions telles que la perte des parents et les abus sexuels, avec des effets importants. Cependant, les conséquences à long terme de la violence infantile ont fait l'objet de moins de recherches, et les études existantes n'ont pas pris en compte les personnes de la fin de l'âge adulte. Par conséquent, il existe un manque d'information sur la stabilité des effets que la violence physique peut causer tout au long de la vie, ainsi que sur la question de savoir si, à un moment donné, ces expériences cessent d'influencer la santé physique et psychologique de la personne (Shaw & Krause, 2002).

Il a été constaté, également, que les conséquences physiques directes de la maltraitance sont moins graves pour l'enfant que l'impact sur son développement neurologique ainsi que sur son bien-être psychologique et émotionnel, ce qui le rend vulnérable aux troubles psychiatriques et physiologiques à long terme (Butchart et al., 2006).

Théoriquement, ces conséquences sont expliquées par Briere (2002). Cet auteur classe les effets immédiats et tardifs de la négligence en 6 catégories différentes : (1) schémas internes préverbaux ; (2) réactions conditionnées à la violence ; (3) mémoire sensorielle implicite ; (4) souvenirs autobiographiques ou narratifs de maltraitance ; (5) structures cognitives supprimées liées à la violence ; et (6) développement insuffisant de la capacité de régulation des émotions.

Premièrement, la maltraitance crée une représentation négative des autres et de soi dans les schémas internes préverbaux, car l'enfant peut se percevoir lui-même comme inacceptable, inadéquat ou faible ; et il peut également percevoir les autres comme menaçants ou non disponibles. Ces croyances deviennent partie du modèle interne opérant de la personne, devenant des perceptions qui se produisent systématiquement, de sorte qu'elles auront un impact important sur la capacité de la personne à établir et maintenir des relations significatives (Bowlby, 1982). Les enfants maltraités sont alors plus susceptibles de développer un style d'attachement insécurisé ou désorganisé (Baer & Martinez, 2006). Ayant été installés à un stade antérieur à l'acquisition du langage, ces schémas sont difficiles à modifier par l'utilisation du langage (Briere, 2002).

Un autre domaine altéré par l'abus et la négligence est l'association entre les stimuli conditionnés à la violence et la réaction au stress émotionnel. Les enfants victimes de violence associent généralement les caractéristiques de l'agresseur (sexe, âge, comportement...) ou les conditions environnementales à une réaction de peur ou de stress émotionnel. Par conséquent, cette réponse peut être généralisée à ces stimuli sans que la maltraitance soit présente, ce qui peut entraîner des difficultés à établir des relations interpersonnelles, en particulier celles qui impliquent une intimité ou une vulnérabilité (Briere, 2002).

Les expériences traumatisantes de l'enfance peuvent modifier le processus de socialisation, ainsi que l'acquisition d'un sentiment de contrôle, ce qui peut rendre difficile l'établissement de relations de soutien à long terme. Par conséquent, la personne est impliquée dans des conditions défavorables au développement de son bien-être psychosocial et de ses capacités d'adaptation (Bowlby, 1980). D'autre part, l'inadéquation psychosociale générée par la violence dans l'enfance peut signifier une moindre capacité d'adaptation à l'environnement (Shaw & Krause, 2002)

Les associations entre les conditions de violence et les réactions émotionnelles ne se produisent pas dans la mémoire autobiographique, mais sont établies par conditionnement classique. Par conséquent, la réaction de stress conditionnée est automatiquement évoquée face à des stimuli semblables à ceux présents au moment de l'abus, produisant des associations négatives tout au long de la vie de l'individu sans qu'il y pense consciemment. Ce mécanisme est le même que celui établi dans le développement du syndrome de stress post-traumatique (Briere, 2002).

La mémoire sensorielle implicite est également affectée par les abus, ces souvenirs peuvent ensuite être présentés sous forme de flashbacks sensoriels. En cas de traumatisme grave, les circuits cérébraux présentent des défaillances dans le codage de ces expériences, en raison du fort impact émotionnel qu'ils subissent. Cela se produit surtout avant l'acquisition du langage pour donner un sens à ces expériences, les souvenirs sont donc évoqués à travers des sensations et des émotions désagréables qui ne peuvent pas toujours être expliquées par la victime (Briere, 2002).

Dans le plan autobiographique, les pensées et croyances verbales explicites sur les expériences de violence peuvent aussi être évoquées. En plus de ces cognitions, des émotions déplaisantes et des perceptions négatives de soi, ainsi que les sensations physiques associées, sont également activées. Tout cela peut se produire dans des contextes ayant des caractéristiques associées à la maltraitance, comme le fait d'être critiqué ou menacé, ce qui entraîne des stimuli d'aversion intense pour la personne. Cette évocation de souvenirs autobiographiques peut être utile pour le thérapeute, car il est aussi possible d'accéder à des événements positifs qui sont moins disponibles (Briere, 2002).

Tout comme il y a des expériences autobiographiques de violence qui sont facilement accessibles et racontées par la victime, il y a aussi des souvenirs qui peuvent être supprimés. Certaines cognitions peuvent se trouver au-delà de l'accès quotidien de la personne, et même si elles interviennent inconsciemment, généralement, elles causent un certain niveau de stress ; de sorte qu'elles opèrent en second plan pour réduire les émotions négatives qu'elles produisent. Une fois activées, elles ont un effet sur le comportement, dans un processus que les auteurs ont appelé l'activation cognitive profonde (Wenzlaff, Wegner, & Klein, 1991). Ce phénomène se produit surtout chez les victimes qui ont tendance à éviter l'inconfort que les souvenirs de la violence leur causent, ce qui n'évite pas toujours l'apparition des émotions négatives (Briere, 2002).

En outre, les premières expériences de violence peuvent avoir un effet néfaste sur le développement des capacités de régulation émotionnelle et de tolérance à la frustration. Ces compétences se développent surtout au cours des premières étapes du cycle vital, bien que son évolution se poursuive tout au long de la vie. Pour qu'un individu puisse acquérir des habiletés d'adaptation, il doit faire face à une série d'obstacles qui lui causent un niveau tolérable d'inconfort. Cependant, si ces difficultés impliquent des niveaux d'anxiété et de dysphorie qui dépassent leurs ressources internes, les compétences d'autorégulation ne peuvent pas se développer correctement, car ces expériences empêchent la mise en place de comportement de tâtonnement, fondamentaux pour promouvoir une d'adaptation fonctionnelle (Briere, 2002).

Des actes tels que la menace, l'intimidation et la violence physique génèrent une plus grande présence de problèmes somatiques et d'anxiété. Bien que la négligence émotionnelle et la violence psychologique en général aient été associées à la dépression et au trouble de la personnalité limite, caractérisé par un faible contrôle des impulsions. Cela peut s'expliquer par le fait que le bon développement de l'estime de soi et des relations interpersonnelles soit entravé par la violence (Allen, 2008).

Les conséquences de la violence psychologique sur l'état de santé peuvent agir par le biais du sentiment de contrôle personnel, affectant le développement des ressources psychosociales nécessaires pour mener une vie saine (Irving & Ferraro, 2006). Les personnes qui ont été maltraitées développent un faible contrôle personnel qui les rend plus vulnérables à l'adversité. Par conséquent, ils ont souvent des comportements d'inhibition, de distraction ou d'évitement face à des émotions désagréables. (Briere, 2002)

Même à l'âge adulte, les personnes victimes auront moins de capacité à gérer la frustration, ce qui se traduira par des difficultés à inhiber l'expression des émotions et une tendance à les extérioriser par des comportements dysfonctionnels. Ils peuvent également avoir recours à des moyens de distraction tels que la consommation d'alcool ou de drogues, des comportements agressifs ou sexuellement inappropriés ou l'automutilation. Par conséquent, il y a une plus grande probabilité de développer des problèmes de santé physique, ainsi qu'un décès prématuré (Briere, 2002).

Les différents types de violence sont étroitement liés les uns aux autres, il est très fréquent qu'une personne soit victime de plus d'un type de violence durant son enfance. Cependant, les analyse ont souvent examiné l'effet de chaque type d'abus

individuellement, alors que plusieurs études suggèrent que la combinaison de plus d'un type de maltraitance est peut-être plus remarquable (Nelson et al., 2017; Norman et al., 2012). La violence psychologique a été identifiée comme étant celle qui se produisait le plus souvent en conjonction avec d'autres formes de violence. Dans le cas des abus sexuels, 93 % des victimes mentionnent également avoir été victimes de violence psychologique ou de négligence. (Mills et al., 2013)

Toutefois, la négligence, la violence psychologique, et surtout la combinaison des deux devraient, être considérées avec le même degré de priorité que la violence physique, puisque leur impact sur le développement des troubles mentaux est similaire ou même plus prononcé, spécialement dans le cas des symptômes dépressifs et anxieux. L'abus sexuel, à son tour, semble être moins associé à ses troubles, ce qui peut s'expliquer par la faible incidence de sujets qui signalent ces expériences, à cause de la stigmatisation sociale qui est lié au phénomène. Cependant, et malgré ces circonstances, l'abus sexuel dans l'enfance est fortement corrélé au syndrome de stress post-traumatique (Kisely et al., 2018).

Conséquences psychologiques.

Maîtrise de soi.

La violence physique a des conséquences importantes sur les croyances en matière de contrôle personnel et les relations sociales, particulièrement avec les membres de la famille, ce qui entraîne à long terme des effets négatifs sur les ressources psychosociales et, par conséquent, une diminution du bien-être physique et mental. Ces expériences de maltraitance physique s'avèrent légèrement liées à une baisse des croyances de maîtrise de soi ($\beta = -.144$, $p < .001$) (Shaw & Krause, 2002).

Irving et Ferraro (2006) ont utilisé cette étude comme base pour une recherche plus détaillée sur la violence physique et émotionnelle envers les enfants et sa relation avec les sentiments de maîtrise de soi dans la population de l'étude MIDUS. L'un des principaux résultats est que la violence psychologique a un effet sur le sentiment de contrôle personnel, le diminuant considérablement. Les hommes qui ont été victimes de violence physique de la part de leurs deux parents avaient un niveau de maîtrise de soi plus faible que ceux qui n'ont pas été victimes de violence ($\beta = -4.06$; $p < .001$). Les femmes ont obtenu le même résultat ($\beta = -4.51$; $p < 0,001$), et la violence physique par des tiers était tout aussi significative pour celles-ci ($\beta = -5.61$; $p < 0,001$).

En tenant compte des effets des variables sociodémographiques et de santé, la violence psychologique infligée par la mère aux enfants du genre masculin prédisait un niveau inférieur de contrôle personnel ($\beta = -3.39$; $p < 0,05$). (Irving & Ferraro, 2006).

Interactions sociales.

L'exposition à la violence s'avère également fortement associée à une diminution du soutien émotionnel de la part de famille ($\beta = -.209$, $p < .001$) et des amis ($\beta = -.124$; $p < .001$) et à des interactions négatives plus fréquentes avec les deux ($\beta = .216$, $p < .001$; et $\beta = .110$, $p < .001$ respectivement). La relation entre les deux variables ne change pas de façon significative en fonction de l'âge, à l'exception du soutien affectif rétabli de la part des amis, ce qui démontre que la violence physique est associée à un profil psychosocial plus faible dans l'ensemble de la vie adulte (Shaw & Krause, 2002).

Comportements internalisés et externalisés.

Kisely et al. (2018) ont mené une étude prospective de conception longitudinale, dans laquelle ils ont évalué la relation entre la violence physique, émotionnelle et sexuelle envers les enfants et leur état de santé physique mentale à long terme. Pour ce faire, ils ont utilisé des données recueillies précédemment dans le cadre de l'étude Mater-University of Queensland Study of Pregnancy (MUSP) en Grande-Bretagne, où 7223 mères et leurs enfants uniques ont été interrogés entre 1981 et 1983. Des évaluations ont été effectuées avant à la période prénatale et lorsque l'enfant était âgé de 3 à 5 jours, 5 ans, 14 ans et 21 ans, avec un taux de suivi de 52,3 %.

Entre ses résultats principaux, il ressort que la maltraitance présente une relation significative avec les scores de la liste des symptômes d'internalisation et externalisation de l'inventaire Achenbach. Spécifiquement, la violence psychologique (moyenne = 3,10 ; $p = 0,001$) et la négligence (moyenne = 2,73 ; $p = 0,006$) on était lié avec les comportements internalisés. Ces résultats ont été confirmés par Mills et al. (2013) , où la moyenne de ces comportements pour la maltraitance était supérieure d'un quart d'écart type à celle du groupe de comparaison.

Pour le cas des comportements externalisés, la violence physique (moyenne = 1,84 ; $p = 0,019$), émotionnelle (moyenne = 2,92 ; $p < 0,001$) et la négligence (moyenne = 3,10 ; $p < 0,001$) étaient significatives. Dans les deux types de symptômes, l'association était renforcée lorsqu'il existait plus d'un type de maltraitance, et les relations ont resté significatives même en tenant compte de leur âge, sexe, ethnicité, revenus, état civil et

niveau de scolarisation de la mère et du jeune, ainsi que des caractéristiques du quartier ou ils habitaient (Kisely et al., 2018). Mills et al. (2013) l'ont confirmé de nouveau, car dans son étude, les sujets soupçonnés d'avoir été maltraités ont signalé un cinquième de l'écart-type plus de ces comportements, en comparaison avec le groupe normatif.

Des effets exponentiellement plus importants ont été constatés pour les deux échelles en combinant différents types de mauvais traitements, en particulier la négligence et la violence psychologique sur les comportements externalisés ($B = 6.24$; $p < 0.001$). (Mills et al., 2013).

L'échelle d'auto-évaluation d'Achenbach (1991, cité par 1991, cité par Kisely et al., 2018) a toujours été associée au risque de développer des troubles cliniques, en particulier ceux liés aux symptômes anxieux ou dépressifs dans diverses populations. Par conséquent, il est important de noter comment l'expérience des différents types d'abus est liée à ces troubles de façon plus approfondie.

Dépression.

Une exposition accrue à la violence physique de la part d'un parent durant l'enfance est un indicateur d'un niveau élevé de symptômes dépressifs à l'âge adulte ($\beta = .138$, $p < 0,001$) (Shaw & Krause, 2002). Nanni et al. (2012) ont découvert que les personnes ayant ces antécédents d'abus étaient deux fois plus susceptibles de développer des épisodes dépressifs récurrents et persistants.

Ceci a été confirmé par une méta-analyse réalisée par Norman et al. (2012) sur 285 articles scientifiques, dont la probabilité de développer des symptômes dépressifs augmente chez les enfants qui ont été victimes de violence physique dans une proportion de 1,54 en contraposition avec les enfants qui n'ont jamais vécu de l'abus. Dans le cas de violence psychologique cette proportion augmente à 3,06, et de à 2,11 pour la négligence. En limitant l'échantillon aux pays aux revenus élevés, la probabilité de développer ces symptômes face aux châtimements corporels est majeure (proportion : 1,58).

Par la suite, Nelson et al. (2017) ont développé une méta-analyse des différents types d'abus envers les enfants et leur relation avec les troubles dépressifs à l'âge adulte. Pour ce faire, ces auteurs ont extrait des données de 184 études comportant ces variables et ont effectué des analyses fondées sur chacune des modalités de violence physique, psychologique, sexuelle et de négligence physique et psychologique. Au total, 54,41 % des sujets souffrant de dépression ont déclaré avoir subi une forme quelconque de

maltraitance pendant leur enfance, tandis que 19,13 % ont déclaré avoir subi plus d'une forme de violence. Les troubles dépressifs apparaissent en moyenne 4 ans plus tôt chez les personnes ayant vécu des antécédents de violence, soit 23 ans l'âge moyen auquel ces symptômes sont présentés pour la première fois, et 27,1 ans la moyenne de la population non victime.

Également, les participants dans l'étude de Kisely et al. (2018) qui ont été victimes de violence, surtout ceux qui ont subi deux types d'abus ou plus, à l'exception de la violence sexuelle, avaient 80 % de chances de rapporter une dépression clinique sur l'échelle du CES-D. Les femmes, les personnes à faibles ressources économiques ou vivant dans une région socialement problématique étaient plus susceptibles de le signaler, tandis que les participants qui avaient fait des études supérieures et dont les parents vivaient ensemble au moment de la naissance réduisaient la probabilité de dépression. Une relation significative a été aussi trouvée entre les expériences de différents types d'abus et de troubles dépressifs identifiés dans le test CIDI auto-déclaré (score ajusté = 1,56 ; $p=.04$), mais n'a pas été associée aux symptômes dépressifs observés dans les 12 mois précédant l'évaluation.

La moyenne de la prévalence des différents types de maltraitance dans les rapports des sujets atteints des troubles dépressifs était de 31,90%. Sauf la négligence psychologique a différé significativement de cette moyenne en étant beaucoup plus rapportée, avec un effet de 43,86 ($F=20,15$; $p<0,001$). Dans des analyses postérieures, les auteurs ont trouvé que tous les types de violence entraînent des facteurs de risque de dépression. La négligence physique a présenté la relation la plus faible avec ces symptômes, pourtant, ceux-ci ont une probabilité 2,45 fois plus élevée d'être présent chez les enfants maltraités en comparaison avec les enfants que n'ont pas vécus des abus. La violence psychologique, pour sa part, était la plus liée, avec une probabilité de 3,73 plus forte chez les personnes maltraités (Nelson et al., 2017).

Également, tous les types d'abus présentent une corrélation significative entre leur gravité et celle de la dépression. En ordre d'intensité de cette relation, la violence sexuelle ($r=.17$; $p<.0001$) vient en premier, suivie de la négligence physique ($r=.20$; $p=.04$) ; la violence physique ($r=.20$; $p<.001$) ; la négligence psychologique ($r=.26$; $p<.001$) et finalement la violence psychologique ($r=.29$; $p<.001$). De même, dans l'échantillon des personnes atteintes de troubles dépressifs, le risque chronicité du trouble était 2,05 fois

plus élevé chez les personnes ayant des antécédents de violence dans l'enfance (Nelson et al., 2017).

Les personnes qui ont vécu de la maltraitance sont aussi environ 1,5 fois plus susceptibles de ne pas répondre à un traitement de dépression, une psychothérapie, une pharmacothérapie ou un traitement combiné (Nanni et al., 2012). Nelson et al. (2017) ont obtenu des résultats similaires, dont les personnes victimes de violence avaient 1,90 fois plus de risque de ne pas répondre adéquatement, il n'y avait pas non plus des différences significatives entre le traitement psychothérapeutique et le traitement pharmacologique.

En comparant des échantillons d'enfants qui n'avaient subi aucun type d'abus avec ceux qui l'avaient subi dans les 4 modalités, les gestes suicidaires augmentent dans un rang de 12,2 fois (Felitti et al., 1998). Les vécus de violence dans toutes ses modalités augmentent également le risque de comportement suicidaire, avec un ratio de 3,0 pour la violence physique, 3,08 pour la violence psychologique et 1,85 pour la négligence. (Norman et al., 2012).

Par conséquent, la violence psychologique et la négligence semblent avoir un effet beaucoup plus intense sur le développement ultérieur d'un trouble dépressif, représentant un facteur de risque important pour son apparition précoce, sa gravité, sa chronicité et sa résistance au traitement. Cela est particulièrement intéressant, car contrairement à la violence physique ou sexuelle, la violence psychologique n'est pas incluse dans la définition du traumatisme proposée dans le DSM.

Il convient de noter que l'âge est une variable modératrice à considérer, à l'exception de la violence physique, tous les types de violence étaient signalés moins fréquemment dans l'échantillon plus âgé. Cependant, chez les sujets souffrant de dépression, plus ils étaient âgés, plus fréquemment ils signalaient tout type d'abus (Nelson et al., 2017).

Troubles d'anxiété.

