

# Santé et adaptation sociale des parents

---

## Section I

### Habitudes de vie et état de santé





# 1. Introduction

---

Les habitudes de vie des parents ainsi que leur état de santé physique et psychologique jouent un rôle crucial dans le développement de l'enfant, particulièrement au cours de la petite enfance. Par exemple, la consommation excessive d'alcool, qui est le psychotrope le plus consommé par la population québécoise (Guyon et autres, 1995), affecte la capacité des parents à répondre adéquatement aux besoins de leurs enfants (Harmer et autres, 1999; Pihl et autres, 1998). La consommation excessive d'alcool des parents met les enfants à risque non seulement d'abus et de négligence (Kotch et autres, 1999), mais aussi de développer, entre autres, des troubles d'attention, de conduite et d'anxiété (Kuperman et autres, 1999). Au Québec, l'alcool serait associé à 30 % des cas de violence à l'endroit des enfants, alors que 50 % des victimes d'inceste appartiendraient à des familles touchées par l'alcoolisme (MSSS, 1992).

La fumée de tabac dans l'environnement est nocive et peut provoquer chez les adultes des problèmes respiratoires tels que l'asthme (Greer et autres, 1993). Chez les enfants en pleine croissance, le tabagisme passif a des effets plus accentués. Plusieurs recherches ont montré, par exemple, que la présence de fumée de tabac dans l'environnement est associée à une plus forte incidence d'infections respiratoires, d'asthme et d'otites chez les jeunes enfants (Ilicali et autres, 1999; Lister et Jorm, 1998). Par ailleurs, l'usage du tabac par la mère durant la grossesse augmenterait le risque de problèmes de comportement chez l'enfant (Fergusson et autres, 1993; Wakschlag et autres, 1997).

Le bien-être psychologique des parents est également un facteur de risque ou de protection important dans l'adaptation psychosociale de l'enfant. Les parents déprimés, par exemple, sont habituellement renfermés, fatigués, abattus et pessimistes face à l'avenir, ce qui peut les rendre moins disponibles aux besoins des autres membres de leur famille. La dépression de la mère peut compromettre l'interaction avec son nourrisson ainsi que le fonctionnement social et affectif du bébé (Murray et Cooper, 1997; Weinberg et Tronick, 1998). De plus, les symptômes dépressifs de la mère sont associés à une plus forte probabilité qu'un enfant démontre des difficultés dans les domaines de l'attachement, du comportement et du développement cognitif et affectif (Cicchetti et autres, 1997; Kaplan et autres, 1999; Kochanska et autres, 1997). La contribution de la dépression du père à l'adaptation psychosociale de l'enfant semble toutefois moins claire (Marchand et Hock, 1998; Shiner et Marmorstein, 1998).

Dans la première partie de ce numéro, nous présentons un profil des habitudes de vie, de l'état de santé général, et du bien-être psychologique des parents des nourrissons. Ces profils sont examinés en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques à l'aide du test du chi-carré. L'adaptation sociale des parents fait l'objet de la deuxième partie de cette publication.



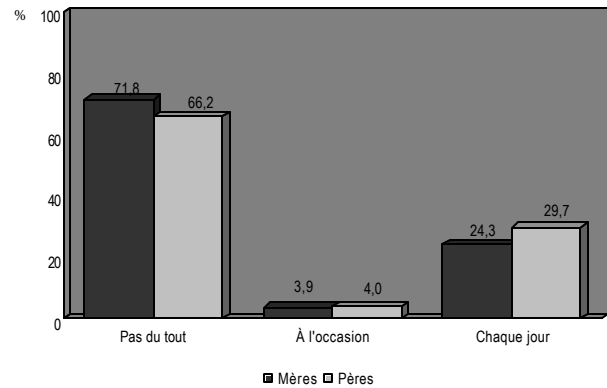
## 2. Les habitudes de vie des parents

Dans l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec, la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM) était appelée à répondre à la section « La santé des adultes » du questionnaire informatisé rempli par l'intervieweuse (QIRI). Cette section qui visait à la fois la PCM et son conjoint ou sa partenaire, s'il y a lieu, contient des questions sur l'état de santé général du parent et ses habitudes de vie telles que l'usage du tabac et la consommation d'alcool. Des questions portant sur le bien-être psychologique étaient également posées à la PCMS dans la quasi-totalité des cas (99,7 %), la mère biologique du nourrisson. On dispose d'informations pour 2 221 mères et 2 018 pères/conjoints présents dans le ménage<sup>6</sup>. Les renseignements concernant les symptômes dépressifs chez les pères ont été recueillis auprès de 1 855 pères ou conjoints vivant dans le ménage<sup>7</sup> qui ont répondu à la section « Le bien-être du père » du questionnaire autoadministré du père (QAAP)<sup>8</sup>.

### 2.1 Habitudes tabagiques

Quand on a interrogé les parents des nourrissons en ce qui a trait à leur usage actuel du tabac, près d'une mère sur quatre (24 %) a déclaré qu'elle fumait quotidiennement, et environ 4 % d'entre elles ont rapporté fumer à l'occasion (voir figure 2.1). Chez les mères ayant déclaré fumer quotidiennement, le nombre de cigarettes fumées par jour se situe à 10 cigarettes ou moins chez environ un tiers d'entre elles. Plus de 4 sur 10 (45 %) ont indiqué fumer entre 11 et 20 cigarettes par jour, et la consommation quotidienne de plus de 20 cigarettes a été rapportée par 19 % des mères ayant déclaré fumer tous les jours (données non présentées).

Figure 2.1  
Fréquence de l'usage du tabac au moment de l'enquête chez les mères et les pères, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Selon les déclarations fournies par les PCM ou par les pères eux-mêmes, 3 pères sur 10 fument tous les jours, tandis que 4 % d'entre eux fument seulement à l'occasion. Quant à la quantité de cigarettes fumées par les premiers, notons qu'un père sur cinq consomme 10 cigarettes ou moins par jour. Environ 40 % des pères fumeraient entre 11 et 20 cigarettes par jour, et presque autant (39 %), plus de 20 cigarettes par jour (données non présentées).

### 2.2 Consommation d'alcool

L'analyse des données concernant la consommation d'alcool chez les parents des nourrissons révèle que la majorité d'entre eux en ont pris au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ainsi que l'illustre la figure 2.2, environ 7 mères sur 10 (72 %) et près de 9 pères sur 10 (88 %) ont consommé de l'alcool à un moment ou l'autre durant cette période<sup>9</sup>.

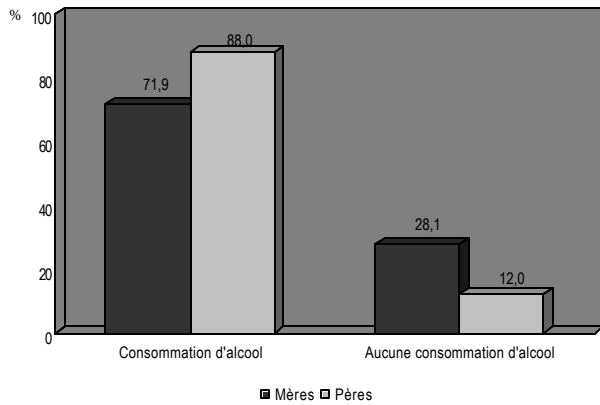
6. Dans la plupart des cas, les questions portant sur le père/conjoint ont été répondues par la PCM. Environ un père sur six a toutefois répondu lui-même aux questions le concernant.

7. C'est 99,3 % de ces répondants qui sont le père biologique de l'enfant.

8. Ces mêmes questions ont été adressées aux pères biologiques ne vivant pas dans le ménage. Étant donné le faible pourcentage de questionnaires (QAAPABS) retournés (moins de 50 %), les données n'ont pas été pondérées et ne sont pas présentées ici (pour plus de détails, voir les numéros 1 et 2 de la présente collection).

9. Les données sur la consommation d'alcool chez les mères des nourrissons portent sur les 12 mois précédant l'enquête. Elles ne nous indiquent pas toutefois si les mères en ont consommé durant leur grossesse. Des données sur les habitudes de vie durant la grossesse sont présentées à la section II de ce numéro et au numéro 3 de la présente collection.

Figure 2.2  
**Consommation d'alcool chez les mères et les pères au cours des 12 mois précédant l'enquête, 1998**



Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

S'il est généralement reconnu que la consommation modérée d'alcool peut avoir des effets bénéfiques pour la santé cardiovasculaire (Sacco et autres, 1999), la consommation abusive d'alcool représente, par contre, un comportement problématique qui affecte non seulement la santé du consommateur mais aussi le bien-être de son entourage.

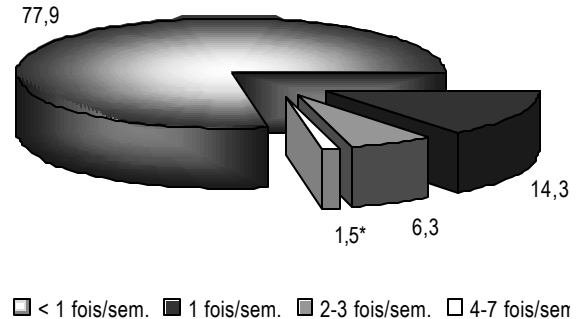
La consommation excessive d'alcool est souvent établie à partir du nombre de boissons consommées par semaine. Toutefois, les chercheurs ne s'entendent pas sur une définition opérationnelle d'abus d'alcool, une classification qui, selon l'étude, varie de 10-12 boissons par semaine à au moins 28 boissons par semaine (voir Pihl et autres, 1998). La fréquence à laquelle un individu consomme cinq verres ou plus à une même occasion semble une mesure plus fiable permettant de discriminer entre la présence et l'absence d'un problème relié à la consommation d'alcool (Conrod et autres, 1997).