Les sujets qui ont vécu de la violence physique et psychologique fréquentes présentent des scores de stress plus élevés en leur comparant avec les personnes qui n'ont jamais vécu de la violence ($b=.39$, $p \leq .001$), ainsi que ceux qui ont expérimenté rarement de la violence physique, mais fréquemment de la violence psychologique ($b=.22$, $p \leq .05$), et le groupe qui a reporté seulement des vécus de violence psychologique fréquente ($b=.35$, $p \leq .05$) (Greenfield & Marks, 2010).

Le même phénomène se reproduit pour le risque de développer des troubles d'anxiété, tant la violence physique (proportion : 1,51) que la violence psychologique (proportion : 3,21) et la négligence (proportion : 1,82) augmentent considérablement la probabilité de développer ces troubles dans l'avenir. Les personnes maltraitées dans n'importe quelle modalité ont présenté des résultats significatifs dans le test CIDI auto-déclaré pour les troubles anxieux tout au long de la vie (score ajusté = 2,28 ; $p < 0,04$) et pour les 12 mois précédents (score ajusté = 1,95 ; $p = 0,001$) (Norman et al., 2012).

De même, il a été démontré que la violence physique était liée à la présence du syndrome de stress post-traumatique et du trouble d'attaque de panique (Norman et al., 2012). Alors que Kisely et al. (2018) ont découvert que ce trouble avait les relations les plus significatives avec toutes les expériences de maltraitance et leurs combinaisons (score ajusté = 3,05 ; $p < 0,001$ pour le trouble prévalant dans le temps ; score ajusté = 3,38 ; $p < 0,001$ pour les 12 derniers mois), à l'exception de l'abus physique avec présence des symptômes durant les 12 derniers mois.

Troubles alimentaires.

Les différents types d'abus peuvent augmenter le risque de développer des troubles alimentaires, dans une proportion environ 3 fois supérieur à celle des enfants qui n'ont pas vécu ces expériences. Les châtimements corporels augmentent à son tour le risque de développer la boulimie mentale environ 5 fois, selon les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), la probabilité de la présence de ces troubles est proportionnelle à la gravité et la fréquence des abus (Norman et al., 2012).

Comportements d'abus des substances.

L'exposition à la violence domestique, ou même le fait d'en être témoin, a des conséquences importantes pour le bien-être de l'enfant, car son vécu constitue un facteur de risque pour le développement de divers types de comportements nuisibles, comme le tabagisme, et les comportements sexuels à risque élevé (Felitti et al., 1998).

La violence physique est aussi associée à un risque plus élevé d'abus d'alcool, dans une proportion 1,26 plus élevée de le subir, en contraposition avec des sujets qui n'ont pas été abusés pendant leur enfance. Dans le cas de la violence qu'à la violence psychologique, cette proportion est de 1,27, ce risque étant plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les expériences de violence pendant l'enfance ont été également significatives pour un risque plus élevé de développer des comportements toxicomanes,

présentant cette population une proportion de 1,92 pour le vécu de violence physique, 1,41 pour la violence psychologique et 1,36 pour la négligence. La violence physique et psychologique étaient également associées à un risque plus élevée de consommation actuelle de cigarettes, présentant une proportion de 1,78 et 1,65 respectivement (Norman et al., 2012).

L'évolution des expériences de maltraitance durant l'enfance et ses conséquences au niveau psychologiques sont aussi liées à des comportements qui ont un impact sur l'état physique à long terme. Ces comportements, à leur tour, mènent au développement de maladies chroniques comme le cancer, l'obésité, les maladies cardiaques et les maladies transmises sexuellement. (Felitti et al., 1998). Les principales conclusions sur les conséquences de ce phénomène sur la santé physique seront présentées ci-dessous.

Conséquences physiques.

En termes de risque de maladies sexuellement transmissibles, les probabilités de contracter le VIH est quasiment le double pour les personnes qui ont été exposées à la violence physique dans une proportion de 1,78, alors que la violence psychologique, cette proportion est de 1,75, et 1,57 pour la négligence. La maltraitance physique était associée de façon significative au risque de contracter d'autres types de maladies transmissibles sexuellement avec une proportion de 1,53 plus élevée, ainsi qu'aux comportements à risque sexuel, dont la proportion est de 1,95. Un lien direct entre la fréquence de la violence physique et de la violence psychologique et la probabilité de contracter le VIH a été constaté. (Norman et al., 2012).

Un risque plus élevé de développer l'obésité est décrit dans le cas de vécu de la violence physique, avec une proportion de 1.32, et émotionnelle, avec 1.24 comme proportion, mais pas dans le cas de négligence (Norman et al., 2012).

Shaw et Krause (2002) ont identifié des liens entre le vécu de maltraitance physique et la présence des conditions chroniques de santé ($\beta = .126$, $p < 0,001$), particulièrement en ce qui concerne les problèmes cardiaques ($\beta = .125$, $p < 0,05$). Ce qui peut s'expliquer par le stress psychologique, conséquence directe de ces expériences. L'hypertension artérielle, le cancer ou le diabète ne s'expliquent pas par la violence. Norman et al. (2012) ont trouvé l'arthrite, les ulcères et les migraines comme des maladies associés, des liens ont été signalés entre ce type de violence et la présence d'hypertension,

de maladies cardiovasculaires et respiratoires, de troubles neurologiques et de cancer, même quand ces résultats ne sont pas concluants.

Chez les hommes, la violence psychologique de la part du père ($\beta = -.265$; $p < 0,05$) ou des deux parents ($\beta = -.303$; $p < 0,05$) était associée à une santé physique autoévaluée moins bonne. Pour les femmes, il s'agissait de violence psychologique de la part de la mère ($\beta = -.506$, $p < .01$), des deux parents ($\beta = -.372$; $p < .05$) et de violence physique de la part d'autres personnes ($\beta = -.653$; $<.001$). En incluant des variables sociodémographiques et de santé dans le modèle, la relation entre la violence et l'autoévaluation de l'état de santé diminue, sauf pour les femmes, dont la relation est maintenue avec la même intensité (Irving & Ferraro, 2006).

Facteurs de résilience face à la maltraitance

Résilience.

La résilience est généralement définie comme la capacité des personnes et des systèmes à sortir de situations d'adversité, à maintenir un fonctionnement adaptatif et à assumer ces difficultés comme un défi malgré le stress élevé (Kaplan, Turner, Norman, & Stillson, 1996 ; Garmezy, 1994 cités par Van Breda, 2001). Ce concept découle d'un changement de paradigme en psychologie, qui est expliqué comme un besoin de générer de nouveaux modèles qui ne sont pas basés sur la pathologie ou la vulnérabilité de l'individu, mais sur ses capacités à surmonter ses difficultés (Van Breda, 2001).

En psychologie clinique, l'accent mis sur la pathologie a généré un champ de connaissances qui a entraîné diverses conséquences. L'idée a été établie que les personnes capables de faire face à l'adversité étaient des cas particuliers et qu'il n'était pas possible d'étudier ces compétences dans une population plus large (Antonovsky, 1979). La maladie a fait l'objet d'une étude scientifique, tandis que les habiletés d'adaptation faisaient partie des connaissances populaires (Pearlin & Schooler, 1978). Par conséquent, les forces du client et même la validité de son expérience ont souvent été ignorées (Barnard, 1994).

La thérapie familiale a été l'un des premiers domaines de la psychologie à utiliser cette approche, par le biais de modèles tels que la thérapie narrative et la thérapie axée sur les objectifs. Cela a permis de mettre davantage l'accent sur les forces plutôt que sur les faiblesses de l'individu et s'est avéré avoir un impact positif sur les recherches

ultérieures. Dans la littérature en général, la résilience est définie comme la présence de différents facteurs de protection personnels, sociaux, familiaux et institutionnels qui diminuent l'impact de divers facteurs de stress dans la vie de l'individu. Par conséquent, cette variable peut être mesurée par la relation entre les facteurs de protection et les circonstances qui placent la personne dans une situation de vulnérabilité (Van Breda, 2001).

Selon Polk (1997), quatre dimensions sont reconnues à travers lesquelles la résilience est favorisée : (a) la dimension dispositionnelle, liée aux caractéristiques psychosociales propres au sujet telles que le sentiment d'autonomie, l'estime de soi, la bonne santé et l'apparence physique ; (b) la dimension relationnelle, faisant référence aux relations que la personne établit ; (c) la dimension situationnelle, qui correspond à la relation entre l'individu et les différents facteurs de stress environnementaux, comme la capacité de résoudre des problèmes, d'évaluer diverses situations et d'y répondre ; et (d) la dimension philosophique, qui traite de la vision du monde de cette personne, des idées comme la possibilité d'apprendre de chaque expérience, que la vie a un but et l'importance accordée au développement personnel sont des qualités liées à l'élaboration de la capacité de résilience.

Entre autres, il établit les caractéristiques qui sont les plus identifiées dans la littérature sur les personnes résilientes, depuis celles-ci : a) « Ils sont perçus comme plus affectueux pendant et après l'enfance » ; b) « Ils n'ont pas de frères et sœurs nés entre 20 et 24 mois après eux » ; c) « Ils ont un niveau intellectuel supérieur » ; d) « Ils ont une grande capacité et capacité à développer des relations intimes » ; e) « Ils sont guidés dans et hors du cadre scolaire » ; (f) « ont la capacité de construire des significations productives pour des événements de leur environnement qui augmentent leur compréhension » ; (g) « sont capables de cesser de s'engager avec leur foyer et de s'engager avec des moyens extérieurs, puis de recommencer sélectivement » ; (h) « n'ont pas présenté de maladies graves pendant leur adolescence » (Barnard, 1994, pp. 139-140).

Un concept central pour comprendre la résilience est la capacité d'adaptation, définie comme les actions qu'une personne prend pour éviter le préjudice propre durant sa vie. Ces auteurs ont classé 2 300 sujets de la région de Chicago en trois styles d'adaptation distincts : le premier groupe fait référence à des personnes dont leurs réponses ont directement changé la situation stressante, ce qui implique l'identification de la situation, ainsi que les actions à entreprendre pour la changer. Pour ces raisons, ce style

d'adaptation n'est pas fréquemment utilisé, une grande partie de la recherche sur la résilience porte sur des situations dont les possibilités sont rares, il est donc nécessaire d'accéder à d'autres mécanismes d'adaptation (Pearlin & Schooler, 1978; Van Breda, 2001).

Pearlin et Schooler (1978) ont également proposé un style adaptatif qui tente de contrôler la signification de l'expérience une fois qu'elle se produit, mais avant l'apparition du stress. Comme il s'agit de l'un des types de réaction les plus courants, l'individu ignore sélectivement certains aspects de la situation afin de soustraire la gravité perçue, ainsi que diminue l'importance de l'évènement par rapport à sa vie générale. Un troisième groupe choisit de contrôler le stress une fois qu'il s'est présenté, au moyen de stratégies de base de gestion. Si ces stratégies fonctionnent, l'individu devient capable de transformer des difficultés à long terme en «vertus morales" (p.117).

L'étude de la résilience en tant que caractéristique individuelle attribue un rôle clé aux variables internes de la personne. L'un des facteurs les plus importants est la vision subjective qu'a la personne des difficultés qui peuvent survenir, car elle prédispose ses réactions à l'adaptation. Il existe une discussion sur les propriétés de la résilience, qu'il s'agisse d'une qualité innée et catégorique, dans laquelle la personne est née ou non avec cette capacité, ou plutôt d'une compétence qui peut être acquise tout au long de sa vie. Pour y répondre, plusieurs enquêtes ont été menées sur des enfants qui ont vécu des situations difficiles, dans le but d'expliquer le processus par lequel l'individu développe cette qualité (Van Breda, 2001).

L'une des premières recherches de cette approche a été celle de Werner et Smith (1992) fait à Hawaï. Ils ont mené une étude longitudinale lancée en 1955, dans le cadre de laquelle ils ont étudié un grand nombre de variables chez les enfants considérés comme à risque de pauvreté, afin d'identifier les facteurs de protection qui empêchent le développement d'un fonctionnement inadapté chez ces jeunes gens. A l'âge de 18 ans, le tiers de ces personnes se sont rapportés comme des adultes compétents ; à 32 ans, les deux tiers des autres participants étaient des adultes attentionnés et efficaces. Cela a montré que les situations défavorables de l'enfance n'étaient pas déterminantes pour ces individus. Les variables en cause comprenaient des facteurs sociaux tels que le service militaire, un bon mariage, la conversion religieuse, la présence d'activités éducatives et professionnelles, ainsi que la prédisposition de ces personnes à en tirer profit. (cité par Masten et al., 2004; Saleebey, 1996).

Le travail de (Cederblad, Dahlin, Hagnell, & Hansson, 1994) est similaire, ils ont lancé une enquête longitudinale en 1947, se concentrant sur les sujets qui ont été exposés à trois ou plus des facteurs de risque généralement associés à la maladie mentale pendant leur enfance : antécédents de problèmes psychiatriques, criminalité et abus d'alcool chez les parents, conditions socioéconomiques à risque, relations dysfonctionnelles dans le foyer, séparation des parents ou de l'enfant, la présence de maladies physiques, faible quotient intellectuel chez les parents, et d'autres facteurs physiques et psychologiques liés directement avec l'enfant.

Une fois que les sujets de cette étude ont atteint l'âge de 40 à 50 ans, environ la moitié d'entre eux a déclaré avoir une vie saine et modérément réussie. Pour que les personnes qui ont vécu ces conditions défavorables présentent un état de bien-être adéquat, elles mettent en évidence certaines variables qui peuvent faciliter le développement de la résilience, comme des relations familiales positives avec des valeurs communes, ainsi qu'une estime de soi positive, des croyances quant à leur influence sur leur propre vie et un style intelligent et efficace d'adaptation. Ces résultats s'opposent aux vieux postulats théoriques de la psychologie, tels qu'il existe des états fixes, critiques et universels dans le développement humain, que les situations traumatisantes de l'enfance conduisent inévitablement à la maladie mentale et affectent le fonctionnement quotidien des individus et des systèmes (Cederblad et al., 1994).

Clausen (1991), dans ses recherches, a créé le concept de « compétence de planification », après avoir développé un instrument pour la mesurer, basé sur l'imposition d'objectifs réalistes, ainsi que sur un niveau intellectuel adéquat, l'estime de soi et des capacités de maîtrise de soi. L'auteur présume qu'il s'agit d'un élément de la personnalité individuelle qui joue un rôle important dans la victimisation, la dépendance et l'implication intellectuelle, et qui participe à la capacité des jeunes à s'adapter à leur environnement. Même dans des situations adverses, la compétence en matière de planification permet à la personne de mener sa vie de façon positive et de prendre des décisions plus appropriées concernant son travail, son partenaire, ses amis, etc.

Plus actuellement, Masten et al. (2004) souligne une série de caractéristiques liées aux personnes résilientes, dont l'effet génère un développement adaptatif du jeune et une transition adéquate vers l'âge adulte, même dans le cas de situations défavorables et chroniques durant l'enfance. Il s'agit notamment des compétences en planification, de la motivation à réussir dans l'avenir, de l'autonomie comportementale et émotionnelle, de la

gestion appropriée des situations stressantes et d'un réseau de soutien composé d'adultes compétents. Sans ces conditions, même les personnes confrontées au développement normatif ont plus de difficultés à s'adapter.

Les variables modératrices et leurs résultats.

Jusqu'à présent, la violence physique et psychologique dans l'enfance a été identifiée comme une condition défavorable qui génère une chaîne de conséquences dans le développement adéquat de l'individu. De même, des caractéristiques psychosociales liées au développement de la résilience ont été identifiées afin de faire face à ces situations et de générer un meilleur bien-être. Nous présentons ci-dessous les recherches les plus récentes sur les variables qui pourraient diminuer l'impact négatif de la violence envers les enfants sur la satisfaction à l'égard de la vie adulte.

Stade de développement.

Les tâches liées à un stade de développement tardif, comme la réflexion sur sa propre vie, pourraient diminuer considérablement l'impact de la maltraitance sur le bien-être à l'âge adulte. Shaw et Krause (2002), en s'appuyant sur la théorie d'Erikson, décrivent qu'avec l'âge, la probabilité qu'une personne tente de se réconcilier avec des relations conflictuelles augmente, ce qui lui permettrait de réélaborer les expériences passées et de réduire l'impact des difficultés tout au long de son enfance. Il faut aussi considérer que la violence physique en tant que mesure disciplinaire a été plus communément acceptée dans les groupes plus âgés. Cependant, ces auteurs découvriraient plus tard dans leur recherche que la relation entre la violence physique et le bien-être ne varie pas selon l'âge de la personne interrogée. Ce qui suggère que les conséquences de la violence physique durant l'enfance ne diminuent pas avec le temps.

Facteurs psychosociales.

Alors que le bien-être est défini comme une sensation agréable, le sentiment de maîtrise de soi, aussi défini comme le sentiment de contrôle personnel, fait référence à une croyance. Même si les individus répondent émotionnellement à leurs propres attentes, celles-ci incluent un facteur cognitif, c'est-à-dire la perception d'eux-mêmes et de leur environnement. (Ross et al., 1990). Un facteur important à considérer pour comprendre le concept de sentiment de contrôle est le niveau de limitation que la personne peut percevoir d'une situation particulière, qui affecte les croyances sur sa capacité à atteindre

ses objectifs et qui, finalement, aura des effets sur son bien-être général (Lachman & Weaver, 1998).

Les sentiments de contrôle ont un effet important sur la motivation et la volonté d'une personne à résoudre des problèmes. Le sentiment de ne pas être en contrôle a pour conséquence que l'individu ressent que ses actions n'ont aucun effet, ce qui conduit à des difficultés à prévenir, à prendre des décisions et à réduire l'impact des situations problématiques. Par conséquent, ils conduisent la personne à une moindre capacité d'adaptation. D'autre part, ceux qui ont un sens élevé du contrôle ont une meilleure conscience de leur propre santé et adoptent des comportements préventifs, assurant leur bien-être d'une manière plus proactive (Ross & Mirowsky, 1989).

Les personnes qui ont un sentiment de contrôle élevé sont mieux préparées aux événements indésirables et se sentent moins menacées. En général, ils adopteront des comportements qui leur permettront de confirmer ses capacités et donc d'augmenter ce sentiment à long terme. Cette relation fonctionne de la même manière pour ceux qui ont un faible sentiment de contrôle, où leur vision fataliste peut les conduire à s'engager dans des événements démoralisants qui renforcent leur sentiment d'impuissance (Ross & Mirowsky, 1989).

La capacité de planifier l'avenir et comprendre le passé est étroitement liée avec le sentiment de contrôle. Elle concerne une série de stratégies de contrôle sur sa propre vie, où la personne se fixe des objectifs pour l'avenir, en attribuant aussi du sens aux expériences vécues et aux buts atteints dans le passé. Ce qui amène un sens de direction de son propre comportement. Un sujet ayant un contrôle personnel élevé, aura généralement les compétences appropriées pour planifier son avenir ($r : .47 ; p < .001$). Ces deux variables dans l'action commune, prédisent alors une plus grande satisfaction avec la vie ($B = 0,18 ; p < 0,001$) (Prenda & Lachman, 2001; Ward, 2010).

Dans l'ensemble, les hommes ont davantage tendance à planifier l'avenir, ce qui peut être attribuable à leur rôle de principal soutien de famille, tandis que les femmes ont tendance à planifier à court terme ($B = -0,11 ; p < 0,001$). Les personnes ayant un niveau de scolarité et des revenus plus importants ($B = 0,17$ et $0,07$ respectivement ; $p < 0,001$), ainsi que un bon soutien social ($B = 0,10 ; p < 0,001$) ont également un niveau de planification élevé. La relation entre la capacité de planifier l'avenir et la satisfaction avec la propre vie devient plus intense chez les personnes âgées ($B = 0,04 ; p < 0,05$). Cela

donne à penser qu'à un âge plus avancé, la planification de l'avenir apporte un plus grand sentiment de contrôle, et favorise donc un meilleur bien-être. Malgré ce faits, les personnes âgées ont tendance à être moins planificatrices (Prenda & Lachman, 2001).