Dans le cadre de l'ÉLDEQ, des renseignements concernant la fréquence de consommation d'alcool ont été obtenus à l'aide des deux questions suivantes :

- Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé de l'alcool ?
- Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu cinq verres ou plus à une même occasion ?

Les réponses des parents à la première question sont présentées aux figures 2.3 et 2.4. Ainsi, parmi les mères buveuses, presque 8 sur 10 (78 %) ont indiqué consommer de l'alcool moins d'une fois par semaine, tandis que moins de 2 % ont déclaré en prendre 4 à 7 fois par semaine.

Figure 2.3  
**Fréquence de la consommation d'alcool (%) chez les mères au cours des 12 mois précédant l'enquête, 1998<sup>1</sup>**



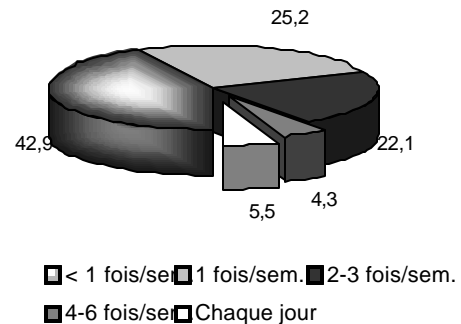
1. Chez les mères ayant pris de l'alcool.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Chez les pères ayant bu de l'alcool durant l'année précédant l'enquête, à peu près 4 sur 10 (43 %) en consommeraient moins d'une fois par semaine. Par ailleurs, environ 1 père sur 20 (6 %) en prendrait de 4 à 6 fois par semaine, alors qu'une proportion semblable (4 %) en consommerait chaque jour (figure 2.4).

Figure 2.4  
**Fréquence de la consommation d'alcool (%) chez les pères au cours des 12 mois précédant l'enquête, 1998<sup>1</sup>**



1. Pour les pères ayant pris de l'alcool.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Les réponses des parents à la deuxième question indiquent que la majorité des mères des nourrissons (85 %) n'ont jamais consommé 5 verres ou plus à une même occasion au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Un père sur deux (50 %), par contre, a pris au moins une fois cinq verres d'alcool ou plus en une même occasion durant les 12 derniers mois (données non présentées). Ainsi, environ trois fois plus de pères que de mères auraient consommé des quantités excessives d'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ceci confirme que la consommation excessive d'alcool est nettement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (Guyon et autres, 1995; Santé Canada, 1999), même chez les parents de nourrissons.

### **2.3 Les habitudes de vie et les caractéristiques des parents**

Les habitudes de vie des parents ne sont pas indépendantes de certaines caractéristiques personnelles ou de leurs conditions de vie. L'usage quotidien du tabac au moment de l'enquête, la consommation d'alcool durant les 12 derniers mois et la consommation de cinq verres ou plus au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête sont présentés au tableau 2.1 en fonction de certaines caractéristiques propres aux parents et à la famille dans laquelle ils vivent.

Tableau 2.1

## Usage quotidien du tabac et consommation d'alcool chez les mères et les pères, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, 1998

	Usage quotidien du tabac <sup>1</sup>		Consommation d'alcool <sup>2</sup>		Consommation de 5 verres ou + à une même occasion <sup>2</sup>	
	Mères	Pères	Mères	Pères	Mères	Pères
	%					
Groupe d'âge <sup>3</sup>						
Moins de 20 ans	51,9 <sup>†</sup>	} 43,3 <sup>†</sup>	63,4	} 87,0	23,9 <sup>*†</sup>	} 64,8 <sup>†</sup>
20-24 ans	35,8		74,8		24,9	
25-29 ans	20,2	31,6	70,6	90,6	12,9	54,8
30-34 ans	20,9	26,0	74,2	88,2	11,3	48,8
35-39 ans	17,9 <sup>*</sup>	27,3	67,8	86,5	11,2 <sup>*</sup>	40,3
40 ans ou plus	21,9 <sup>**</sup>	31,3	64,0	84,1	7,5 <sup>**</sup>	40,0
Niveau de scolarité						
Sans diplôme d'études secondaires	47,4 <sup>†</sup>	50,3 <sup>†</sup>	59,8 <sup>†</sup>	83,1 <sup>†</sup>	17,8	51,3
Diplôme d'études secondaires	28,2	32,8	69,8	87,9	14,4	51,8
Diplôme d'études professionnelles ou d'une école de commerce	24,4	32,8	76,3	85,9	16,5 <sup>*</sup>	51,6
Diplôme collégial	14,2 <sup>*</sup>	19,5	76,9	93,2	16,2	49,0
Diplôme universitaire	7,6 <sup>*</sup>	11,2	79,4	90,6	11,8	43,5
Type de familles						
Biparentale intacte	20,5 <sup>†</sup>	27,0 <sup>†</sup>	72,6 <sup>†</sup>	88,2	13,8	49,3
Recomposée	43,7	48,6	77,3	86,9	18,8	47,9
Monoparentale	35,6	--	60,2	--	18,3 <sup>*</sup>	--
Ménage à faible revenu <sup>4</sup>						
Oui	32,8 <sup>†</sup>	43,2 <sup>†</sup>	55,2 <sup>†</sup>	73,8 <sup>†</sup>	13,4	39,8 <sup>†</sup>
Non	21,1	26,3	78,6	92,6	15,6	53,0
<b>Total</b>						
n	2 221	2 018	2 221	2 018	2 220	2 009
%	24,3	29,7	71,9	88,0	14,8	49,2

Note : <sup>†</sup> signifie p < 0,05.

1. Au moment de l'enquête.

2. Au cours des 12 mois précédant l'enquête.

3. Les pères âgés de moins de 25 ans ont été regroupés en une seule catégorie à cause des petits effectifs.

4. D'après les seuils de faible revenu de Statistique Canada pour l'année de référence 1997 (base de 1992) (voir le numéro 2 de la présente collection).

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002.

Comme on peut le constater, plus de la moitié des mères âgées de moins de 20 ans (52 %) fument quotidiennement, et l'usage quotidien du tabac diminue avec l'âge de la mère. Chez les 25 ans et plus, environ une mère sur cinq fume quotidiennement. Comparativement aux pères âgés de 25 ans et plus, les pères les plus jeunes (moins de 25 ans) comptent aussi un pourcentage relativement plus élevé de fumeurs quotidiens (43 % c. 32 % ou moins). Quant à la scolarité des parents, les données de l'ÉLDEQ révèlent qu'environ la moitié des mères et des pères sans diplôme d'études secondaires fument quotidiennement tandis que c'est le cas pour seulement 8 % des

mères et 11 % des pères détenant un diplôme universitaire. L'usage du tabac varie également en fonction du type de familles. Alors que seulement 21 % des mères vivant en famille biparentale intacte ont rapporté fumer quotidiennement, ce pourcentage s'élève à 44 % chez les mères vivant en famille recomposée et à 36 % chez les mères de famille monoparentale<sup>10</sup>. De la même façon, l'usage

10. La différence entre les familles recomposées et les familles monoparentales n'est toutefois pas significative au seuil de 0,05.

quotidien du tabac est nettement plus fréquent chez les pères vivant en famille recomposée (49 %) que chez ceux vivant en famille biparentale intacte (27 %) <sup>11</sup>. Finalement, les mères et les pères appartenant à un ménage se situant sous le seuil de faible revenu sont nettement plus susceptibles de fumer quotidiennement que ceux vivant dans des familles disposant d'un revenu considéré suffisant (tableau 2.1).

Le pourcentage de parents ayant consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête ne varie pas significativement selon leur groupe d'âge. Cependant, les mères et les pères plus scolarisés sont proportionnellement plus nombreux à avoir consommé de l'alcool durant cette période que les parents moins scolarisés. Quant au type de familles, la consommation d'alcool semble plus fréquente chez les mères de famille biparentale intacte (73 %) ou recomposée (77 %) que chez celles vivant en famille monoparentale (60 %). La consommation d'alcool des pères ne varie toutefois pas selon le type de familles (intacte ou recomposée). Par contre, la proportion de mères et de pères ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois est plus élevée dans les ménages bénéficiant d'un revenu suffisant que dans ceux dont le revenu annuel se situe sous le seuil de faible revenu.

Comme on peut le voir au tableau 2.1, la consommation excessive d'alcool (cinq verres ou plus) au moins une fois au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête est plus fréquente chez les mères et les pères plus jeunes que chez les parents plus âgés. Ainsi, environ une mère âgée de moins de 25 ans sur quatre a indiqué avoir consommé cinq verres ou plus à au moins une occasion comparativement à 13 % ou moins chez les autres mères. Chez les pères, un peu moins des deux tiers (65 %) de ceux âgés de moins de 25 ans auraient consommé au moins une fois cette quantité d'alcool à une même occasion alors que cette situation est le fait de 55 % ou moins des pères plus âgés. Bien que ce comportement semble moins fréquent à l'extrémité de l'échelle des âges, notons toutefois que le pourcentage de pères de 40 ans et plus ayant pris cinq consommations ou plus à une même occasion demeure très élevé (40 %).

La proportion de mères et de pères ayant consommé cinq verres ou plus lors d'une même occasion ne varie pas en fonction de leur niveau de scolarité ou du type de familles auquel ils appartiennent.

Par contre, le niveau de revenu du ménage s'avère lié à la consommation excessive d'alcool, mais seulement chez les pères. La proportion de pères ayant pris à une ou plusieurs reprises au moins cinq consommations est ainsi relativement plus élevée dans les ménages à faible revenu (53 % c. 40 %).