Shaw et Krause (2002) ont également utilisé les données du MIDUS, dans le but de préciser les contraster un modèle de médiation. Ils ont proposé que les effets de la violence physique sur le bien-être psychologique puissent varier selon le sentiment de contrôle personnel, et le soutien affectif des membres de la famille, ainsi que ces interactions négatives. En fait, l'association entre la violence physique et les symptômes dépressifs diminue de 72 % lorsqu'on tient compte de ces variables, passant d'une corrélation de .138 à .039. Pour les maladies chroniques, l'effet de la violence physique est réduit de 43 %, passant d'une corrélation de .126 à .072.

Leurs résultats montrent qu'un niveau élevé de croyance en la maîtrise de soi est lié négativement aux symptômes dépressifs ($\beta = -.423$, $p < .001$), c'est également le cas pour le soutien émotionnel de la famille ($\beta = -.083$, $p < .001$) et des interactions négatives moins fréquentes ($\beta = .105$, $p < .001$). Le même phénomène s'est décrit pour les maladies chroniques, où un sentiment moindre de contrôle personnel ($\beta = -.226$, $p < .001$) et des interactions négatives fréquentes ($\beta = .084$, $p < .001$) sont liés à une présence plus accrue de problèmes physiques (Shaw & Krause, 2002).

En suivant cet axe de recherche, l'inclusion des sentiments de contrôle dans le modèle d' Irving et Ferraro (2006) sur le MIDUS supprime la relation entre la violence psychologique des parents et d'autres personnes et la santé perçue. Cependant, quand la violence physique est perpétrée par la mère, la santé autoévaluée de l'enfant demeure basse, bien qu'elle s'affaiblisse légèrement. Le sentiment de contrôle semble fonctionner comme un mécanisme compensatoire pour les expériences de violence, surtout dans le cas des femmes, bien qu'il ait été antérieurement constaté que les femmes accordent une plus grande priorité à d'autres ressources comme le soutien social. Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes victimes d'abus peuvent trouver plus difficile d'établir des relations de soutien, de sorte que la maîtrise de soi devient le mécanisme prioritaire.

Pitzer et Fingerman (2010) ont proposé un modelé similaire, en considérant le sentiment de contrôle personnel et le soutien perçu de la part des amis et de la famille comme des variables médiatrices. Dans l'ensemble, les participants qui ont été victimes de violence ($n = 654$) ont obtenu des notes plus faibles pour le contrôle personnel et de

soutien affectif perçu, ainsi qu'une moins bonne santé physique générale ($p < .001$). Cependant, certaines victimes de violence parentale ont présenté des niveaux élevés de contrôle personnel ($n=312$), de soutien affectif ($n=333$) et de soutien instrumental ($n=294$). De plus, il existe une relation entre ces facteurs de médiation, dont les sujets ayant un plus grand contrôle personnel perçoivent un score de soutien émotionnel plus élevé.

Les participants qui ont été maltraités par l'un ou les deux parents pendant leur enfance avaient une santé physique moins bonne ($b = -0,18$; $p < 0,001$), ainsi qu'une fréquence plus élevée des émotions négatives ($b = 0,005$; $p < 0,001$). Cependant, les sujets qui avaient un niveau élevé de contrôle personnel ont signalé un niveau de santé physique ($b = -0,16$; $p < 0,001$) et d'émotions négatives ($b = 0,08$; $p < 0,001$) semblables à ceux des sujets non maltraités. Par contre, les participantes ayant un faible niveau de contrôle personnel ont obtenu des résultats significativement plus faibles pour la santé physique et les émotions négatives, effet qui était particulièrement prononcé. Ceci suggère que le vécu de violence est un bon prédicteur des niveaux de contrôle personnel, mais que cette variable peut jouer comme facteur médiateur des conséquences sur la santé physique et émotionnelle. (Pitzer & Fingerman, 2010).

Le soutien émotionnel perçu de la part de la famille et des amis garde une relation positive avec l'état de santé physique pour les personnes abusées ($b=0,15$; $p < 0,001$), il est aussi lié à une moindre fréquence des émotions négatives ($b = -0,04$; $p < 0,001$). Cependant, les personnes qui ont déclaré avoir reçu plus de soutien instrumental ont rapporté une santé physique moins bonne ($b = -0,00$; $p < .055$), et les effets sur les émotions négatives n'ont pas été significatif (Pitzer & Fingerman, 2010).

Greenfield et Marks (2010), en suivant cette axe de recherche ont découvert une relation inversée entre le sentiment d'appartenance à la communauté et le stress à l'âge adulte, dont un score élevé de ce sentiment est lié avec des scores plus faibles du stress psychologique perçu à l'âge adulte ($b = -0,13$, $p \leq .001$). Le sentiment d'appartenance à la communauté modère la relation des expériences de violence physique et psychologique fréquentes et le stress actuel ($b = -0,20$, $p \leq .05$), mais les effets sur la maltraitance uniquement physique ou psychologique fréquent n'ont pas été significatif (Greenfield & Marks, 2010).

Le stress psychologique ne diffère pas significativement entre le groupe qui n'a pas rapporté aucun type de violence et ce qui a vécu fréquemment les deux types quand leur sentiment d'appartenance à la communauté est élevé au-dessus d'un écart type ($b=.11$), pourtant, quand ce sentiment est en dessous d'un écart type, le stress et la maltraitance gardent une relation positive ($b=.50$, $p \leq .001$). Un fort sentiment d'appartenance à la communauté, facilite le développement d'une santé mentale positive, indépendamment de l'histoire de violence vécue pendant l'enfance du sujet. Ceci a été prouvé uniquement dans le vécu de violence physique et psychologique fréquentes, mais Il est probable que le modèle manque de puissance statistique pour démontrer les mêmes résultats avec les autres profils (Greenfield & Marks, 2010).

Objectifs de recherche

Jusqu'à présent, une revue exhaustive de la littérature sur les variables impliquées dans la dynamique de la violence envers les enfants, et leurs effets sur la santé physique et psychologique à long terme a été effectuée, ainsi que l'exploration des possibles variables qui pourraient changer cette relation. L'objectif de cette étude est donc de comprendre l'effet du sentiment de contrôle personnel et de la capacité de planification et de donner un sens au passé en tant que facteurs de médiation entre les expériences de violence vécues par les enfants et son bien-être psychologique à l'âge adulte. Le but est donc d'identifier le rôle que les deux médiateurs jouent dans le développement de la résilience des personnes victimes.

III. Méthode

Question de recherche

Quel est l'effet du sentiment de contrôle et de la capacité à planifier l'avenir et comprendre le passé sur le bien-être psychologique des adultes américains qui ont été victimes de violence physique et psychologique perpétrée par leurs parents durant leur enfance ?

Hypothèses

Générale

Le sentiment de contrôle et la capacité à planifier l'avenir et comprendre le passé auront un effet de médiation, en atténuant la relation entre la violence physique et psychologique subie par les américains de la part de leurs parents et leur bien-être psychologique à l'âge adulte (voir la figure 1).

Spécifiques

H1 : Le score obtenu sur l'échelle des tactiques de conflit sera inversement lié au résultat des six dimensions du test de bien-être psychologique, c'est-à-dire que plus la fréquence de maltraitance est élevée, plus le niveau des mesures du bien-être obtenu ne seront faibles.

H2 : Une fréquence élevée d'expériences de violence, indiquée sur l'échelle des tactiques de conflit, sera associée à un faible score sur les sous échelles du sentiment de contrôle, ainsi qu'à de faibles indices des quatre dimensions de l'échelle de planification de l'avenir et donner du sens au passé.

H3: Les indices des deux dimensions de sentiments de contrôle, ainsi que les quatre scores sur l'échelle de la capacité à planifier l'avenir et comprendre le passé auront une relation directe et significative avec les scores sur les six dimensions du bien-être psychologique, de sorte qu'en intégrant les deux médiateurs dans le modèle, la relation entre la fréquence des abus et le bien-être psychologique sera diminuée.

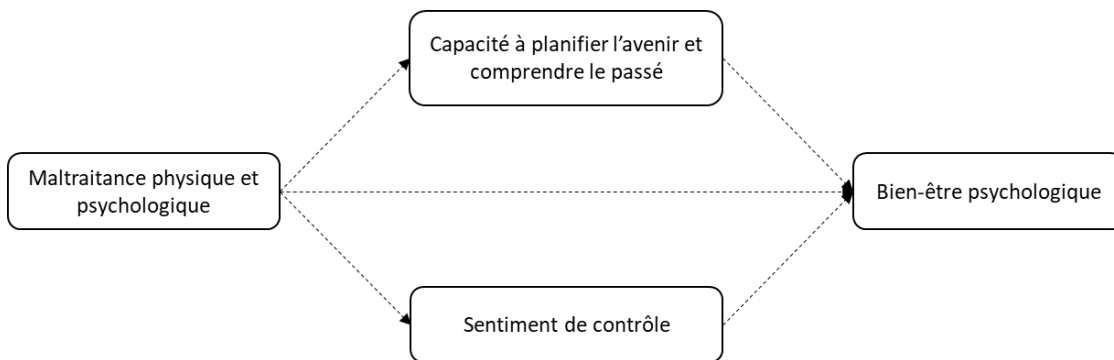


Figure 1: Modèle proposé par les hypothèses.

Variables d'intérêt

Variable indépendante.

1. *Maltraitance infantile perpétrée par les parents.*

Sur le plan conceptuel, la variable est divisée en deux dimensions :

Maltraitance physique : Usage intentionnel de la force physique qui peut nuire à la sécurité physique et dignité de l'enfant, ce qui représente un danger potentiel pour son bien-être physique et psychologique. Par exemple : frapper, donner des coups de pied, brûler, couper, empoisonner, étrangler, mordre... (Butchart et al., 2006; Krug et al., 2002; Norman et al., 2012).

Maltraitance psychologique : Emploi volontaire de la relation de pouvoir des parents, à travers des actes comme la culpabilisation, les menaces, la discrimination, la restriction des mouvements et autres formes de traitement hostile qui ont un impact sur la santé mental et le développement physique, psychologique et moral de l'enfant (Butchart et al., 2006; Krug et al., 2002; Norman et al., 2012).

Cette variable sera mesurée au moyen du score total obtenu dans l'Échelle des Tactiques de Conflit (Straus, 1979), un instrument d'auto-évaluation dans lequel une série d'actes de violence physique et psychologique sont présentés. Les sujets indiquent ainsi la fréquence à laquelle leur mère ou leur père accomplissait ces actes, en cochant une catégorie sur 5 où 1 signifiait « jamais », 2 « rarement », 3 « quelquefois », 4 « souvent » et 5 « n'est pas applicable ». Les données seront modifiées de manière à ce qu'un score élevé de la somme totale des item reflète une fréquence élevée d'actes de violence perpétrés.

Variable dépendante.

1. Bien-être psychologique.

Il consiste en un état de bonheur, d'espoir, d'énergie et d'enthousiasme pour la vie, ainsi que à l'absence des états d'esprit comme l'anxiété, la dépression et les symptômes connexes (Ross & Mirowsky, 1989; Ross et al., 1990). Conceptuellement, il est composé de 6 dimensions définies par Ryff (1989) :

Autonomie: Capacité d'autodétermination, d'indépendance, et de résister aux pressions sociales. Autorégulation adéquate de son propre comportement et évaluation de soi par le biais de normes personnelles.

Maîtrise de l'environnement: Sentiment de contrôle et de compétence dans l'interaction avec la complexité de l'environnement. Utilisation adéquate des opportunités offertes par ceci, en créant des contextes adaptables à ses propres besoins.

Développement personnel : Sentiment de croissance continue, ouverture à de nouvelles expériences et intention de développer pleinement son potentiel. Capacité à percevoir son propre comportement et ses améliorations au fil du temps.

Relations positives avec les autres : Interactions chaleureuses, confiantes et satisfaisantes avec les proches. Considération et empathie pour le bien-être des autres et capacité à s'engager dans des relations intimes.

Objectifs de vie : Possession d'objectifs et de valeurs clairs pour sa propre vie, ainsi que un sentiment de direction. Croyance que les expériences passées ont un sens, aussi bien que le moment présent.

Acceptation de soi : Attitude positive envers soi-même, connaissance et acceptation de ses propres caractéristiques positives et négatives, sentiment positif envers le passé.

Pour mesurer le niveau de bien-être psychologique, l'échelle du même nom conçue par Ryff (1989) sera utilisée. Celle-ci est composée par trois items construits pour mesurer chacune des six dimensions du bien-être, soit un total de 18 éléments. Les sujets doivent y répondre par une échelle de Likert où, pour chaque item, ils choisiront l'une des 7 options suivantes : (1) « Tout à fait d'accord » ; (2) « Plutôt d'accord » ; (3) « Un peu d'accord » ; (4) « Ne sait pas » ; (5) « Un peu en désaccord » ; (6) « Plutôt en désaccord »

; (7) « Tout à fait en désaccord ». Les item seront traités de manière à ce qu'un score élevé dans la somme de chacune des sous-échelles soit lié à une plus grande présence de la dimension de bien-être

Médiateurs présumés.

1. Sentiment de contrôle.

Il s'agit de la relation entre la croyance d'une personne sur sa capacité d'atteindre un objectif conforme à ses propres attentes et les contraintes perçues dans une situation précise, en raison de ses conditions environnementales particulières. Cette variable se compose d'un facteur cognitif et conduit à une réponse émotionnelle précise (Lachman & Weaver, 1998).

Ce médiateur sera mesuré à l'aide de l'échelle du sentiment de contrôle (Lachman & Weaver, 1998), qui se compose de 4 item pour sonder le niveau de maîtrise personnelle, ainsi que de 8 item explorant les contraintes perçues. Cela donne un total de 12 item auxquels les participants doivent répondre au moyen d'une échelle de likert, en choisissant entre 7 options : (1) « Tout à fait d'accord » ; (2) « Plutôt d'accord » ; (3) « Un peu d'accord » ; (4) « Ne sait pas » ; (5) « Un peu en désaccord » ; (6) « Plutôt en désaccord » ; (7) « Tout à fait en désaccord ». L'échelle des contraintes perçues doit être codée inversement, afin d'établir la moyenne avec l'échelle de maîtrise, dont un score élevé indiquera un sentiment de contrôle plus fort.

2. Capacité à planifier l'avenir et comprendre le passé.

Elle concerne une série de stratégies de contrôle sur sa propre vie, où la personne se fixe des objectifs pour l'avenir, en attribuant aussi du sens aux expériences vécues et buts atteints dans le passé. Ceci amène un sens de direction de son propre comportement (Prenda & Lachman, 2001; Ward, 2010).

Ce médiateur sera inclus dans l'étude à travers l'échelle de planification et compréhension du passé (Prenda & Lachman, 2001; Ward, 2010). Celle-ci est composée de 16 item divisés en quatre dimensions distinctes : 3 item sur la sous-échelle auto-direction et planification ; 5 sur vivre au jour le jour ; 4 sur prévoyance et anticipation ; et les 4 derniers sur la sous-échelle d'insight sur le passé. Les sujets répondront à chacun de ces item en choisissant l'une des quatre catégories suivantes : (1) « beaucoup » ; (2) « pas mal » ; (3) « un peu » ; (4) « pas du tout ». Les items seront recodés et leur moyenne

sera calculée dans chacune des sous-échelles, de sorte qu'un score élevé indiquera une présence élevée de cette dimension.

Variables à contrôler.

Ce qui suit est une liste de facteurs qui, selon la littérature, sont considérés comme influents dans la dynamique des expériences de violence des enfants et de bien-être à l'âge adulte. Pour cette même raison, une première analyse sera effectuée pour déterminer leur niveau de corrélation avec la variable dépendante. Par la suite, ils seront inclus dans les modèles de régression statistique sous forme de covariables.

1. Caractéristiques des participants.

Les conditions de l'échantillon ont été prises en compte à travers différentes variables. Plus précisément, le sexe des participants à l'étude a été inclus (1 = homme ; 2 = femme ; 7 = ne sait pas ; 8 = refusé), ainsi que l'état civil (1= pas mariée; 2= marié). De même, l'âge a été calculé dans soustrayant la date de naissance de la date du premier entretien et le niveau éducatif a été pris en compte selon les années d'études atteints.

2. Conditions familiales.

De même, des variables pouvant être reliées à la dynamique de la violence envers les enfants ont été incluses. Il s'agit notamment des années d'études des parents; de la structure familiale, selon que la personne a vécu avec ses parents biologiques jusqu'à l'âge de 16 ans (1=où, 2=non ; 7=ne sait pas ; 8=refusé ; 9=sans réponse), et selon que les parents étaient séparés ou non (1=où, 2=non ; 7=ne sait pas ; 8=refusé ; 9=sans réponse).

3. Santé physique.

Dans la revue de la littérature, il a été reconnu que les antécédents de maltraitance sont liés à des comportements dysfonctionnels pour la santé physique, et que cela pourrait expliquer en partie les résultats plus faibles au niveau du bien-être physique et psychologique. Par conséquent, une série de mesures seront prises, telles que l'évaluation subjective de l'état de santé (1=mauvais ; 2=passable ; 3=bon ; 4=très bon ; 5=excellent ; 7=non connu ; 8=rejeté ; 9=pas de réponse), ainsi que l'histoire du tabagisme (1=où ; 2=non ; 7= ne sait pas ; 8=rejeté ; 9=aucune réponse), l'abus d'alcool ou d'autres substances (1=où ; 2=non ; 7=ne sait pas ; 8=rejeté ; 9=aucune réponse) et l'indice de masse corporelle, conservé comme variable d'intervalle.

Conception de recherche

Cette recherche est classée comme non expérimentale parce qu'il n'est pas possible de contrôler directement la variable indépendante. En d'autres termes, les sujets ont été victimes de violence à un stade plus précoce de leur vie, si bien qu'il serait contraire à l'éthique d'y soumettre les participants. Il est donc nécessaire de recueillir des informations détaillées concernant ce phénomène et de faire des inférences statistiques sur sa relation possible avec le bien-être psychologique (Kerlinger & Lee, 2000). Pour ce faire, il est nécessaire d'interpréter un ensemble de variations des deux variables, y compris les médiateurs des sentiments de contrôle et la capacité à prédire l'avenir et comprendre le passé, ainsi que aux covariables considérées.

En même temps, cette recherche peut être classée, en fonction de sa finalité, comme prédictive. Il s'agit donc de confirmer l'existence d'une relation de cause à effet au moyen d'un modèle déjà établi (Holstein & Gubrium, 2007; Thouin, 2017). Ceci étant le cas des hypothèses formulées, il est prévu de vérifier l'influence des abus subis à un jeune âge sur le bien-être psychologique à l'âge adulte, en considérant à son tour l'effet indirect que peuvent avoir des variables telles que le sentiment de contrôle et la capacité à planifier l'avenir et comprendre le passé. De plus, cette étude est conceptualisée comme de terrain et test d'hypothèse, puisque son objectif est de démontrer l'existence d'une relation entre les variables en recueillant les données dans la situation dans laquelle elles sont présentées par le biais d'enquêtes (Kerlinger & Lee, 2000).

Enfin, cette étude est de nature longitudinale parce que l'un des principaux centres d'intérêt est la nature dynamique des variables, c'est-à-dire leur changement et leur évolution dans le temps. Pour comprendre ces changements, il est nécessaire d'utiliser des mesures répétées des mêmes sujets d'observation (Ployhart & Vandenberg, 2010). Dans ce cas, les abus vécus durant l'enfance et les variables médiatrices ont été mesurées entre 1995 et 1996, tandis que le bien-être psychologique des participants a été mesuré 10 ans plus tard, afin d'apprécier les effets à long terme sur celui-ci.

Participants

Au total, 7 108 personnes sélectionnées au hasard ont participé à la première collecte de données de l'étude MIDUS, menée dans l'ensemble des États-Unis et répondant aux normes nécessaires pour être considérée comme une recherche au niveau de la population (University of Wisconsin, 2011). Toutefois, seuls les sujets qui ont fourni

des informations sur toutes les variables d'intérêt et covariables, y compris celles recueillies dix ans plus tard, ont été incluses dans l'étude, ce qui a permis d'obtenir un total de 2371 personnes. Pour la première récolte des données, les personnes avaient un âge compris entre de 25 et 75 ans, avec une moyenne d'âge de 41,12 ans. 49,9 % de la population était composée d'hommes, contre 50,1 % de femmes.

De cette population, 2 340 sujets (98,69 %) ont déclaré avoir été victimes de violence psychologique de la part de leur mère, même si ce n'était que rarement, tout comme 2 328 (98,18 %) ont déclaré avoir été victimes de violence psychologique de la part de leur père. En suivant cette ligne, 2 331 (98,31 %) ont déclaré avoir été victimes de violence physique de la part de leur mère, tandis que 2 306 (97,25 %) ont déclaré avoir été victimes de violence de la part de leur père.

Conformément à la conception longitudinale de l'étude, la variable dépendante a été mesurée dans un second temps, 10 ans après la première collecte de données, entre les années 2004 et 2006. A ce moment-là, les participants ont de nouveau été interrogés pour répondre à plusieurs échelles, dont le bien-être psychologique.

Instruments de mesure

1. Inventaire des tactiques de conflit.

Cet outil a été créé pour calculer la fréquence à laquelle une personne a été exposée à des expériences de violence de la part de ses parents ou de ses soignants à la maison, ainsi que de ses frères et sœurs et d'autres personnes. (Straus, 1979). La consigne suivant y est présentée : « Pendant votre enfance, à quelle fréquence votre père/mère/frère/sœur/autre faisait l'une de ces actions ». Ensuite, trois listes sont présentées avec 15 actions de maltraitance en total (Voir annexe A).

La liste A fait référence à la violence psychologique, avec six énoncés tels que « vous insultait ou jurait contre vous ». La liste B contient trois actes de violence physique modérée, qui sont souvent considérés socialement comme des mesures disciplinaires, comme « vous poussait, ou vous saisissait ». Enfin, la liste C comprend cinq actes considérés comme de la violence physique sévère, comme « vous donnait des coups de pieds, vous mordait, ou vous frappait avec le poing ». Les adultes répondaient à chaque item en cochant une catégorie sur 5: (1) « jamais », (2) « rarement », (3) « quelquefois », (4) « souvent » ou (5) « n'est pas applicable ».

Pour des raisons pratiques, seules les échelles de maltraitance par la figure de la mère ou de la femme soignante, ainsi que la figure du père ou de l'homme soignant à la maison, ont été utilisées. Seules les réponses sur une échelle de 1 à 4 ont été retenues, de sorte qu'un score plus élevé indique une fréquence plus élevée de violence. Le résultat total des deux listes de violence psychologique a été moyenné ; ensuite, les listes de violence physique modérée et grave ont été unifiées de telle sorte que si le participant obtenait un score plus élevé dans l'une ou l'autre de ces listes, il était conservé et le score inférieur était rejeté. Par la suite, la moyenne des réponses de violence physique de la part des deux parents a été établie. Enfin, une fréquence moyenne totale d'abus a été obtenue, comme variable unique à prendre en compte dans le modèle.

2. Échelle du bien être psychologique.

Cet instrument a été conçu par (Ryff, 1989) afin de mesurer le niveau de bien-être psychologique perçu par le sujet à travers les 6 dimensions qui composent cette construit (Voir annexe B). Par conséquent, ce test est divisé en six sous-échelles, chacune contenant trois affirmations conçues pour explorer la dimension respective : autonomie « J'ai tendance à être influencé par des gens qui ont des opinions bien ancrées ; maîtrise de l'environnement: « Les exigences de la vie quotidienne me dépriment souvent » ; développement personnel: « Pour moi, la vie a été un processus continu d'apprentissage, de changement et de croissance » ; relations positives avec les autres, contenant des items tels que « Maintenir des relations étroites a été difficile et frustrant pour moi » ; objectifs de vie : « Certaines personnes errent sans but dans la vie, mais je ne suis pas l'une d'elles » et acceptation de soi « J'aime la plupart des aspects de ma personnalité ».

Chaque affirmation est répondue par une échelle de lickert, où l'une des 7 options est sélectionnée : (1) « Tout à fait d'accord » ; (2) « Plutôt d'accord » ; (3) « Un peu d'accord » ; (4) « Ne sait pas » ; (5) « Un peu en désaccord » ; (6) « Plutôt en désaccord » ; (7) « Tout à fait en désaccord ». Les item ont été traités de manière à ce qu'un score élevé dans la somme de chacune des sous-échelles soit lié à une plus grande présence de la dimension de bien-être.

3. Échelle du sentiment de contrôle.

Ce test a été conçu dans le but d'obtenir une note qui représente la relation entre le sentiment de maîtrise de soi et les contraintes perçues dans l'environnement (Lachman &

Weaver, 1998). A cette fin, 12 déclarations sont présentées (Voir annexe C), telles que les quatre qui correspondent à la sous-échelle de maîtrise de soi : « Je peux faire à peu près tout ce que j'ai vraiment décidé de faire » et les huit concernant la sous échelles des contraintes perçues, comme : « Il n'y a pas grand-chose que je puisse faire pour changer les choses importantes de ma vie ».

Chaque participant a répondu à ces déclarations au moyen d'une échelle de lickert, en choisissant entre 7 options : (1) « Tout à fait d'accord » ; (2) « Plutôt d'accord » ; (3) « Un peu d'accord » ; (4) « Ne sait pas » ; (5) « Un peu en désaccord » ; (6) « Plutôt en désaccord » ; (7) « Tout à fait en désaccord ». Les items ont été introduits dans les deux sous-échelles de sorte qu'un score élevé indiquerait une forte présence de maîtrise de soi ou de contraintes perçues, respectivement.

4. Échelle de capacité à planifier l'avenir et comprendre le passé.

Cette échelle, créée par Prenda et Lachman (2001), est composée de 16 énoncés (Voir annexe D) faisant référence aux quatre dimensions différentes qui composent cette compétence: Auto direction et planification : Composée par les 3 item comme « J'aime faire des projets pour l'avenir »; vivre au jour le jour, construite au moyen des 5 affirmations comme « Je vis un jour à la fois »; prévoyance et anticipation, conformée des 4 déclarations telles « Je peux prévenir une mauvaise situation avant qu'elle ne se produise » et insight sur le passé, présentant 4 item, comme « Donner un sens à mon passé m'aide à comprendre ce qu'il faut faire dans le présent.

Les sujets répondront à chacun de ces item en choisissant l'une des quatre catégories suivantes : (1) « beaucoup » ; (2) « pas mal » ; (3) « un peu » ; (4) « pas du tout ». Les items ont été recodés et leur moyenne a été calculée dans chacune des sous-échelles, de sorte qu'un score élevé indiquera une présence élevée de chaque dimension.

Procédure

La collecte des données de l'étude MIDUS a été méthodiquement menée par le Réseau de recherche de la Fondation MacArthur sur le développement de l'âge moyen. Tous les instruments de mesure utilisés ont été développés par des équipes multidisciplinaires et des experts dans les domaines de la santé, de la psychologie, de l'éducation et des autres sciences sociales. Un test pilote a été réalisé pour concevoir des instruments courts qui couvriraient une grande quantité d'informations sur les aspects

socio-économiques, psychologiques et sanitaires et qui pourraient être appliqués à un grand nombre de personnes (University of Wisconsin, 2011).

La première collecte de données, sous les initiales M1, a été effectuée en 1995 et 1996, avec un nombre total de 7 108 personnes dans l'ensemble des États-Unis, dont une importante population de frères et sœurs ($N = 950$) et de jumeaux ($N = 1\,914$). Comme des critères indispensables, il fallait qu'il s'agisse d'adultes américains anglophones âgés de 25 à 75 ans qui n'étaient pas placés en institution. Ces personnes ont été choisies au hasard et contactées par téléphone pour répondre aux premières questions, le taux de réponse a été de 70%. Par la suite, ils ont été invités à répondre à un questionnaire auto-administré plus complet et détaillé sur ces variables (University of Wisconsin, 2011).

Les sujets devaient fournir des renseignements sur leur santé physique et mentale, y compris leur mode de vie, leurs relations personnelles et professionnelles, leurs conditions de travail et leurs comportements liés à la santé comme l'alimentation, l'exercice, la présence des maladies chroniques, l'accès au personnel médical ou aux thérapies alternatives, ainsi que la consommation de cigarettes, d'alcool et d'autres substances. Des questions ont également été posées au sujet de leurs perceptions subjectives, comme le sentiment de contrôler leur santé, l'évaluation personnelle de leur humeur, leurs relations interpersonnelles et leurs espoirs pour l'avenir (University of Wisconsin, 2011). Des échelles permettant de mesurer la violence subie pendant l'enfance, les sentiments de contrôle et la capacité de planifier l'avenir et de comprendre le passé ont été incluses dans cette collecte de données.

Par la suite, entre 2005 et 2006, la deuxième collecte de données, appelée M2, a eu lieu. Les mêmes participants qui ont répondu à la collecte M1 ont été contactés, obtenant une réponse totale de 3 487 sujets, avec un taux de suivi de 68,2 %. Un sondage téléphonique a de nouveau été effectué, ainsi qu'un questionnaire auto-administré. Les données à étudier étaient similaires à celles obtenues la fois précédente, afin d'évaluer l'évolution de cet ensemble de variables après 10 ans (University of Wisconsin, 2011). Grâce à cette base de données, les scores des 6 dimensions du bien-être psychologique ont été obtenus, ce qui permet d'observer l'effet à long terme des abus et des variables médiatrices.

Une fois les données nécessaires obtenues, les analyses statistiques nécessaires ont été effectuées, telles que l'obtention des descriptions (fréquence, moyenne, écart type)

de la population, des variables et des médiateurs en question. De même, des coefficients de corrélation ont été obtenus pour évaluer la variation conjointe de la fréquence des abus, le bien-être psychologique, le sentiment de contrôle, la capacité à prédire l'avenir et comprendre le passé, et d'autres covariables d'intérêt théorique. Enfin, les modèles de médiation hypothétiques ont été testés par des analyse de régression, afin de discuter des résultats et de formuler des conclusions pertinentes. Ceci a été réalisé grâce au programme d'analyse statistique SPSS v. 21 et à l'accessoire PROCESS v3.3 pour effectuer des régressions sous modèles de médiation.

Considérations éthiques

Les principes éthiques de confidentialité ont été respectés tout au long de cette étude. Aucune information permettant d'identifier les participants n'a été recueillie, ce qui a permis de protéger leur anonymat. Leur consentement éclairé a également été obtenu, ce qui a permis de s'assurer que la personne comprenait les objectifs de la recherche, ainsi que la nature de sa participation à l'étude. le conseil de révision des sciences sociales et comportementales de l'Université du Wisconsin a approuvé la collecte initiale des données et leur publication ultérieure (Strauss, 2011).

IV. Analyse des données

Dans un premier temps, une analyse descriptive a été effectuée sur les caractéristiques de l'échantillon et les variables d'intérêt principal. Le tableau 1 présente les moyennes et écarts types des âges et des années d'études des participants, ainsi que des tests utilisés pour mesurer la fréquence de la violence, le bien-être psychologique et les variables médiatrices. La répartition des sujets selon leur sexe et leur état matrimonial est présentée au tableau 2, tandis que le tableau 3 indique la fréquence et les pourcentages avec lesquels ils ont déclaré avoir été victimes de violence physique et psychologique de la part de leurs parents.

Tableau 1: Moyennes et écarts types de l'âge des participantes, leurs années d'études et des variables d'intérêt.

	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
Âge	24	74	47.12	11.97
Années d'études	6	20	14.2710	2.51
Fréquence totale d'abus	1	4	1.8082	.69
Bien-être psychologique :				
Autonomie	10	49	37.2475	6.97
Maîtrise de l'environnement	8	49	38.1355	7.41
Développement personnel	11	49	38.5975	6.81
Relations positives avec les autres	14	49	40.5704	6.98
Objectifs de vie	10	49	38.4320	6.91
Acceptation de soi	7	49	38.1926	8.23
Sentiment de contrôle :				
Maîtrise	1.25	7	5.8662	2.57
Contraintes perçues	1	6.75	2.5650	1.18
Capacité à planifier l'avenir et comprendre le passé :				
Auto direction et planification	1	4	3.1674	.64
Vivre au jour le jour	1	4	2.2109	.66
Prévoyance et anticipation	1	4	2.5256	.62
Insight sur le passé	1	4	3.0041	.60

Tableau 2: *Distribution des fréquences du genre et de l'état civil des participants.*

	Fréquence	Pourcentage
Genre :		
Masculin	1183	49.9
Féminin	1188	50.1
État civil :		
Marié	1720	72.5
Pas marié	651	27.5

Tableau 3: *Distribution des fréquences des expériences de violence physique et psychologique perpétrée par le père et la mère durant l'enfance.*

	Fréquence		Pourcentage		Pourcentage cumulé	
	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Père
Violence émotionnelle :						
Jamais	1132	904	47.7	38.1	48.4	38.8
Rarement	707	770	29.8	32.5	78.6	71.9
Quelquefois	388	478	16.4	20.2	95.2	92.4
Souvent	113	176	4.8	7.4	100.0	100.0
Total	2340	2328	98.7	98.2		
Violence physique :						
Jamais	1165	1084	49.1	45.7	50.0	47.0
Rarement	767	769	32.3	32.4	82.9	80.4
Quelquefois	332	357	14.0	15.1	97.1	95.8
Souvent	67	96	2.8	4.0	100.0	100.0
Total	2331	2306	98.3	97.3		

Par la suite, la cohérence interne des sous-échelles utilisées pour mesurer les dimensions du bien-être psychologique a été analysée, ainsi que les médiateurs compris dans le sens du contrôle et de la capacité à planifier l'avenir et à comprendre le passé. Pour ce faire, le coefficient Alpha de Cronbach a été utilisé, soit un indicateur de la relation entre les items pour chacun des tests. Ces résultats sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4: *Alphas de Cronbach des sous-échelles du bien-être psychologique et des médiateurs du sentiment de contrôle et capacité à planifier l'avenir et comprendre le passé.*

	Alpha de Cronbach
Bien-être psychologique :	
Autonomie	.488
Maîtrise de l'environnement	.543
Développent personnel	.564
Relations positives avec les autres	.604
Objectifs de vie	.323
Acceptation de soi	.614
Sentiment de contrôle :	
Maîtrise	.685
Contraintes perçues	.846
Capacité à planifier l'avenir et comprendre le passé :	
Auto direction et planification	.738
Vivre au jour le jour	.714
Prévoyance et anticipation	.789
Insight sur le passé	.698

En plus de la consistance interne de la variable dépendante et de ses médiateurs, la relation de toutes les variables incluses dans les modèles de médiation multiple ont été analysées au moyen de coefficients de corrélation. La matrice du tableau 5 permet d'étudier le degré de variation conjointe existant entre les différentes caractéristiques de l'échantillon, la fréquence des expériences d'abus vécues dans l'enfance, leurs scores dans les échelles de bien-être psychologique et les six médiateurs et autres covariables qui, comme le stipulent la littérature, sont associés à ce phénomène.

Tableau 5: *Matrice de corrélation.*

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. Âge	1	-.074**	-.056**	.083**	-.126**	-.064**	.021	.014	.011	-.024	-.017	.117**	.178**
2. Genre	-.074**	1	-.107**	-.102**	-.027	-.041*	.061**	-.013	.158**	-.121**	-.041*	-.163**	-.106**
3. Années d'études	-.056**	-.107**	1	-.033	-.092**	.046*	-.174**	.163**	-.250**	.199**	.160**	.054**	.124**
4. État civil	.083**	-.102**	-.033	1	-.053**	.005	-.067**	.051*	-.055**	.034	-.092**	-.008	.095**
5. Fréquence totale d'abus	-.126**	-.027	-.092**	-.053**	1	-.075**	.113**	-.063**	.085**	-.032	.029	-.056**	-.149**
6. Maîtrise	-.064**	-.041*	.046*	.005	-.075**	1	-.493**	.382**	-.092**	.349**	.199**	.286**	.334**
7. Contraintes perçues	.021	.061**	-.174**	-.067**	.113**	-.493**	1	-.362**	.301**	-.295**	-.155**	-.341**	-.495**
8. Auto direction/ planification	.014	-.013	.163**	.051*	-.063**	.382**	-.362**	1	-.182**	.469**	.407**	.246**	.304**
9. Vivre au jour le jour	.011	.158**	-.250**	-.055**	.085**	-.092**	.301**	-.182**	1	-.064**	-.030	-.093**	-.170**
10. Prévoyance et anticipation	-.024	-.121**	.199**	.034	-.032	.349**	-.295**	.469**	-.064**	1	.423**	.229**	.244**
11. Insight su le passé	-.017	-.041*	.160**	-.092**	.029	.199**	-.155**	.407**	-.030	.423**	1	.145**	.100**
12. Autonomie	.117**	-.163**	.054**	-.008	-.056**	.286**	-.341**	.246**	-.093**	.229**	.145**	1	.513**
13. Maîtrise d'environnement	.178**	-.106**	.124**	.095**	-.149**	.334**	-.495**	.304**	-.170**	.244**	.100**	.513**	1
14. Développement personnel	-.039	.076**	.225**	.026	-.054**	.332**	-.435**	.353**	-.154**	.261**	.239**	.418**	.589**
15. Relations positives	.114**	.112**	.050*	.132**	-.136**	.262**	-.368**	.293**	-.059**	.196**	.122**	.366**	.632**
16. Objectifs de vue	-.032	-.019	.173**	.112**	-.075**	.280**	-.431**	.411**	-.250**	.255**	.186**	.392**	.638**
17. Acceptation de soi	.132**	-.069**	.154**	.134**	-.146**	.368**	-.473**	.350**	-.153**	.287**	.125**	.505**	.768**
18. Années d'études du père	-.285**	.024	.396**	-.030	-.088**	.010	-.068**	.014	-.127**	.058**	.060**	-.012	.010
19. Années d'études de la mère	-.284**	-.009	.368**	-.017	-.069**	.031	-.101**	.041*	-.126**	.068**	.037	.004	.049*
20. Cohabitation avec les parents	-.093**	.025	-.093**	-.058**	.089**	.030	.017	-.052*	.022	-.019	-.001	.015	-.047*
21. Parents divorcés/séparés	.137**	-.011	.067**	.045*	-.086**	-.032	.010	.025	-.002	.034	-.004	-.013	.030
22. Santé physique	-.066**	-.033	.198**	.057**	-.062**	.163**	-.252**	.150**	-.132**	.137**	.080**	.096**	.251**
23. Cons. d'alcool/ stupéfiants	.030	.037	-.004	.112**	-.080**	.043*	-.045*	.059**	-.054**	.032	-.015	.013	.070**
24. Cons. du tabac	-.112**	.013	.179**	.024	-.084**	-.017	-.015	.076**	-.057**	.036	.013	-.055**	-.010
25. Masse corporelle (IMC)	.090**	-.126**	-.110**	.033	.082**	-.032	.078**	-.035	.024	-.002	-.038	.024	-.069**

**La corrélation est significative au niveau de 0.01 (bilatéral).

*La corrélation est significative au niveau de 0.05 (bilatéral).