Bien que les pourcentages diffèrent, nos résultats confirment certaines tendances révélées dans le dernier Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (Santé Canada, 1999). Ainsi, les hommes les plus susceptibles de fumer quotidiennement sont ceux âgés de moins de 25 ans et ceux n'ayant pas terminé leurs études secondaires. Les jeunes mères et celles sans diplôme d'études secondaires constituent également des groupes particulièrement à risque d'usage quotidien du tabac. Quant à la consommation d'alcool, celle-ci est plus fréquente chez les hommes et chez les parents plus scolarisés ou vivant dans un ménage se situant au-dessus du seuil de faible revenu. Par contre, les pères et les mères âgés de moins de 25 ans et les pères vivant dans des ménages à faible revenu consomment plus fréquemment des quantités excessives d'alcool lors d'une même occasion.

---

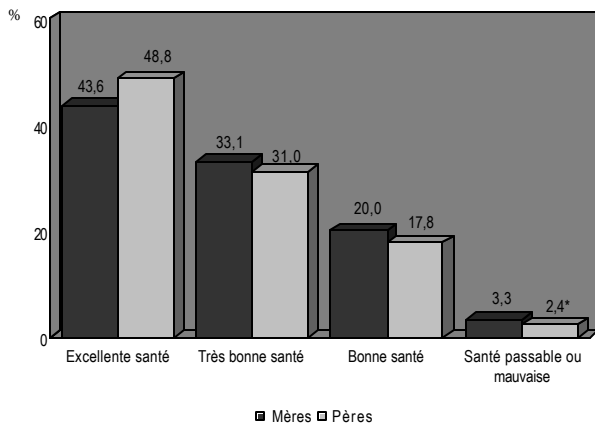
11. Étant donné le petit nombre de pères biologiques « répondants », chefs de famille monoparentale, seulement les pères vivant en famille biparentale ont été inclus dans cette analyse.



### 3. Le bien-être physique des parents

Le bien-être physique des parents a été évalué à l'aide d'une question de la section « Santé des adultes » du questionnaire informatisé rempli par l'intervieweur (QIRI). Les résultats présentés à la figure 3.1 révèlent que la majorité des mères (77 %) et des pères (80 %) considèrent être en excellente ou en très bonne santé. Seulement un faible pourcentage de parents, soit environ 3 % des mères et des pères, afficheraient un état de santé général passable ou mauvais. Bien que les différences soient minimes, les pères des nourrissons québécois présentent, dans l'ensemble, un profil de santé plus favorable que les mères ( $p < 0,001$ , figure 3.1). L'état de santé perçu des deux parents demeure toutefois étroitement lié. Ainsi, comparativement aux autres mères, celles ayant rapporté être en excellente ou en très bonne santé sont nettement plus susceptibles de vivre avec un conjoint présentant également un état de santé optimal (85 % c. 63 %,  $p < 0,001$ ; données non présentées).

Figure 3.1  
Répartition des mères et des pères selon l'état de santé perçu, 1998



\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

L'état de santé perçu est associé à plusieurs facteurs propres aux parents ou à leurs conditions de vie. Ainsi, comme on peut le voir au tableau 4.1, seulement 62 % des très jeunes mères (âgées de moins de 20 ans) considèrent leur état de santé excellent ou très bon, tandis que c'est le cas chez 80 % des mères âgées de 30 à 34 ans. Ce pourcentage diminue toutefois à 68 % chez les mères

de 40 ans et plus. Les pères âgés de moins de 25 ans (84 %), par contre, sont nettement plus nombreux que ceux âgés de 40 ans et plus (67 %) à présenter un état de santé général excellent ou très bon.

À l'instar de certains résultats présentés dans le Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (Santé Canada, 1999), les données de l'ÉLDEQ suggèrent que la perception de l'état de santé tend à être moins favorable chez les individus plus âgés. Dans la présente étude, ce résultat pourrait être en partie lié au fait que les mères et les pères plus âgés assument en moyenne une charge familiale plus grande à laquelle peut être associée davantage de fatigue. Par exemple, les mères âgées entre 20 et 24 ans élèvent un seul enfant dans plus de la moitié des cas (59 %), tandis qu'à l'inverse, environ la moitié (52 %) des mères âgées de 40 ans ou plus ont au moins trois enfants à leur charge<sup>12</sup>.

Le pourcentage de parents ayant déclaré un état de santé excellent ou très bon varie par ailleurs en fonction du niveau de scolarité atteint. Parmi ceux sans diplôme d'études secondaires, 60 % des mères et 71 % des pères seraient en excellente ou en très bonne santé, alors que ces pourcentages se situent à 89 % chez les mères et à 86 % chez les pères qui détiennent un diplôme universitaire. Par ailleurs, les mères vivant en famille biparentale intacte (78 %) ont indiqué plus fréquemment que les mères monoparentales (65 %) être en excellente ou en très bonne santé. La santé semble aussi fortement reliée au niveau de revenu du ménage. Ainsi, les mères (64 %) et les pères (72 %) appartenant à un ménage se situant sous le seuil de faible revenu sont proportionnellement moins nombreux à se décrire en excellente ou très bonne santé que les mères et les pères (82 %) vivant dans des familles disposant d'un revenu considéré suffisant (tableau 4.1).