Tableau 5 : *Matrice de corrélation (continuation).*

	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.
1. Âge	-.039	.114**	-.032	.132**	-.285**	-.284**	-.093**	.137**	-.066**	.030	-.112**	.090**
2. Genre	.076**	.112**	-.019	-.069**	.024	-.009	.025	-.011	-.033	.037	.013	-.126**
3. Années d'études	.225**	.050*	.173**	.154**	.396**	.368**	-.093**	.067**	.198**	-.004	.179**	-.110**
4. État civil	.026	.132**	.112**	.134**	-.030	-.017	-.058**	.045*	.057**	.112**	.024	.033
5. Fréquence totale d'abus	-.054**	-.136**	-.075**	-.146**	-.088**	-.069**	.089**	-.086**	-.062**	-.080**	-.084**	.082**
6. Maîtrise	.332**	.262**	.280**	.368**	.010	.031	.030	-.032	.163**	.043*	-.017	-.032
7. Contraintes perçues	-.435**	-.368**	-.431**	-.473**	-.068**	-.101**	.017	.010	-.252**	-.045*	-.015	.078**
8. Auto direction/ planification	.353**	.293**	.411**	.350**	.014	.041*	-.052*	.025	.150**	.059**	.076**	-.035
9. Vivre au jour le jour	-.154**	-.059**	-.250**	-.153**	-.127**	-.126**	.022	-.002	-.132**	-.054**	-.057**	.024
10. Prévoyance et anticipation	.261**	.196**	.255**	.287**	.058**	.068**	-.019	.034	.137**	.032	.036	-.002
11. Insight sur le passé	.239**	.122**	.186**	.125**	.060**	.037	-.001	-.004	.080**	-.015	.013	-.038
12. Autonomie	.418**	.366**	.392**	.505**	-.012	.004	.015	-.013	.096**	.013	-.055**	.024
13. Maîtrise d'environnement	.589**	.632**	.638**	.768**	.010	.049*	-.047*	.030	.251**	.070**	-.010	-.069**
14. Développement personnel	1	.582**	.682**	.635**	.107**	.121**	-.051*	.021	.232**	.045*	.032	-.111**
15. Relations positives	.582**	1	.605**	.654**	.017	.027	-.047*	.036	.187**	.115**	.020	-.048*
16. Objectifs de vue	.682**	.605**	1	.687**	.087**	.107**	-.057*	.020	.238**	.074**	.052*	-.076**
17. Acceptation de soi	.635**	.654**	.687**	1	.039	.057**	-.066**	.043*	.237**	.072**	.022	-.075**
18. Années d'études du père	.107**	.017	.087**	.039	1	.599**	.014	-.045*	.133**	-.009	.105**	-.134**
19. Années d'études de la mère	.121**	.027	.107**	.057**	.599**	1	-.022	-.032	.141**	-.020	.107**	-.117**
20. Cohabitation avec les parents	-.051*	-.047*	-.057**	-.066**	.014	-.022	1	-.696**	-.043**	-.056**	-.079**	.044*
21. Parents divorcés/séparés	.021	.036	.020	.043*	-.045*	-.032	-.696**	1	.038	.045*	.075**	-.020
22. Santé physique	.232**	.187**	.238**	.237**	.133**	.141**	-.043	.038	1	.077**	.118**	-.250**
23. Cons. d'alcool/ stupéfiants	.045*	.115**	.074**	.072**	-.009	-.020	-.056**	.045*	.077**	1	.094**	.043*
24. Cons. du tabac	.032	.020	.052*	.022	.105**	.107**	-.079**	.075**	.118**	.094**	1	-.015
25. Masse corporelle (IMC)	-.111**	-.048*	-.076**	-.075**	-.134**	-.117**	.044*	-.020	-.250**	.043*	-.015	1

**La corrélation est significative au niveau de 0.01 (bilatéral).

*La corrélation est significative au niveau de 0.05 (bilatéral).

Six modèles de médiation multiples ont été exécutés dans le but de prédire chacune des dimensions du bien-être psychologique des sujets, en utilisant le coefficient bêta comme statistique qui représente la puissance prédictive de chaque variable. Afin d'effectuer les analyses, un modèle restreint a d'abord été réalisé, dans lequel les effets directs de la fréquence de maltraitance physique et psychologique sont présentés pour prédire chaque dimension du bien-être, sans en tenir compte des variables médiatrices. Ce coefficient est représenté dans les images par l'initiale de c.

Un modèle augmenté a été ensuite réalisé, comprenant l'effet direct de l'abus (identifié par c') et les effets indirects à travers les six médiateurs, ainsi que l'effet composite total à travers l'addition des sept variables. L'objectif est de comparer les effets de la violence dans le modèle restreint par rapport au modèle augmenté, en identifiant les changements possibles dans son action prédictive sur le bien-être psychologique. Dans les deux modèles, les caractéristiques de l'échantillon, les antécédents familiaux et les comportements liés à la santé ont été inclus en tant que covariables, pour ainsi contrôler la variabilité qui est expliquée par ceux-ci.

Les effets simples pour chaque médiateur seront considérés comme significatifs lorsque la probabilité d'erreur est inférieure ou égale à .05 et .01. Toutefois, la présence de six médiateurs dans chaque modèle pourrait entraîner des tailles d'effet irrégulièrement élevées. Par conséquent, le risque de commettre une erreur de type 1 augmente, étant l'hypothèse nulle rejetée lorsqu'elle est vraie. Par conséquent, et afin d'effectuer une analyse plus rigoureuse, la correction de Bonferroni sera incluse comme troisième indicateur de signification. Il s'agit de diviser le point critique de .05 par le nombre de variables médiatrices existant dans le modèle, ce qui donne dans ce cas une valeur critique p. de .0083.

Pour des raisons pratiques, les images suivantes représentant les modèles de médiation seront simplifiées de telle sorte que seuls les coefficients bêta de l'association entre chaque variable d'intérêt seront inclus. Pour plus de détails sur les indices, un tableau pour chaque modèle sera présenté à l'annexe E.

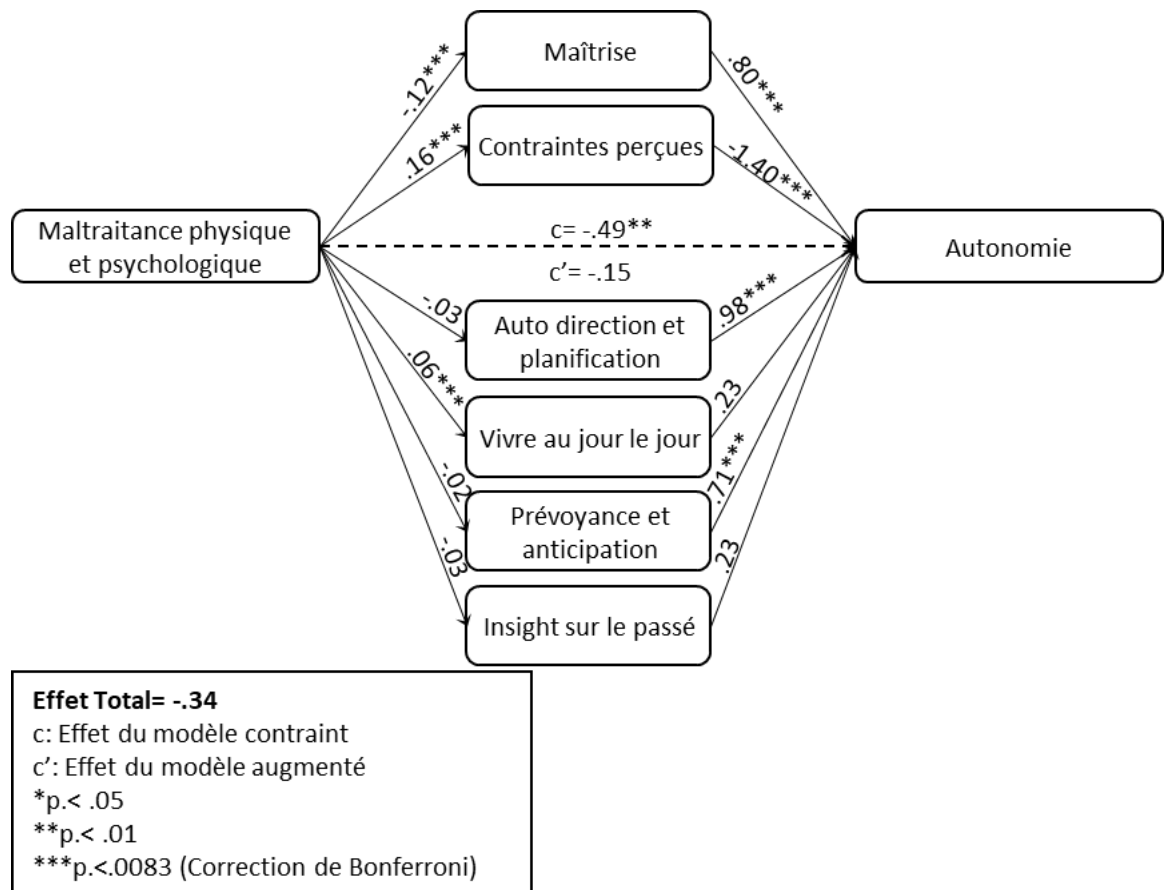


Figure 2 : Modèle de médiation multiple des associations entre la maltraitance sur la dimension d'autonomie.

Le premier modèle de régression a été réalisé pour prédire la dimension de l'autonomie dans le bien-être psychologique des sujets. Lorsque les médiateurs ne sont pas inclus dans le modèle, un effet négatif de la violence physique et psychologique est indiqué, soit que plus la fréquence est élevée, plus la présence de l'autonomie est faible ($\beta = .49$). Cependant, une fois que les médiateurs sont pris en compte, l'effet direct de l'abus perd de son importance.

La signification des effets indirects dans le modèle augmenté sera évaluée à l'aide des intervalles de confiance de 95 % (voir annexe E.) ; si le zéro n'y est pas inclus, il est possible de stipuler que l'effet de la variable indépendante sur la dépendante diffère de cette valeur. Il est donc constaté que la violence prédit l'autonomie de la victime à travers les obstacles qu'elle perçoit ($\beta = -.22$), ayant un impact négatif sur celle-ci. L'effet de l'abus par le biais de la maîtrise personnelle a également été considérable, bien que positif ($\beta = .093$), cependant, son impact est significativement moins important. Bien qu'il existe des associations entre la violence, la capacité de planifier l'avenir et de comprendre le passé et l'autonomie, aucune des voies de médiation n'était significative.

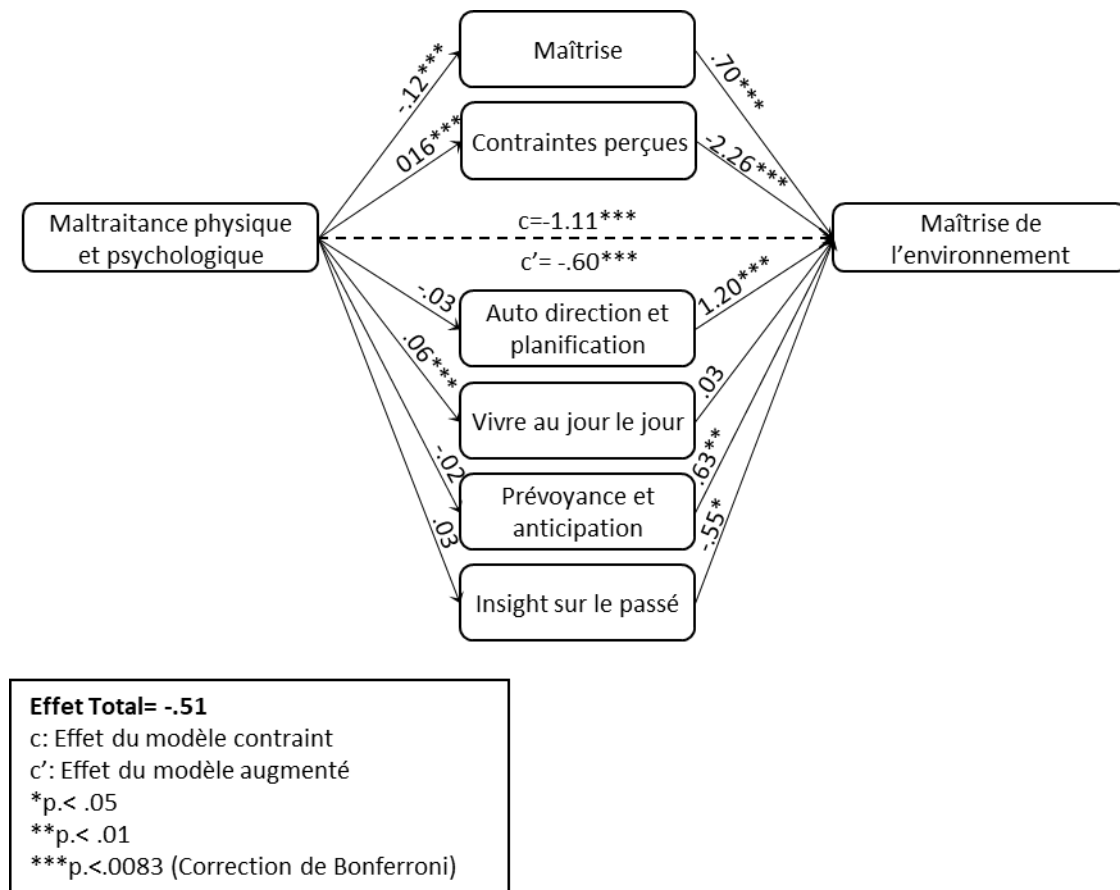


Figure 3: Modèle de médiation multiple des associations entre la maltraitance sur la dimension de maîtrise de l'environnement.

La maîtrise de l'environnement est prédite par la maltraitance dans les modèles réduit et augmenté, puisque le coefficient bêta est significatif dans les deux cas. L'abus est associé de telle manière que sa fréquence est liée à une moindre capacité de maîtrise de l'environnement, cette relation étant plus intense que celle de la violence et de l'autonomie ($\beta = -1.11$). Une légère diminution de la capacité de prédiction des effets directs est notée lorsque les médiateurs sont pris en compte, mais elle reste significative ($\beta = -.60$).

Encore une fois, les effets indirects significatifs de la fréquence de la violence sur la maîtrise de l'environnement ont été identifiés à travers les variables médiatrices liées au sentiment de contrôle. Le coefficient bêta de l'effet par le biais des contraintes perçues était de $-.36$, tandis que celui du domaine personnel était de $-.08$. Ces coefficients ne diffèrent pas significativement en termes d'influence sur la maîtrise de l'environnement. Encore une fois, les effets des variables liées à la capacité de planifier l'avenir et de comprendre le passé n'étaient pas significatifs.

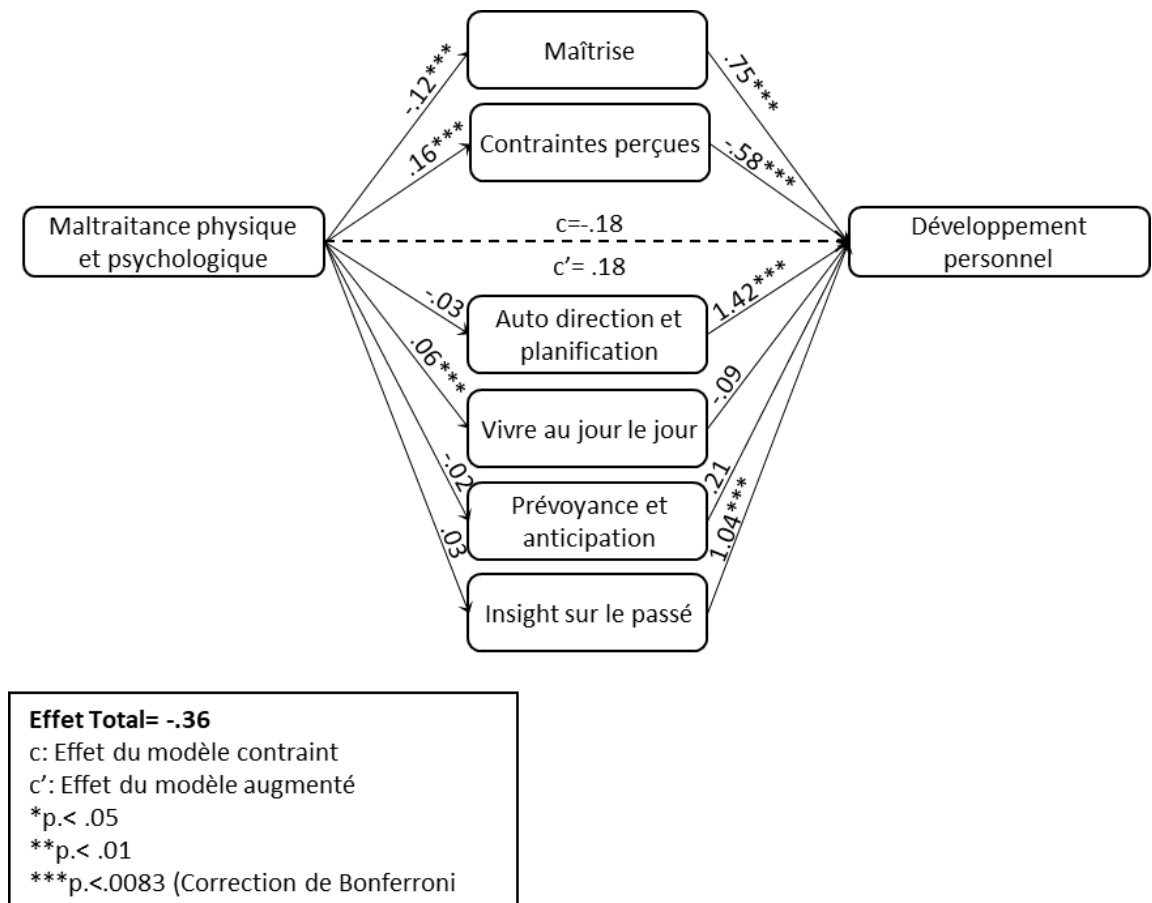


Figure 4: Modèle de médiation multiple des associations entre la maltraitance sur la dimension du développement personnel.

L'effet direct de cette dimension n'est significatif dans aucun des deux modèles, de sorte que la fréquence des maltraitements ne permet pas d'expliquer la variabilité du développement personnel des sujets, ou du moins pas de façon directe. Une fois que les médiateurs sont introduits dans le modèle augmenté, des effets significatifs de la violence sur la croissance personnelle sont observés à travers les contraintes perçues ($\beta = -.25$), où leur action indirecte diminue la capacité de développement personnel. De même, il y a un impact négatif significatif sur la variable dépendante par le biais de la maîtrise personnelle ($\beta = -.0881$). Les deux effets indirects sont liés au sentiment de contrôle et ne se distinguent pas de façon significative en ce qui concerne leur influence sur le développement personnel.