Dans le cadre du volet 1998 de l'ÉLDEQ, on s'est également intéressé aux problèmes de santé de longue durée que connaissent les parents tels que migraine, maux de dos, hypertension, maladie cardiaque,

12. Étant basé sur de petits effectifs, le pourcentage observé chez les mères de 40 ans ou plus doit être interprété avec prudence.

etc.<sup>13</sup>. Ces problèmes sont importants dans la mesure où ils peuvent affecter la qualité de vie des parents des nourrissons et, indirectement, les relations familiales. De plus, les enfants de parents expérimentant certains problèmes de santé chroniques tels que les allergies ou l'asthme sont plus susceptibles de connaître eux-mêmes de tels problèmes au cours de leur vie (Borish, 1999; Busse, 1999). Selon les données de la présente enquête, quatre mères sur dix et un peu plus d'un père sur trois (34 %) souffriraient d'un problème de santé chronique. Chez les mères, les trois problèmes les plus fréquemment rapportés sont, par ordre d'importance, les allergies (autres qu'alimentaires) (19 %), l'asthme ou les maux de dos (*ex-æquo* : 8 %) et les migraines (7 %). Chez les pères, les allergies (autres qu'alimentaires) prédominent également (14 %), suivies des maux de dos (9 %) et de l'asthme (5 %). Enfin, il n'est pas étonnant de constater que les parents ayant rapporté un problème de santé chronique sont proportionnellement moins nombreux à déclarer être en excellente ou en très bonne santé. Ainsi, près de deux tiers des mères et des pères présentant un problème de santé de longue durée seraient en excellente ou en très bonne santé contre 84 % et 87 % respectivement des mères et des pères n'étant pas affectés par de tels problèmes.

---

13. Dans l'ÉLDEQ, on entend par « problème de santé de longue durée », un état qui persiste depuis 6 mois ou plus ou qui devrait persister pendant 6 mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé.

## 4. Le bien-être psychologique des parents

La dépression est un état caractérisé par une tristesse parfois accompagnée de sentiments d'impuissance, d'irritabilité et de désespoir. Une proportion importante d'hospitalisations en psychiatrie ainsi que de suicides sont reliés à la dépression (Santé Canada, 1994). En 1996-1997, au Canada, 8 % de la population féminine âgée de 12 ans ou plus et 5 % des hommes de ce groupe d'âge répondaient à suffisamment de critères pour recevoir un diagnostic de dépression (Santé Canada, 1999).

Dans le cadre de l'ÉLDEQ, on a recueilli des renseignements sur la santé mentale des parents, principalement en ce qui a trait aux symptômes de dépression. Les 12 questions administrées à la mère ont été présentées dans le questionnaire informatisé rempli par l'intervieweuse (QIRI), alors que les pères ont répondu à ces questions dans le questionnaire autoadministré du père (QAAP).

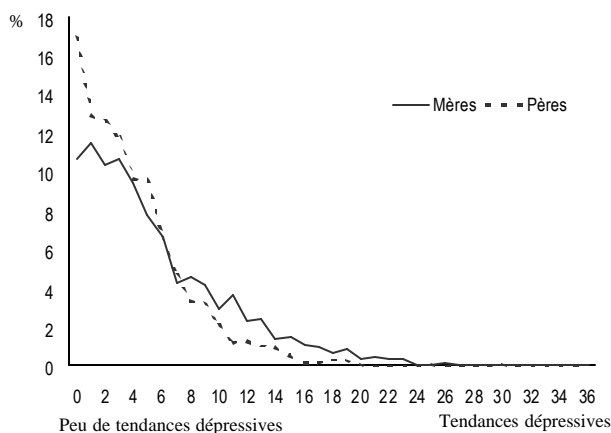
Cet ensemble de questions constitue une version réduite de l'Échelle de dépression du centre d'étude épidémiologique du National Institute of Mental Health des États-Unis (Échelle CES-D). Cette échelle, également utilisée dans l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), a été mise au point pour mesurer la fréquence des symptômes dépressifs dans le grand public. Plus précisément, elle mesure la présence et la gravité des symptômes associés à la dépression durant la semaine précédant l'enquête.

La figure 4.1 présente la répartition des mères et des pères selon le degré de dépression ressenti pendant la semaine précédant l'enquête. Comme on peut le voir, la concentration des deux distributions vers la gauche suggère que la majorité des parents des nourrissons affichent peu de tendances dépressives.

L'échelle de dépression utilisée dans l'ÉLDEQ n'est pas un outil de dépistage de dépression clinique. On peut toutefois identifier les parents plus susceptibles de répondre aux critères diagnostiques d'un trouble dépressif en sélectionnant ceux qui ont rapporté plus de symptômes dépressifs. Dans l'analyse qui suit, nous avons cherché à voir si les parents se situant au-dessus du 90<sup>e</sup> rang centile

sur l'échelle de dépression<sup>14</sup> présentent des caractéristiques différentes des autres parents.

Figure 4.1  
Répartition des mères et des pères selon le degré de dépression, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002.