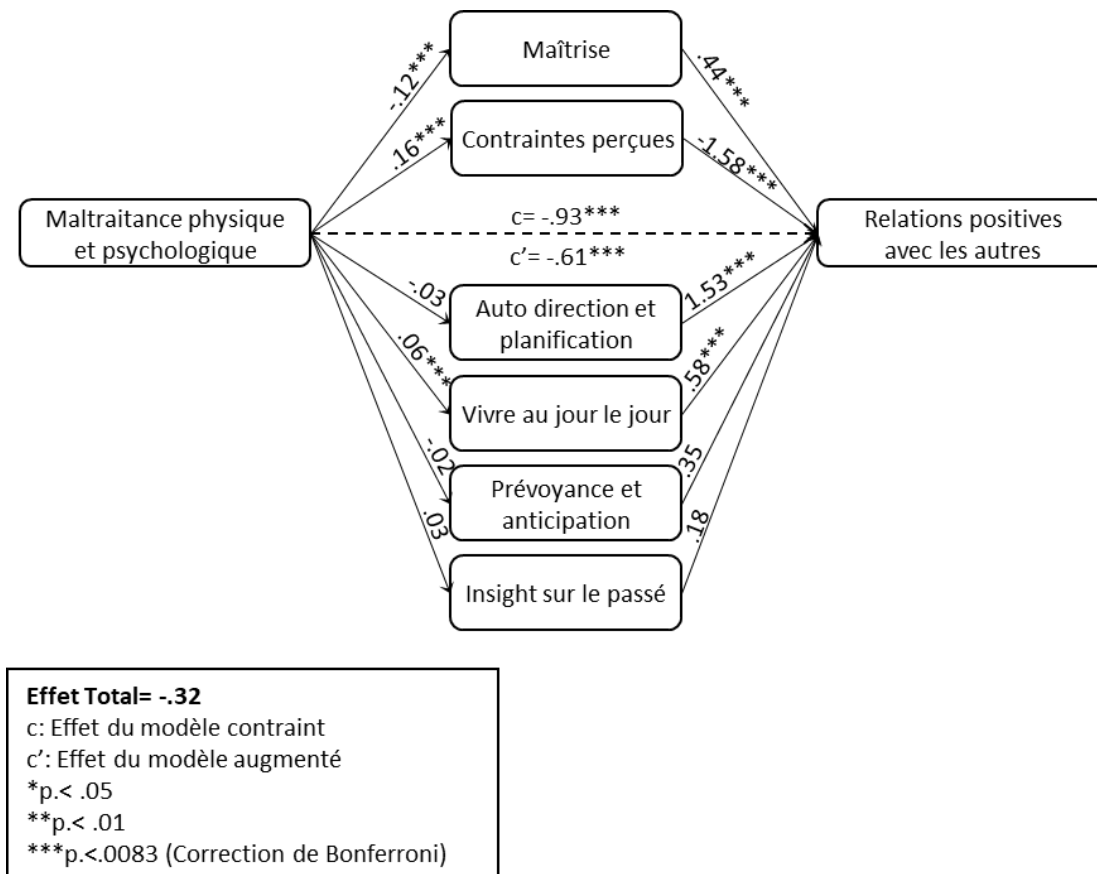


Figure 5 : Modèle de médiation multiple des associations entre la maltraitance sur la dimension des relations positives avec les autres.

En ce qui concerne la relation positive avec les autres, il existe des effets directs de la fréquence de la violence envers les enfants ($\beta = -.93$), qui restent significatifs même après l'inclusion des médiateurs ($\beta = -.61$). Au fur et à mesure que la fréquence de la violence augmente, la capacité de maintenir ce type de relations diminue.

La capacité prédictive de la violence au moyen des contraintes perçues ($\beta = -.25$) était également significative, ainsi que les effets par le biais de la tendance à vivre un au jour le jour ($\beta = .03$), et de la maîtrise ($\beta = -.05$). L'influence de la maltraitance sur les relations est négative lorsqu'elle s'exerce à travers les dimensions du sentiment de contrôle, mais positive lorsqu'elle passe par la tendance à vivre un au jour le jour. Les trois coefficients diffèrent significativement sur le plan statistique.

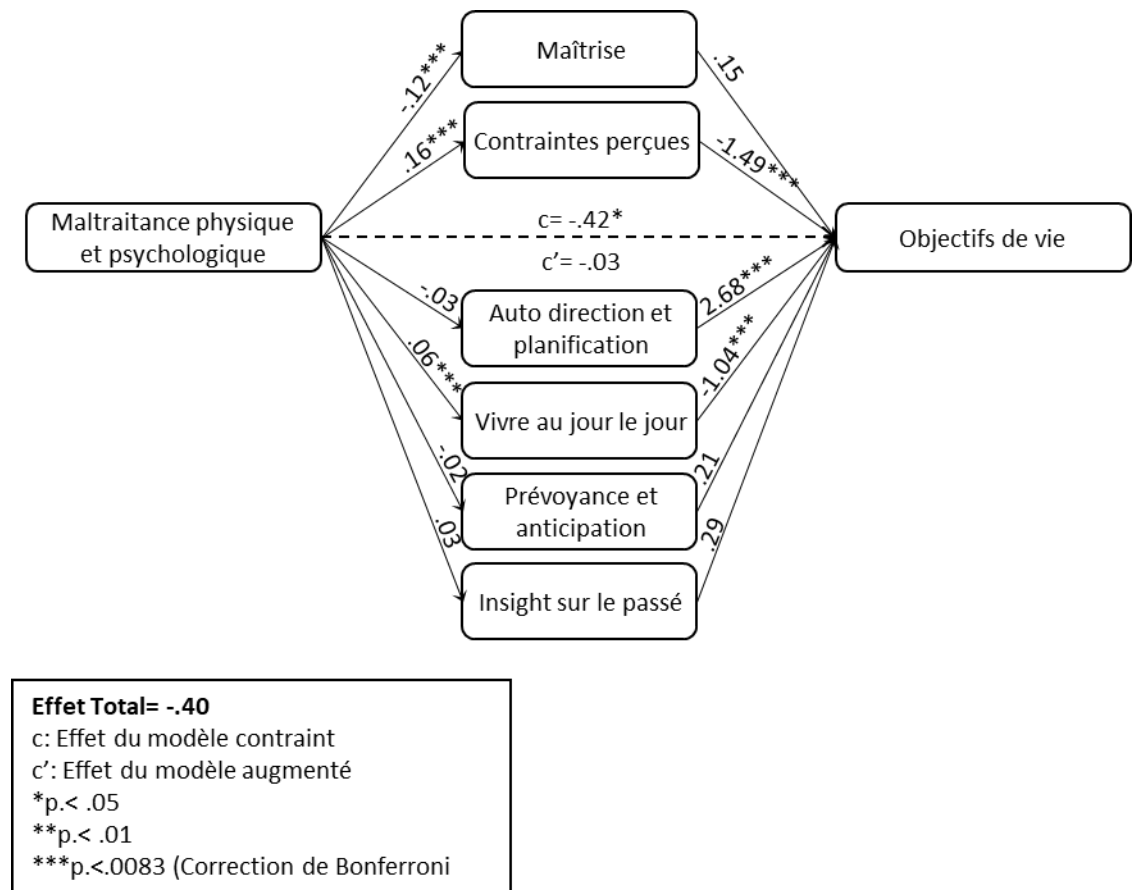


Figure 6 : Modèle de médiation multiple des associations entre la maltraitance sur la dimension d'objectifs de vie.

Lorsque les médiateurs ne sont pas pris en compte, un effet direct et significatif est observé à un niveau de probabilité de .05, où la violence physique et psychologique prédit les objectifs de vie des participants. En d'autres termes, plus la fréquence de la violence est élevée, moins la victime est en mesure d'établir des objectifs de vie. Cependant, dans le modèle augmenté, la violence perd son effet direct sur son pouvoir explicatif.

Les médiateurs expliquent une partie de la variabilité des objectifs de vie des participants, de telle sorte que la violence maintient un effet négatif sur cette variable au moyen des contraintes perçues ($\beta = -.23$) et de la tendance à vivre au jour le jour ($\beta = -.06$). Les effets diffèrent significativement, de sorte que les conditions perçues sont considérablement plus importantes pour la prédiction de la variable dépendante. Dans le cas de cette dimension du bien-être psychologique, il y a un facteur de sentiment de contrôle et un facteur de planification de l'avenir et de compréhension du passé qui expliquent en partie la variabilité des objectifs de vie.

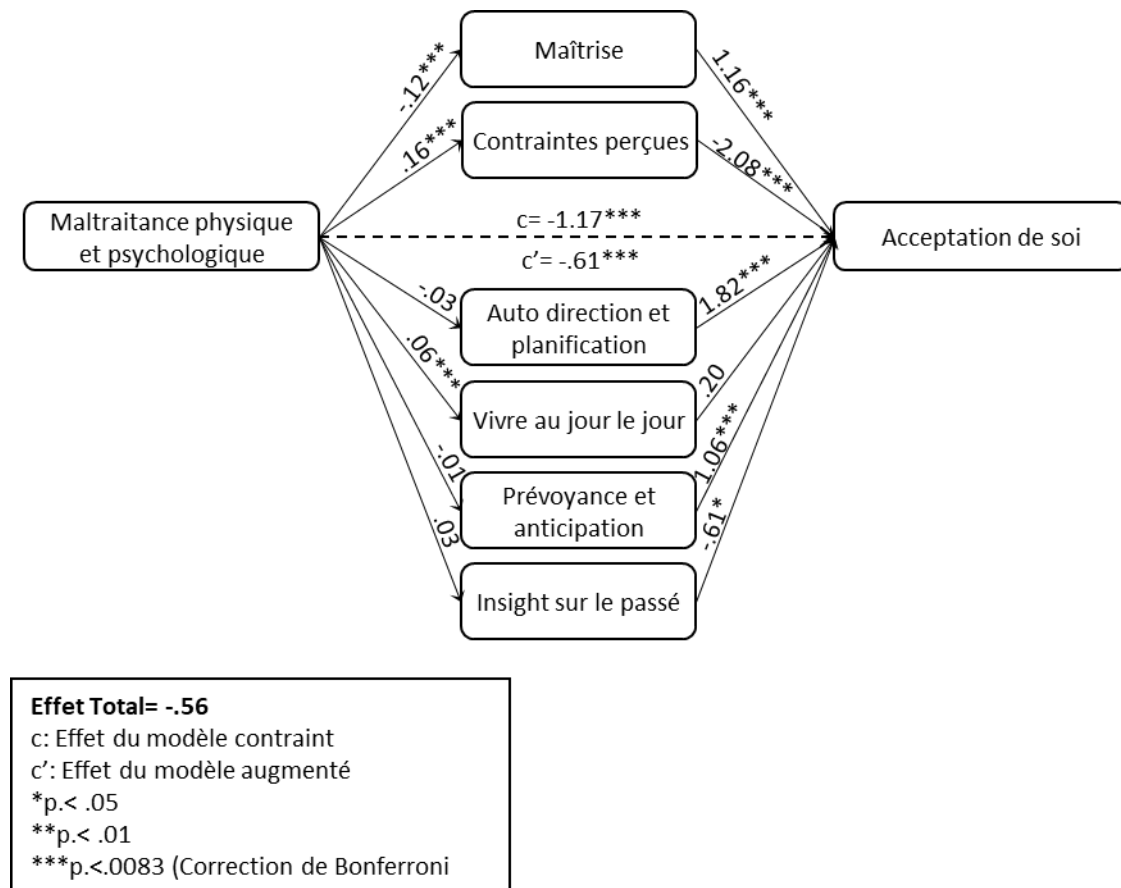


Figure 7 : Modèle de médiation multiple des associations entre la maltraitance sur la d'acceptation de soi.

Les expériences de violence physique et psychologique ont un effet négatif sur l'acceptation de soi ($\beta = -1.17$), même en tenant compte des variables médiatrices du modèle ($\beta = -.61$). Ainsi, l'augmentation de la fréquence de la violence réduit considérablement l'acceptation de la victime envers elle-même.

En ce qui concerne les effets indirects, des coefficients significatifs sont observés dans les voies de médiation liées au sentiment de contrôle. Concrètement, il y a un effet négatif dans l'abus perpétré par les parents sur l'acceptation de soi des participants, du fait que cela agit sur la perception des contraintes ($\beta = -.33$) et des croyances en leur maîtrise personnelle. L'effet indirect par le biais des contraintes perçues était beaucoup plus important que l'effet par la maîtrise personnelle. Les médiateurs liés à la capacité de planifier l'avenir et de comprendre le passé ne possèdent pas de pouvoir explicatif qui soit significatif pour l'acceptation de la personne envers elle-même.

Discussion des résultats

L'objectif de la présente étude était de déterminer l'effet de la violence physique et psychologique perpétrée par les parents durant l'enfance sur le bien-être psychologique de 2371 participants à l'étude MIDUS, en se basant sur le sentiment de contrôle et sur la capacité à planifier l'avenir et comprendre le passé comme variables qui interviennent dans ces relations.

L'un des premiers phénomènes notables est la fréquence des expériences d'abus de la part des participants. Entre 50% et 61.2% des sujets ont déclaré avoir été maltraités, même si ces actions ne se produisaient que rarement. Ces résultats sont supérieurs à ceux estimés par Stoltenborgh et al. (2015) dont la prévalence de la violence physique est estimée à 24.04 %, tandis que la violence psychologique est estimée à 29.2 % pour l'Amérique du Nord. Cela est peut-être lié à la difficulté de détecter l'existence de mauvais traitements au sein du noyau familial (Butchart et al., 2006).

Le pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir été parfois ou souvent victimes de violence ne se situe qu'entre 4,8 % et 19,6 % pour cette étude, en diminuant considérablement à mesure que la fréquence des abus augmente, ce qui peut être dû à la différence entre les châtiments corporels considérés dans le monde entier comme des mesures disciplinaires et ceux qui sont plus sévères (Butchart et al., 2006; Forehand & McKinney, 1993). Il est possible que le recours éventuel aux punitions corporelles soit mieux accepté par la société, alors qu'il devient moins tolérable à mesure que sa fréquence augmente, de sorte que le nombre de parents qui y recourent comme moyen de discipline privilégié serait très faible. Une utilisation consistante de la maltraitance pourrait être liée à d'autres facteurs de risque présents chez l'enfant, les parents, le noyau familial et même dans la communauté dans laquelle ils se trouvent (Butchart et al., 2006).

Une fois la fréquence de la violence physique et psychologique décrite dans cet échantillon, les conséquences des maltraitements sur les six dimensions du bien-être psychologique seront examinées. À cette fin, les effets indirects seront pris en compte par la voie de médiateurs des sentiments de contrôle et de la capacité à planifier l'avenir et comprendre le passé.

Les victimes d'abus ont plus de difficulté à développer un sentiment de contrôle adéquat, ce qui est conforme aux hypothèses de Bowlby (1980) et expliqué en profondeur

par Briere (2002), qui indiquent que les expériences de maltraitance génèrent une réaction de stress conditionnée chez la personne qui se généralise dans divers environnements, ce qui la pousse à évaluer négativement une grande série de stimuli de son environnement. En d'autres termes, cette réponse conduit à une plus grande perception des contraintes, un médiateur qui explique la plupart des conséquences de la violence sur le bien-être psychologique et qui est conforme aux conclusions antérieures d'autres auteurs (Irving & Ferraro, 2006; Lyu & Agrigoroaei, 2017; Shaw & Krause, 2002).

La réponse émotionnelle associée aux stimuli qui sont interprétés comme contrariants serait difficile à gérer pour l'enfant, qui serait rapidement débordé. Étant donné que cette réponse est généralisée à d'autres situations, la personne n'est pas en mesure d'élaborer des stratégies appropriées de régulation de ses propres émotions. Cela se traduit par des réactions comportementales dysfonctionnelles et, par conséquent, par une faible maîtrise personnelle (Briere, 2002). L'influence de la violence sur les deux dimensions du sentiment de contrôle est conforme aux précédentes études, selon lesquelles cet effet est encore plus négatif lorsque les abus sont commis par des membres de la famille (Irving & Ferraro, 2006; Shaw & Krause, 2002).

L'autonomie d'une personne maltraitée physiquement ou psychologiquement par ses parents serait affectée. Le manque de capacité à réguler leur propre comportement, en plus de la tendance à interpréter l'environnement comme hostile, augmenterait la dépendance de la victime envers les autres, car il se sentiraient alors intimidé par leur jugement (Ryff, 1989). La théorie de l'attachement de (Bowlby, 1980, 1982) pourrait s'ajouter à cette explication, puisque l'expérience de violence de la part des parents à un jeune âge pourrait générer chez l'enfant le développement d'un attachement insécurisé ou désorganisé (Baer & Martinez, 2006) dont le besoin de confort serait exacerbé. La faible autonomie représente également une difficulté pour le développement de la résilience (Polk, 1997).

Le sentiment de contrôle a aussi une grande importance sur la maîtrise de l'environnement, puisqu'il permet à la personne d'être mieux préparée aux événements imprévus. Cependant, si ce sentiment est faible en raison de la violence physique ou psychologique, la personne pourrait être moins capable de s'adapter, ce qui, en retour, renforcera la croyance négative quant à sa capacité d'affronter des situations difficiles (Ross & Mirowsky, 1989). Cependant, les résultats suggèrent que la violence demeure

une variable capable d'affecter la maîtrise de l'environnement, quel que soit le degré de contrôle que la personne ressent.

Les expériences de violence de la part des parents ne permettent pas de prédire directement le développement personnel de la personne. Cela ne s'explique que par les deux composantes du sentiment de contrôle. Il est possible que les personnes qui sont victimes de violence physique ou psychologique, et dont cette violence a eu une incidence sur leur sentiment de contrôle, aient une vision fataliste de leur avenir. Ross et Mirowsky (1989) proposent que ce sentiment affecte la motivation du sujet, pouvant influencer son ouverture à de nouvelles expériences qui pourraient être enrichissantes. Si la personne ne se sent pas capable de contrôler son propre comportement et faire face à des difficultés, elle ne sera pas intéressée à chercher des situations qui représentent un défi, ni à apprécier ses améliorations. Ce fait expliquerait la relation entre le sentiment de contrôle et le développement personnel.

Comme le souligne Briere (2002), il est possible que la maltraitance à un jeune âge génère chez l'enfant des représentations négatives, non seulement de lui-même, mais de l'autre, le considérant comme menaçant ou indisponible. Cela expliquerait l'importance de l'effet direct de la maltraitance sur la dimension des relations positives avec les autres, même si les médiateurs sont pris en compte. Un adulte qui a été victime de violence, en particulier de la part de ses figures soignantes primaires, pourrait alors présenter des difficultés pour établir des relations de soutien, une explication qui est encore une fois adaptée à la théorie de Bowlby (1982) et Baer et Martinez (2006) sur l'attachement. Les résultats concordent avec ceux de Shaw et Krause (2002) qui ont observé que l'exposition à la violence physique est associée à une diminution du soutien affectif de la famille et des amis, ainsi qu'à des interactions négatives plus fréquentes. Cela est d'autant plus important en considérant que le sentiment d'appartenance favorise le bien-être psychologique des victimes de violence (Greenfield & Marks, 2010).

Une partie de la variabilité des relations avec les autres s'explique par la fréquence de la violence par la voie du sentiment de contrôle. En général, les personnes ayant un faible sentiment de contrôle (comme c'est souvent le cas des personnes maltraitées par leurs parents) ont tendance à percevoir l'environnement comme défavorable et sont souvent impliquées dans des expériences négatives qui renforcent leur sentiment d'impuissance (Ross & Mirowsky, 1989), ce qui implique également une augmentation plus importante des interactions sociales dysfonctionnelles et non gratifiantes. De même,

la maîtrise de soi est affectée, de sorte que l'individu peut présenter le sentiment que ses actions n'ont aucun effet sur les autres, et donc se sentir incapable de s'engager dans des relations intimes, comme le suggèrent Pitzer et Fingerman (2010) en mentionnant la forte corrélation entre contrôle personnel et soutien émotionnel perçu.

En ajoutant ces résultats à ceux obtenus par Irving et Ferraro (2006); (Lyu & Agrigoroaei, 2017); Shaw et Krause (2002), il est possible de décrire une relation circulaire entre les interactions sociales des victimes et leur bien-être psychologique. Comme la capacité d'établir des relations positives est affectée, ces personnes peuvent obtenir peu de soutien de la part de leurs amis et des membres de leur famille, ainsi qu'une fréquence élevée d'interactions négatives. Ce déficit social augmenterait la vulnérabilité aux symptômes dépressifs, ce qui pourrait rendre plus difficile le maintien de relations positives, car ce trouble s'accompagne généralement d'un faible sentiment de contrôle et d'isolement. Le faible bien-être résultant de ces symptômes peut également renforcer la perception de l'environnement social avec une connotation négative.