Le tableau 4.1 montre que le degré de dépression ne varie pas de façon significative en fonction de l'âge des parents. Le pourcentage de mères se situant à l'extrême de l'échelle de dépression est par contre inversement relié au niveau de scolarité atteint. Ainsi, par rapport aux mères sans diplôme d'études secondaires (18 %), celles détenant un diplôme universitaire (6 %) sont trois fois moins nombreuses à avoir rapporté un nombre élevé de symptômes dépressifs.

14. Landy et Tam (1996) ont considéré un résultat de 13 ou plus à cette version abrégée de l'Échelle de dépression CES-D comme indice de la présence d'une dépression modérée à grave. Dans l'ÉLDEQ, environ 10 % des mères et 4 % des pères ont obtenu un score égal ou supérieur à 13 sur l'échelle de dépression. Comme le faible pourcentage observé chez les pères n'aurait pas permis d'effectuer des analyses ventilées en fonction des différentes caractéristiques retenues, nous avons opté pour retenir, dans la présente analyse, les mères et les pères se situant au-dessus du 90<sup>e</sup> rang centile.

Tableau 4.1

**Santé perçue et symptômes dépressifs chez les mères et les pères, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, 1998**

	Santé perçue excellente ou très bonne		Nombre élevé de symptômes dépressifs <sup>1</sup>	
	Mères	Pères	Mères	Pères
	%			
<b>Groupe d'âge<sup>2</sup></b>				
Moins de 20 ans	62,4 <sup>†</sup>	83,8 <sup>†</sup>	19,2 <sup>**</sup>	15,5
20-24 ans	73,9		14,3	
25-29 ans	78,8	81,3	10,8	9,4
30-34 ans	79,8	82,7	9,1	11,6
35-39 ans	72,7	77,2	10,1*	11,8*
40 ans ou plus	68,2	66,6	18,1 <sup>**</sup>	16,8*
<b>Niveau de scolarité</b>				
Sans diplôme d'études secondaires	60,2 <sup>†</sup>	71,2 <sup>†</sup>	17,7 <sup>†</sup>	12,5*
Diplôme d'études secondaires	75,9	79,2	11,9	12,8
Diplôme d'études professionnelles ou d'une école de commerce	72,8	74,8	12,5*	11,9*
Diplôme collégial	81,8	86,1	9,6*	13,0*
Diplôme universitaire	89,1	85,9	6,2*	9,1*
<b>Type de familles</b>				
Biparentale intacte	78,3 <sup>†</sup>	80,3	9,7 <sup>†</sup>	11,7
Recomposée	74,3	76,3	11,1*	13,5*
Monoparentale	65,2	--	24,8	--
<b>Ménage à faible revenu<sup>3</sup></b>				
Oui	64,2 <sup>†</sup>	72,0 <sup>†</sup>	19,0 <sup>†</sup>	18,7 <sup>†</sup>
Non	82,0	82,1	8,4	10,0
<b>Total</b>				
<b>n</b>	<b>2 221</b>	<b>2 018</b>	<b>2 216</b>	<b>1 848</b>
<b>%</b>	<b>76,7</b>	<b>79,8</b>	<b>11,3</b>	<b>11,9</b>

Note : <sup>†</sup> signifie  $p < 0,05$ .

1. Pour une définition du critère utilisé, voir la page précédente.

2. Les pères âgés de moins de 25 ans ont été regroupés en une seule catégorie à cause des petits effectifs.

3. D'après les seuils de faible revenu de Statistique Canada pour l'année de référence 1997 (base de 1992) (voir le numéro 2 de la présente collection).

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Les mères vivant en famille monoparentale et celles disposant d'un revenu familial jugé insuffisant sont aussi proportionnellement plus nombreuses à avoir déclaré une plus forte détresse psychologique. Dans les familles biparentales, environ une mère sur dix a révélé avoir des tendances dépressives. Par comparaison, cette situation concerne une mère sur quatre dans les familles monoparentales. Par ailleurs, ainsi qu'illustré au tableau 4.1, comparativement aux autres mères, celles vivant dans un ménage à faible revenu sont deux fois plus susceptibles de déclarer un nombre élevé de symptômes dépressifs (19 % c. 8 %).

Le niveau de symptômes dépressifs rapporté par la mère est associé à celui déclaré par le père : plus d'un quart (27 %) des mères avec de fortes tendances dépressives vivent avec un conjoint qui a également déclaré une plus forte détresse psychologique alors que cette situation concerne seulement 10 % des mères non dépressives ( $p < 0,001$ ; données non présentées). Cependant, comme on peut le voir au tableau 4.1, peu de facteurs sont associés à un niveau élevé de symptômes dépressifs chez les pères. Ainsi, le pourcentage de pères se situant à l'extrême de l'échelle de dépression ne varie pas selon leur âge, leur scolarité ou le type de familles dans lequel

ils vivent. Cependant, presque deux fois plus de pères dont le revenu familial est insuffisant que de pères disposant d'un revenu au-dessus du seuil de faible revenu ont rapporté un nombre élevé de symptômes dépressifs (19 % c. 10 %).