Il convient de noter que la tendance à vivre au jour le jour est un autre médiateur par lequel la violence est capable de prédire les relations avec les autres. Comme cette tendance est une dimension de la capacité de planifier l'avenir et de comprendre le passé, les résultats seraient conformes à ceux proposés par Prenda et Lachman (2001) quant à ce que cette capacité mène à une plus grande satisfaction avec la vie, en ce qui concerne les relations avec autrui. Cependant, la dimension de vivre au jour le jour est en corrélation négative avec le reste de l'échelle, car elle représente l'accent mis par la personne sur le moment présent. De cette façon, il est possible de soutenir que le fait d'ignorer sélectivement les expériences de violence, plutôt que d'essayer de les comprendre ou de planifier l'avenir, permettrait à la victime d'établir plus facilement des relations de soutien avec tous ses proches.

La violence physique et psychologique perd également son pouvoir prédictif sur les objectifs de vie de la personne, une fois les contraintes perçues prises en compte. Cela signifie que la perception des difficultés environnementales est exacerbée dans ce type de population, à tel point que ces derniers sont moins en mesure de se fixer des objectifs pour leur propre vie qui lui donnent un sens et une direction, ce qui pourrait avoir un impact important sur leur bien-être psychologique.

Les résultats sont en accord avec diverses recherches sur le sujet, dont le sentiment de contrôle est présenté comme une variable qui explique le bien-être psychologique des victimes. (Ross & Mirowsky, 1989; Shaw & Krause, 2002), ainsi que leur capacité de planifier leur avenir (Prenda & Lachman, 2001; Ward, 2010). Cependant, la maîtrise personnelle ne semble pas avoir de pouvoir explicatif sur cette variable, de sorte qu'il est possible que les personnes victimes de violence aient moins tendance à se fixer des objectifs de vie, indépendamment de leur capacité à réguler leur propre comportement.

Une autre façon dont la violence a eu un effet sur les objectifs de la vie est la tendance à vivre au jour le jour. Comme hypothèse, il est probable que les personnes qui ont vécu ces expériences de la part de leurs parents auront tendance à se concentrer sur leurs activités quotidiennes afin de détourner leur attention des expériences déplaisantes de leur enfance. L'avenir pourrait être également décourageant pour cette population, en raison de sa vulnérabilité face aux contraintes futures, ce qui pourrait amener à la victime à ne plus vouloir s'orienter dans son propre comportement à long terme. Selon cette théorie, ces sujets pourraient alors présenter une moindre satisfaction par rapport à leur propre vie, puisqu'il y aurait moins d'efforts pour lui en attribuer du sens (Prenda & Lachman, 2001).

La dimension du bien-être psychologique qui a été la plus touchée par la violence physique et psychologique est l'acceptation de soi. Dans ce cas, la violence prédit directement les attitudes envers soi-même et l'acceptation de ses caractéristiques positives et négatives, même en tenant compte de variables médiatrices. Après avoir examiné les propositions de Briere (2002), il est probable qu'un enfant qui est maltraité par ses principales figures soignants peut se percevoir comme inadéquat, formant un schéma qui devient difficile à modifier et qui risque de se maintenir à l'âge adulte.

De même, les effets indirects de la violence sur l'acceptation de soi ont été identifiés par la perception des contraintes et la maîtrise personnelle, les deux dimensions du sens du contrôle. Ainsi, les victimes de violence physique et psychologique peuvent se sentir incapables de modifier leur comportement pour obtenir le résultat souhaité, tout comme elles ont tendance à se percevoir plus limitées par les conditions de la situation dans laquelle elles se trouvent. Ce sentiment d'avoir une influence faible ou nulle sur eux-mêmes et sur les conditions de leur environnement pourrait les conduire à une évaluation négative de leurs propres capacités et donc à une plus grande difficulté à identifier adéquatement leurs forces et faiblesses (Prenda & Lachman, 2001).

V. Conclusions

Après avoir recueilli, analysé et discuté toutes les données nécessaires pour répondre à la question de recherche, il est possible de conclure que les expériences de violence physique et psychologique perpétrées par les parents ont un impact négatif sur le bien-être psychologique des participants au MIDUS à l'âge adulte. L'action de la violence sur les dimensions du bien-être peut être donnée de manière directe, néanmoins, une partie de l'explication de son influence passe par des effets indirects au moyen du sentiment de contrôle de la victime et de sa tendance à vivre au jour le jour.

La réponse émotionnelle des victimes d'abus, surtout de la part de leurs principaux fournisseurs de soins, est généralisée à d'autres types de situations, ce qui les amène à identifier un grand nombre de contraintes. La plupart des situations sont perçues comme menaçantes, elles se perçoivent comme inaptes à réguler leur propre comportement et à y faire face. Il s'agit du profil d'une personne ayant un faible sentiment de contrôle, ce qui a des répercussions sur son bien-être psychologique à long terme. La perception des contraintes conduit également à ce que les maltraités aient un faible sens de l'orientation et de la recherche d'un but et d'un sens pour leur propre vie, indépendamment de leur capacité à gérer leur propre comportement pour atteindre ces objectifs.

Parmi les conséquences possibles d'un faible sentiment de contrôle causé par les expériences de violence, il faut mentionner un niveau élevé de dépendance, une grande vulnérabilité aux événements externes et une faible motivation à rechercher de nouvelles expériences enrichissantes et satisfaisantes. Cela peut entraîner des difficultés à établir des relations intimes et de soutien avec les autres, ainsi qu'une faible acceptation de soi en raison d'une évaluation inadéquate de leurs forces et faiblesses.

La capacité à planifier l'avenir et comprendre le passé a peu de pouvoir prédictif pour expliquer l'effet de la violence sur le bien-être. Cela signifie que les personnes maltraitées durant leur enfance subissent des conséquences sur leur bien-être psychologique à l'âge adulte, peu importe la façon ou conçoivent ces expériences ou dont elles envisagent l'avenir. En fait, les victimes ont une plus grande tendance à vivre au jour le jour, concentrées principalement sur le moment présent, ce qui leur permet dans une certaine mesure de compenser leur faible sentiment de contrôle, spécialement lorsqu'elles interagissent avec les autres, ce qui facilite l'établissement de relations positives.

Cependant, la tendance à ne pas s'inquiéter de l'avenir les rend vulnérables aux événements défavorables qui peuvent survenir au cours de leur vie.

L'impact de la maltraitance sur leur propre régulation comportementale et une perception inadéquate de l'environnement pourrait expliquer le fait que les personnes maltraitées présentent un taux plus élevé de comportements intériorisés et extériorisés (Kisely et al., 2018; Mills et al., 2013). Elles reflètent un faible contrôle de leurs émotions et une dépendance marquée envers autrui, c'est-à-dire un attachement peu sécurisé. Cela, combiné au jugement inapproprié d'elles-mêmes, expliquerait aussi pourquoi cette population est plus vulnérable à présenter des symptômes d'anxiété et dépressifs.

La tendance de la personne maltraitée à se concentrer sur le présent peut mener à un mode de vie de satisfaction immédiate, sans tenir compte des conséquences possibles à long terme. Son bien-être physique risque de se détériorer en raison de comportements alimentaires inappropriés, de la consommation de substances, des pratiques sexuelles à risque et d'autres comportements nuisibles à sa santé (Felitti et al., 1998). C'est pourquoi la compréhension des mécanismes qui sont affectés face à l'expérience de la violence pendant l'enfance est d'une importance capitale pour prévenir ces comportements et promouvoir des actions qui favorisent la santé physique et mentale des victimes.

La résilience a été définie dès le départ comme la capacité de faire face à des situations difficiles à contrôler, comme le vécu de violence physique et psychologique durant l'enfance. Cependant, les victimes démontrent une faible capacité d'apprendre de ces expériences et de modifier leur comportement afin de réduire les risques pour leur propre bien-être dans le futur, en raison de l'action nuisible de la maltraitance sur le sentiment de contrôle et son influence sur la tendance à ignorer les moments passés ou futurs.

C'est pour cette raison qu'une intervention directe visant à améliorer ce sentiment devrait être une priorité dans les populations maltraitées, réduisant ainsi l'impact sur la santé physique et mentale et fournissant aux personnes les outils qui leur permettent de prendre le contrôle de leur propre vie, de lui attribuer un sens et un but, même en dépit des expériences défavorables qui se sont produites dans le passé.

Limitations et recommandations

Bien que cette recherche soit de caractère longitudinal, il n'est pas possible de garantir la causalité entre les expériences de violence physique et psychologique vécues dans l'enfance des participants, leur sentiment de contrôle et leur tendance à vivre au jour le jour et leur bien-être psychologique à l'âge adulte. Étant donné que l'étude est de nature non expérimentale et que l'information de la variable indépendante doit donc être recueillie au moyen d'instruments de mesure, il est possible que les données soient modifiées par les effets de la mémoire des sujets.

Comme plusieurs auteurs de l'étude MIDUS l'ont mentionné, il peut y avoir un biais dans la récupération de l'information, surtout quand les sujets doivent se remémorer des expériences de violence, qui sont souvent accompagnées de réponses émotionnelles négatives. En raison des émotions évoquées, la personne peut répondre aux instruments sous une évaluation subjective, ce qui peut l'amener à exagérer ou à réduire la fréquence de la violence vécue, ainsi qu'à répondre de manière biaisée aux questions correspondant à son bien-être, son sentiment de contrôle ou sa capacité à planifier l'avenir et comprendre le passé.

Il est important de mentionner l'importance d'une interprétation prudente des données sur le bien-être psychologique, car les instruments utilisés pour le mesurer ont une fiabilité relativement faible. La prise en compte de la santé mentale en fonction du niveau de bien-être de l'individu, plutôt que d'être guidée par la présence d'une pathologie, a conduit à en faire la variable dépendante d'intérêt principal, une conceptualisation qui semble plus en ligne avec les objectifs premiers de l'étude MIDUS. Toutefois, l'utilisation de ces indices peut entraîner des difficultés statistiques, telles que leur forte corrélation avec les variables considérées comme médiatrices. Il est donc recommandé d'utiliser d'autres échelles qui permettent d'étudier le bien-être mental des répondants.

En dernier lieu, malgré la grande taille de l'échantillon utilisé pour la recherche et le fait que la violence envers les enfants semble être un phénomène universel, ces résultats ne peuvent être extrapolés à des populations non américaines. Il est possible qu'en raison des différences culturelles, les mécanismes impliqués dans la relation entre la maltraitance et le bien-être puissent différer selon les caractéristiques particulières de la population à étudier.

Références Bibliographiques

- Allen, B. (2008). An analysis of the impact of diverse forms of childhood psychological maltreatment on emotional adjustment in early adulthood. *Child Maltreatment*, 13(3), 307-312. doi:10.1177/1077559508318394
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping.
- Baer, J. C., & Martinez, C. D. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: a meta-analysis. *Journal of reproductive infant psychology*, 24(3), 187-197. doi:10.1080/02646830600821231
- Barnard, C. P. (1994). Resiliency: A shift in our perception. *The american journal of family therapy*, 22(2), 135-144. doi:10.1080/01926189408251307
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss* (Vol. 3). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss* (Second Edition ed. Vol. 1). USA: Basic Books.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood. In *The APSAC handbook on child maltreatment, 2nd Edition* (Vol. 175). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Butchart, A., Harvey, A., Mian, M., & Furniss, T. (2006). Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. . In. Geneva: World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell, O., & Hansson, K. (1994). Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 244(1), 1-11. doi:10.1086/652786
- Clausen, J. S. (1991). Adolescent competence and the shaping of the life course. *American journal of sociology*, 96(4), 805-842. doi:77.144.232.23
- Crosnoe, R., & Elder, G. H. (2004). From childhood to the later years: Pathways of human development. *Research on Aging*, 26(6), 623-654. doi:10.1177/0164027504268491
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Forehand, R., & McKinney, B. (1993). Historical overview of child discipline in the United States: Implications for mental health clinicians and researchers. *Journal of Child Family Studies*, 2(3), 221-228. doi:1062-1024/93/0900-0221507.00

- Greenfield, E. A., & Marks, N. F. (2010). Sense of Community as a Protective Factor against Long-Term Psychological Effects of Childhood Violence. *Social service review*, 84(1), 129-147. doi:10.1086/652786
- Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (2007). Constructionist perspectives on the life course. *Sociology Compass*, 1(1), 335-352. doi:10.1111/j.1751-9020.2007.00004.x
- Irving, S. M., & Ferraro, K. F. (2006). Reports of abusive experiences during childhood and adult health ratings: personal control as a pathway? *Journal of aging and health*, 18(3), 458-485. doi:10.1177/0898264305280994
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2000). *Foundations of Behavioral Research*: Harcourt College Publishers.
- Kisely, S., Abajobir, A. A., Mills, R., Strathearn, L., Clavarino, A., & Najman, J. M. J. T. B. J. o. P. (2018). Child maltreatment and mental health problems in adulthood: birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 698-703. doi:10.1192/bjp.2018.207
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088. doi:doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0
- Lachman, M. E., & Weaver, S. L. (1998). Sociodemographic variations in the sense of control by domain: Findings from the MacArthur studies of midlife. *Psychology and aging*, 13(4), 553. doi:0882-7974/98/S3.00
- Lyu, J., & Agrigoroaei, S. (2017). Childhood misfortune and adult health in a national study: The mediational role of the quality of social relations. *The international journal of aging and human development*, 84(3), 213-230. doi:10.1177/0091415016669147
- Masten, A. S., Burt, K. B., Roisman, G. I., Obradovic, J., Long, J. D., & Tellegen, A. (2004). Resources and resilience in the transition to adulthood: Continuity and change. *Development and Psychopathology*, 16(4), 1071-1094. doi:10.1017/S0954579404040143
- Mills, R., Scott, J., Alati, R., O'Callaghan, M., Najman, J. M., & Strathearn, L. (2013). Child maltreatment and adolescent mental health problems in a large birth cohort. *Child abuse & neglect*, 37(5), 292-302. doi:10.1016/j.chiabu.2012.11.008.
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169(2), 141-151. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11020335
- Nelson, J., Klumparendt, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 96-104. doi: 10.1192/bjp.bp.115.180752
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect:

- a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349
- Pearlin, L., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health social behavior*, 2-21. doi:10.2307/2136319
- Pitzer, L. M., & Fingerman, K. L. (2010). Psychosocial resources and associations between childhood physical abuse and adult well-being. *The Journals of Gerontology: Series B*, 65(4), 425-433. doi:10.1093/geronb/gbq031.
- Ployhart, R. E., & Vandenberg, R. J. (2010). Longitudinal research: The theory, design, and analysis of change. *Journal of management*, 36(1), 94-120. doi:10.1177/0149206309352110
- Polk, L. V. (1997). Toward a middle-range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 1-13.
- Prenda, K. M., & Lachman, M. E. (2001). Planning for the future: a life management strategy for increasing control and life satisfaction in adulthood. *Psychology and aging*, 16(2), 206. doi:10.1037//0882-7974.16.2.206
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (1989). Explaining the social patterns of depression: Control and problem solving--or support and talking? *Journal of health social behavior*, 206-219.
- Ross, C. E., Mirowsky, J., & Goldsteen, K. (1990). The Impact of the Family on Health: The Decade in Review. *Journal of Marriage and Family*, 52(4), 1059-1078. doi:10.2307/353319
- Ruck, M. D., Keating, D. P., Saewyc, E. M., Earls, F., & Ben-Arieh, A. (2016). The United Nations Convention on the Rights of the Child: Its Relevance for Adolescents. 26(1), 16-29. doi:10.1111/jora.12172
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology* 57(6), 1069.
- Saleebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. *Social work*, 41(3), 296-305. doi:10.1093/sw/41.3.296
- Shaw, B. A., & Krause, N. (2002). Exposure to Physical Violence During Childhood, Aging, and Health. *Journal of aging and health*, 14(4), 467-494. doi:10.1177/089826402237179
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., . . . Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression violent behavior*, 14(1), 13-29. doi:10.1016/j.avb.2006.03.006

- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. doi:10.1002/car.2353
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41(1), 75-88. doi:10.2307/351733
- Strauss, J. R. (2011). The reciprocal relationship between menopausal symptoms and depressive symptoms: a 9-year longitudinal study of American women in midlife. *Maturitas*, 70(3), 302-306. doi:10.1016/j.maturitas.2011.08.002
- Thouin, M. (2017). L'épistémologie et la recherche en didactique : Les visées des sciences et les modèles. *Revue canadienne des jeunes chercheuses et chercheurs en éducation*, 8(1).
- U. N. General Assembly. (1989). *Convention on the Rights of the Child*. <http://www.hrweb.org/legal/child.html>
- University of Wisconsin. (2011). Midlife in the United States, A National Longitudinal Study of Health and Well-Being. Retrieved from <http://midus.wisc.edu/data/timeline.php>
- Van Breda, A. D. (2001). Resilience theory: A literature review. *Pretoria, South Africa: South African Military Health Service.*, 1-320.
- Ward, R. A. (2010). How old am I? Perceived age in middle and later life. *The international journal of aging and human development*, 71(3), 167-184. doi:10.2190/AG.71.3.a
- Wenzlaff, R. M., Wegner, D. M., & Klein, S. B. (1991). The role of thought suppression in the bonding of thought and mood. *Journal of Personality Social Psychology*, 60(4), 500.
- World Health Organization. (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva (No. WHO/HSC/PVI/99.1)*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65900>:

ANNEXE A :

Item de l'inventaire des tactiques de conflit

Pendant votre enfance, à quelle fréquence votre père/mère/frère/sœur/autre faisait l'une de ces actions :

Liste A:

- Vous insultait ou jurait contre vous.
- Boudait ou refusait de vous diriger la parole.
- Piétinait en sortant de la pièce.
- Faisait ou disait quelque chose pour vous déprimer.
- Menaçait de vous frapper.
- Cassait quelque chose ou leur donnait des coups de pieds dans la colère.

Liste B

- Vous poussait, ou vous saisisait.
- Vous giflait.
- Vous jetait des objets.

Liste C:

- Vous donnait des coups de pieds, vous mordait, ou vous frappait avec le poing.
- Essayait de vous frapper ou vous frappait avec des objets.
- Vous battait.
- Vous étranglait.
- Vous brûlait ou ébouillantait.

ANNEXE B :

Item de l'échelle du bien-être psychologique

Autonomie :

- J'ai tendance à être influencé par des gens qui ont des opinions bien ancrées.
- J'ai confiance en mes propres opinions, même si elles sont différentes de ce que pensent la plupart des autres personnes (item renversé).
- Je me juge par ce que je pense être important, pas par les valeurs de ce que les autres pensent être important (item inversé).

Maîtrise de l'environnement :

- Les exigences de la vie quotidienne me dépriment souvent.
- En général, je me sens responsable de la situation dans laquelle je vis (item renversé).
- Je suis bon pour gérer les responsabilités de la vie quotidienne (item renversé).

Développent personnel:

- Pour moi, la vie a été un processus continu d'apprentissage, de changement et de croissance (item renversé).
- Je pense qu'il est important d'avoir de nouvelles expériences qui remettent en question mon opinion sur moi-même et sur le monde (item renversé).
- J'ai arrêté d'essayer d'apporter des améliorations ou des changements dans ma vie il y a longtemps.

Relations positives avec les autres :

- Maintenir des relations étroites a été difficile et frustrant pour moi.
- Les gens me décriraient comme une personne généreuse, prête à partager mon temps avec les autres (item renversé).
- Je n'ai pas connu beaucoup de relations chaleureuses et de confiance avec les autres.

Objectifs de vie

- Certaines personnes errent sans but dans la vie, mais je ne suis pas l'une d'elles (item renversé).
- Je vis la vie un jour à la fois et ne pense pas vraiment à l'avenir.
- J'ai parfois l'impression d'avoir fait tout ce qui est à faire dans la vie

Acceptation de soi :

- J'aime la plupart des aspects de ma personnalité (item renversé).
- Quand je regarde l'histoire de ma vie, je suis satisfait de la façon dont les choses se sont passées jusqu'à présent (item renversé).
- A bien des égards, je suis déçu par mes réalisations dans la vie.

ANNEXE C:

Item de l'échelle du sentiment de contrôle

Maîtrise

- Je peux faire à peu près tout ce que j'ai vraiment décidé de faire.
- Quand je veux vraiment faire quelque chose; je trouve généralement un moyen d'y parvenir.
- Que je sois capable ou non d'obtenir ce que je veux est entre mes propres mains.
- Ce qui m'arrivera dans l'avenir dépend surtout de moi.

Contraintes perçues

- Il n'y a pas grand-chose que je puisse faire pour changer les choses importantes de ma vie.
- Je me sens souvent impuissant face aux problèmes de la vie.
- Les autres personnes déterminent ce que je peux et ne peux pas faire.
- Ce qui se passe dans ma vie est souvent hors de mon contrôle.
- Les choses qui interfèrent avec ce que je veux faire.
- Je contrôle peu sur ce qui arrive.
- Il est vraiment impossible que je puisse résoudre mes problèmes.
- Je me sens parfois poussée dans la vie.

ANNEXE D :

**Item de l'échelle de capacité à prévoir l'avenir et comprendre
le passé**

Auto direction et planification :

- J'aime faire des projets pour l'avenir.
- Je sais ce que je veux de la vie.
- Je trouve utile de me fixer des objectifs pour l'avenir proche.

Vivre au jour le jour :

- Je vis un jour à la fois.
- J'ai trop de choses à penser aujourd'hui pour penser à demain.
- Il ne sert à rien de penser au passé parce qu'on ne peut rien y faire.
- J'ai trop de choses à penser aujourd'hui pour penser à hier.
- Je crois que cela n'a aucun sens.

Prévoyance et anticipation :

- Je peux prévenir une mauvaise situation avant qu'elle ne se produise.
- Je sens quand une opportunité se présente à moi.
- Je sais prévoir ce qui va m'arriver.
- Je suis capable de comprendre comment les choses vont se passer.

Insight sur le passé:

- Donner un sens à mon passé m'aide à comprendre ce qu'il faut faire dans le présent.
- Après que quelque chose de mal est arrivé, je pense à la façon dont j'aurais pu l'éviter.
- J'essaie de comprendre ce qui m'est arrivé.
- J'ai eu de nouvelles idées sur la façon dont les choses ont tourné.

ANNEXE E :

Modèles de médiation multiple pour prédire le bien-être psychologique

Effets de médiation pour la prédiction de la dimension d'autonomie

	Beta	t	p	Limite inf. (95%)	Limite sup. (95%)	R ² du modèle	F du modèle
Modèle contraint :							
Effet direct	-.4890	-2.3479	.0190	-.8975	-.0806	.2389	10.9721
Effet sur les médiateurs							
Maîtrise	-.1167	-4.0426	.0001	-.1734	-.0601	.0435	8.2397
Contraintes perçues	.1595	4.6296	.0000	.0919	.2271	.0971	19.5020
Auto direction et planification	-.0342	-1.7874	.0740	-.0717	.0033	.0529	10.1314
Vivre au jour le jour	.0563	2.9224	.0035	.0185	.0941	.0966	19.3857
Prévoyance et anticipation	-.0160	-.8628	.3883	-.0525	.0204	.0637	12.3354
Insight sur le passé	.0335	1.8489	.0646	-.0020	.0691	.0399	7.5328
Modèle augmenté :							
Effet direct	-.1486	-.7631	.4455	-.5304	.2332	.1911	29.2278
Maîtrise	.7975	4.8484	.0000	.4749	1.1201		
Contraintes perçues	-1.3984	-10.1908	.0000	-1.6675	-1.1293		
Auto direction et planification	.9840	3.8658	.0001	.4849	1.4832		
Vivre au jour le jour	.2335	1.0827	.2790	-.1894	.6565		
Prévoyance et anticipation	.7067	2.7653	.0057	.2056	1.2079		
Insight sur le passé	.2253	.9022	.3670	-.2643	.7148		
Age	.0723	6.0875	.0000	.0490	.0955		
Genre	-1.8601	-6.8680	.0000	-2.3912	-1.3290		
Années des études	-.0747	-1.2135	.2251	-.1953	.0460		
État civil	-.8202	-2.7470	.0061	-1.4057	-.2347		
Éducation du père	.0233	.5010	.6164	-.0679	.1145		
Éducation de la mère	.0269	.4744	.6353	-.0842	.1379		
Cohabitation avec parents	.4820	.9192	.3581	-.5463	1.5102		
Parents divorcés/séparés	-.1686	-.2409	.8096	-1.5409	1.2037		
Santé physique	.1494	.9672	.3335	-.1535	.4522		
Cons. Alcool/stupéfiants	.0772	.0932	.9257	-1.5476	1.7020		
Cons. du tabac	-.6823	-2.4238	.0154	-1.2343	-.1303		
Index de masse corporelle	.0372	1.3958	.1629	-.0151	.0895		
Effets indirects :							
Maîtrise	-.0931			-.1653	-.0355		
Contraintes perçues	-.2231			-.3360	-.1217		
Auto direction et planification	-.0336			-.08447	.0043		
Vivre au jour le jour	.0131			-.0107	.0446		
Prévoyance et anticipation	-.0113			-.0469	.0167		
Insight sur le passé	.0076			-.0083	.0317		
Effet total	-.3404			-.5161	-.1718		

Effets de médiation pour la prédiction de la dimension de maîtrise de l'environnement

	Beta	t	p	Limite inf. (95%)	Limite sup. (95%)	R ² du modèle	F du modèle
Modèle contraint :							
Effet direct	-1.1145	-5.2560	.0000	-1.5303	-.6987	.1346	28.1885
Effet sur les médiateurs							
Maîtrise	-.1167	-4.0426	.0001	-.1734	-.0601	.0435	8.2397
Contraintes perçues	.1595	4.6296	.0000	.0919	.2271	.0971	19.5020
Auto direction et planification	-.0342	-1.7874	.0740	-.0717	.0033	.0529	10.1314
Vivre au jour le jour	.0563	2.9224	.0035	.0185	.0941	.0966	19.3857
Prévoyance et anticipation	-.0160	-.8628	.3883	-.0525	.0204	.0637	12.3354
Insight sur le passé	.0335	1.8489	.0646	-.0020	.0691	.0399	7.5328
Modèle augmenté :							
Effet direct	-.6047	-3.2262	.0013	-.9722	-.2371	.3362	62.6649
Maîtrise	.7004	4.4232	.0000	.3899	1.0108		
Contraintes perçues	-2.2573	-17.0885	.0000	-2.5163	-		
					1.9982		
Auto direction et planification	1.2019	4.9050	.0000	.7214	1.6824		
Vivre au jour le jour	.0265	.1277	.8984	-.3806	.4336		
Prévoyance et anticipation	.6257	2.5434	.0110	.1433	1.1081		
Insight sur le passé	-.5474	-2.2779	.0228	-1.0187	-.0762		
Age	.1201	10.5079	.0000	.0977	.1425		
Genre	-.8578	-3.2902	.0010	-1.3690	-.3465		
Années des études	.0095	.1599	.8729	-.1067	.1256		
État civil	.4415	1.5360	.1247	-.1221	1.0051		
Éducation du père	-.0152	-.3402	.7337	-.1030	.0726		
Éducation de la mère	.1036	1.9009	.0574	-.0033	.2105		
Cohabitation avec parents	-.3124	-.6190	.5360	-1.3022	.6774		
Parents divorcés/séparés	-.4232	-.6282	.5299	-1.7441	.8978		
Santé physique	.9901	6.6610	.0000	.6986	1.2816		
Cons. Alcool/stupéfiants	1.1969	1.5006	.1336	-.3672	2.7609		
Cons. du tabac	-.4244	-1.5663	.1174	-.9558	.1069		
Index de masse corporelle	-.0348	-1.3551	.1755	-.0851	.0155		
Effets indirects :							
Maîtrise	-.0818			-.1489	-.3003		
Contraintes perçues	-.3601			-.5251	-.1966		
Auto direction et planification	-.0411			-.0676	.0071		
Vivre au jour le jour	.0015			-.0241	.0278		
Prévoyance et anticipation	-.0100			-.0419	.0151		
Insight sur le passé	-.0184			-.0516	.0028		
Effet total	-.5098			-.7310	-.2938		

**Effets de médiation pour la prédiction de la dimension du développement
personnel**

	Beta	t	p	Limite inf. (95%)	Limite sup. (95%)	R ² du modèle	F du modèle
Modèle contraint :							
Effet direct	-.1830	-.9226	.3563	-.5720	.2060	.1035	20.9260
Effet sur les médiateurs							
Maîtrise	-.1167	-4.0426	.0001	-.1734	-.0601	.0435	8.2397
Contraintes perçues	.1595	4.6296	.0000	.0919	.2271	.0971	19.5020
Auto direction et planification	-.0342	-1.7874	.0740	-.0717	.0033	.0529	10.1314
Vivre au jour le jour	.0563	2.9224	.0035	.0185	.0941	.0966	19.3857
Prévoyance et anticipation	-.0160	-.8628	.3883	-.0525	.0204	.0637	12.3354
Insight sur le passé	.0335	1.8489	.0646	-.0020	.0691	.0399	7.5328
Modèle augmenté :							
Effet direct	.1789	1.0056	.3147	-.1700	.5278	.2919	51.006
Maîtrise	.7547	5.0215	.0000	.4600	1.0495		
Contraintes perçues	-1.5774	12.5795	.0000	-1.8233	1.3315		
Auto direction et planification	1.4164	6.0895	.0000	.9603	1.8725		
Vivre au jour le jour	-.0902	-.4576	.6473	-.4766	.2963		
Prévoyance et anticipation	.2133	.9136	.3610	-.2446	.6713		
Insight sur le passé	1.0357	4.5398	.0000	.5883	1.4831		
Age	.0008	.0697	.9444	-.0205	.0220		
Genre	1.6520	6.6754	.0000	1.1667	2.1373		
Années des études	.3146	5.5954	.0000	.2043	.4249		
État civil	.2809	1.0296	.3033	-.2541	.8159		
Éducation du père	.0116	.2736	.7844	-.0717	.0950		
Éducation de la mère	.0497	.9600	.3372	-.0518	.1511		
Cohabitation avec parents	-.7170	-1.4963	.1347	-1.6565	.2226		
Parents divorcés/séparés	-.2440	-.3816	.7028	-1.4979	1.0099		
Santé physique	.6442	4.5656	.0000	.3675	.9209		
Cons. Alcool/stupéfiants	.4784	.6318	.5276	-1.0063	1.9631		
Cons. du tabac	-.2995	-1.1645	.2443	-.8040	.2049		
Index de masse corporelle	-.0353	-1.4494	.1474	-.0831	.0125		
Effets indirects :							
Maîtrise	-.081			-.1550	-.0355		
Contraintes perçues	-.2516			-.3791	-.1369		
Auto direction et planification	-.0484			-.1113	.0078		
Vivre au jour le jour	-.0051			-.0326	.0193		
Prévoyance et anticipation	-.0034			-.0220	.0088		
Insight sur le passé	.0347			-.0007	.0827		
Effet total	-.3619			-.5548	-.1666		

**Effets de médiation pour la prédiction de la dimension des relations positives
avec les autres**

	Beta	t	p	Limite inf. (95%)	Limite sup. (95%)	R ² du modèle	F du modèle
Modèle contraint :							
Effet direct	-.9333	-4.5824	.0000	-1.3327	-.5339	.0999	20.1250
Effet sur les médiateurs							
Maîtrise	-.1167	-4.0426	.0001	-.1734	-.0601	.0435	8.2397
Contraintes perçues	.1595	4.6296	.0000	.0919	.2271	.0971	19.5020
Auto direction et planification	-.0342	-1.7874	.0740	-.0717	.0033	.0529	10.1314
Vivre au jour le jour	.0563	2.9224	.0035	.0185	.0941	.0966	19.3857
Prévoyance et anticipation	-.0160	-.8628	.3883	-.0525	.0204	.0637	12.3354
Insight sur le passé	.0335	1.8489	.0646	-.0020	.0691	.0399	7.5328
Modèle augmenté :							
Effet direct	-.6105	-3.2237	.0013	-.9819	-.2391	.2360	38.2268
Maîtrise	.4371	2.7321	.0063	.1234	.7508		
Contraintes perçues	-	-	.0000	-1.8439	-1.3205		
Auto direction et planification	1.5822	11.8543	.0000	1.0417	2.0127		
Vivre au jour le jour	1.5272	6.1687	.0000	.1671	.9898		
Prévoyance et anticipation	.5785	2.7576	.0059	-.1347	.8402		
Insight sur le passé	.3528	1.4192	.1560	-.2998	.6526		
Age	.1764	.7264	.4677	.0524	.0977		
Genre	.0750	6.4967	.0000	1.5089	2.5420		
Années des études	2.0254	7.6889	.0000	-.2018	.0329		
État civil	-.0844	-1.4110	.1584	.9604	2.0994		
Éducation du père	1.5299	5.2681	.0000	-.0491	.1284		
Éducation de la mère	.0397	.8765	.3808	-.0608	.1552		
Cohabitation avec parents	.0472	.8569	.3916	-1.3505	.6497		
Parents divorcés/séparés	-.3504	-.6871	.4921	-1.4545	1.2150		
Santé physique	-.1198	-.1759	.8603	.4155	1.0046		
Cons. Alcool/stupéfiants	.7101	4.7277	.0000	1.1120	4.2727		
Cons. du tabac	2.6924	3.3408	.0008	-.5861	.4877		
Index de masse corporelle	-.0492	-.1797	.8574	-.0371	.0646		
	.0137	.5301	.5961				
Effets indirects :							
Maîtrise	-.0510			-.1041	-.0108		
Contraintes perçues	-.2524			-.3720	-.1351		
Auto direction et planification	-.0522			-.1219	.0087		
Vivre au jour le jour	.0326			.0051	.0705		
Prévoyance et anticipation	-.0057			-.0287	.0102		
Insight sur le passé	.0059			-.0105	.0294		
Effet total	-.3228			-.4955	-.1516		

Effets de médiation pour la prédiction de la dimension d'objectifs de vie

	Beta	t	p	Limite inf. (95%)	Limite sup. (95%)	R ² du modèle	F du modèle
Modèle contraint :							
Effet direct	-.4237	-2.0932	.0364	-.8207	-.0268	.0915	18.2504
Effet sur les médiateurs							
Maîtrise	-.1167	-4.0426	.0001	-.1734	-.0601	.0435	8.2397
Contraintes perçues	.1595	4.6296	.0000	.0919	.2271	.0971	19.5020
Auto direction et planification	-.0342	-1.7874	.0740	-.0717	.0033	.0529	10.1314
Vivre au jour le jour	.0563	2.9224	.0035	.0185	.0941	.0966	19.3857
Prévoyance et anticipation	-.0160	-.8628	.3883	-.0525	.0204	.0637	12.3354
Insight sur le passé	.0335	1.8489	.0646	-.0020	.0691	.0399	7.5328
Modèle augmenté :							
Effet direct	-.0258	-.1435	.8859	-.3787	.3270	.2953	51.8412
Maîtrise	.1452	.9555	.3394	-.1528	.4433		
Contraintes perçues	-1.4879	-11.7327	.0000	-1.7366	-1.2392		
Auto direction et planification	2.6776	11.3826	.0000	2.2163	3.1389		
Vivre au jour le jour	-1.0388	-5.2119	.0000	-1.4297	-.6480		
Prévoyance et anticipation	.2138	.9055	.3653	-.2493	.6770		
Insight sur le passé	.2936	1.2726	.2033	-.1588	.7461		
Age	-.0090	-.8164	.4144	-.0305	.0126		
Genre	.4286	1.7125	.0869	-.0622	.9194		
Années des études	.0702	1.2340	.2173	-.0413	.1817		
État civil	1.1676	4.2317	.0000	.6266	1.7087		
Éducation du père	.0196	.4567	.6479	-.0647	.1039		
Éducation de la mère	.0505	.9648	.3348	-.0521	.1531		
Cohabitation avec parents	-.7893	-1.6288	.1035	-1.7395	.1610		
Parents divorcés/séparés	-.4693	-.7256	.4681	-1.7374	.7989		
Santé physique	.7371	5.1654	.0000	.4573	1.0170		
Cons. Alcool/stupéfiants	1.0539	1.3764	.1688	-.4476	2.5555		
Cons. du tabac	-.0652	-.2505	.8022	-.5753	.4450		
Index de masse corporelle	-.0127	-.5135	.6076	-.0610	.0357		
Effets indirects :							
Maîtrise	-.0170			-.0601	.0221		
Contraintes perçues	-.2373			-.3520	-.1318		
Auto direction et planification	-.0916			-.2017	.0121		
Vivre au jour le jour	-.0585			-.1080	-.0159		
Prévoyance et anticipation	-.0034			-.0209	.0087		
Insight sur le passé	.0098			-.0056	.0351		
Effet total	-.3979			-.5963	-.2070		

Effets de médiation pour la prédiction de la dimension d'acceptation de soi.

	Beta	t	p	Limite inf. (95%)	Limite sup. (95%)	R ² du modèle	F du modèle
Modèle contraint :							
Effet direct	-1.1680	-4.9131	.0000	-1.6341	-.7018	.1183	24.3242
Effet sur les médiateurs							
Maîtrise	-.1167	-4.0426	.0001	-.1734	-.0601	.0435	8.2397
Contraintes perçues	.1595	4.6296	.0000	.0919	.2271	.0971	19.5020
Auto direction et planification	-.0342	-1.7874	.0740	-.0717	.0033	.0529	10.1314
Vivre au jour le jour	.0563	2.9224	.0035	.0185	.0941	.0966	19.3857
Prévoyance et anticipation	-.0160	-.8628	.3883	-.0525	.0204	.0637	12.3354
Insight sur le passé	.0335	1.8489	.0646	-.0020	.0691	.0399	7.5328
Modèle augmenté :							
Effet direct	-.6126	-2.9249	.0035	-1.0233	-.2019	.3281	60.4184
Maîtrise	1.1612	6.5629	.0000	.8143	1.5082		
Contraintes perçues	-2.0782	14.0784	.0000	-2.3676	-1.7887		
Auto direction et planification	1.8157	6.6310	.0000	1.2787	2.3526		
Vivre au jour le jour	.1997	.8609	.3894	-.2552	.6547		
Prévoyance et anticipation	1.0553	3.8385	.0001	.5162	1.5944		
Insight sur le passé	-.6122	-2.2797	.0227	-1.1389	-.0856		
Age	.1022	8.0023	.0000	.0771	.1272		
Genre	-.2755	-.9457	.3444	-.8468	.2958		
Années des études	.1238	1.8702	.0616	-.0060	.2536		
État civil	1.4282	4.4468	.0000	.7984	2.0580		
Éducation du père	.0380	.7604	.4471	-.0601	.1362		
Éducation de la mère	.0414	.6794	.4970	-.0781	.1608		
Cohabitation avec parents	-.8059	-1.4288	.1532	-1.9120	.3002		
Parents divorcés/séparés	-.4352	-.5781	.5632	-1.9114	1.0410		
Santé physique	.8548	5.1463	.0000	.5291	1.1806		
Cons. Alcool/stupéfiants	1.0088	1.1318	.2578	-.7390	2.7566		
Cons. du tabac	-.1228	-.4055	.6852	-.7166	.4710		
Index de masse corporelle	-.0415	-1.4472	.1480	-.0977	.0147		
Effets indirects :							
Maîtrise	-.1356			-.2312	-.0581		
Contraintes perçues	-.3315			-.4899	-.1808		
Auto direction et planification	-.0621			-.1401	.0086		
Vivre au jour le jour	.0112			-.0144	.0416		
Prévoyance et anticipation	-.0169			-.0650	.0245		
Insight sur le passé	-.0205			-.0572	.0020		
Effet total	-.5554			-.8090	-.3125		