Les tendances dépressives observées chez les parents sont associées à d'autres aspects de l'environnement dans lequel évolue le nourrisson comme, par exemple, le fonctionnement familial. Ainsi, 30 % des mères dépressives vivent dans des familles décrites comme étant dysfonctionnelles<sup>15</sup> sur le plan des relations familiales comparativement à 4 % des mères affichant peu de tendances dépressives ( $p < 0,001$ ; données non présentées). Les pères qui ont rapporté un degré élevé de dépression sont également plus nombreux à vivre dans une famille dysfonctionnelle que ceux ayant indiqué ressentir peu de symptômes dépressifs (13 % c. 4 %,  $p < 0,001$ ; données non présentées). Enfin, les mères dépressives ont plus tendance à faire un usage quotidien du tabac que les mères non dépressives (31 % c. 24 %,  $p < 0,05$ ; données non présentées), alors que ce n'est pas le cas chez les pères.

---

15. Le fonctionnement familial a été établi à l'aide d'une échelle administrée à la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM). Cette échelle contient 12 questions. Selon le seuil clinique de fonctionnement familial établi par les chercheurs de l'hôpital Chedoke-McMaster de Hamilton (Cadman et autres, 1991), les familles ayant obtenu un score égal ou supérieur à 15 à cette échelle peuvent être considérées comme présentant des problèmes de fonctionnement.



## 5. Conclusion

---

Les données du premier volet de l'ÉLDEQ nous ont permis de brosser un portrait des habitudes de vie et de la santé physique et psychologique des parents des nourrissons québécois âgés d'environ 5 mois en 1998. Ainsi, la majorité des parents considèrent être en excellente ou en très bonne santé physique. Environ un tiers des pères et un quart des mères font un usage quotidien du tabac au moment de l'enquête, et la majorité ont consommé de l'alcool, à des degrés divers, au cours des 12 mois précédant l'enquête. Quant à leur état de santé psychologique, la plupart des parents semblent ressentir peu de symptômes dépressifs.

Par ailleurs, plusieurs facteurs augmentent les risques qu'un parent soit en moins bonne santé physique et psychologique ou consomme plus de tabac ou d'alcool. Les parents plus jeunes, moins scolarisés, disposant d'un faible revenu familial et les mères monoparentales sont particulièrement susceptibles d'être en moins bonne santé et de fumer quotidiennement. Les parents plus jeunes et les pères vivant dans les ménages à faible revenu sont proportionnellement plus nombreux à consommer des quantités excessives d'alcool. Quant aux tendances dépressives, celles-ci sont plus souvent observées chez les mères peu scolarisées et chez celles vivant en famille monoparentale, ainsi que chez les parents disposant d'un faible revenu familial.

La santé mentale des parents n'est pas étrangère à la trajectoire développementale des enfants. La présence de dépression chez le parent, par exemple, augmente de façon significative le risque que l'enfant présente des troubles intériorisés et extériorisés (Bergeron et autres, 1997; Offord et autres, 1989). Par ailleurs, les résultats d'autres études indiquent que la dépression est un état plus « prévalent » chez les individus vivant dans des familles monoparentales et dans des conditions socioéconomiques moins favorables (Beaudet, 1996; Santé Canada, 1999). Comme la dépression du parent, la pauvreté et la présence d'un seul parent au foyer sont cependant aussi des facteurs de risque quant à l'adaptation affective et comportementale de l'enfant (Lipman et autres, 1996; Offord et Lipman, 1996). Le lien entre la condition socioéconomique des parents, leur situation familiale, leur bien-être psychologique et l'adaptation de leur enfant semble donc complexe. L'influence des caractéristiques socioéconomiques des parents sur l'adaptation de l'enfant est probablement indirecte et se manifeste surtout à travers le stress psychologique vécu par les parents, leur

santé mentale, la relation de couple et la relation parent/enfant (Jensen et autres, 1990; Offord, 1990). Par exemple, l'absence du père du foyer, condition fortement associée à une situation de faible revenu et à un stress psychologique élevé chez le parent seul (Santé Canada, 1999), pourrait favoriser la présence de difficultés au niveau de la relation parent/enfant et être associée, par conséquent, à l'émergence de problèmes d'adaptation chez l'enfant. Bien que souvent reliés, le revenu familial et la situation familiale exerceraient toutefois des effets distincts sur l'adaptation de l'enfant. En tenant compte de ces deux facteurs de risque, Pagani et autres (1997) ont noté que la pauvreté s'avère plus fortement liée à la performance scolaire de l'enfant, tandis que la situation familiale est un meilleur prédicteur de l'adaptation de l'enfant sur le plan du comportement. De plus, la pauvreté et le type de familles ne sont pas indépendants de certaines caractéristiques des parents présentes avant la naissance de l'enfant. L'adaptation sociale des parents à l'adolescence, par exemple, thème présenté dans la deuxième partie de ce numéro, peut être un précurseur important de leur situation économique et familiale ultérieure.

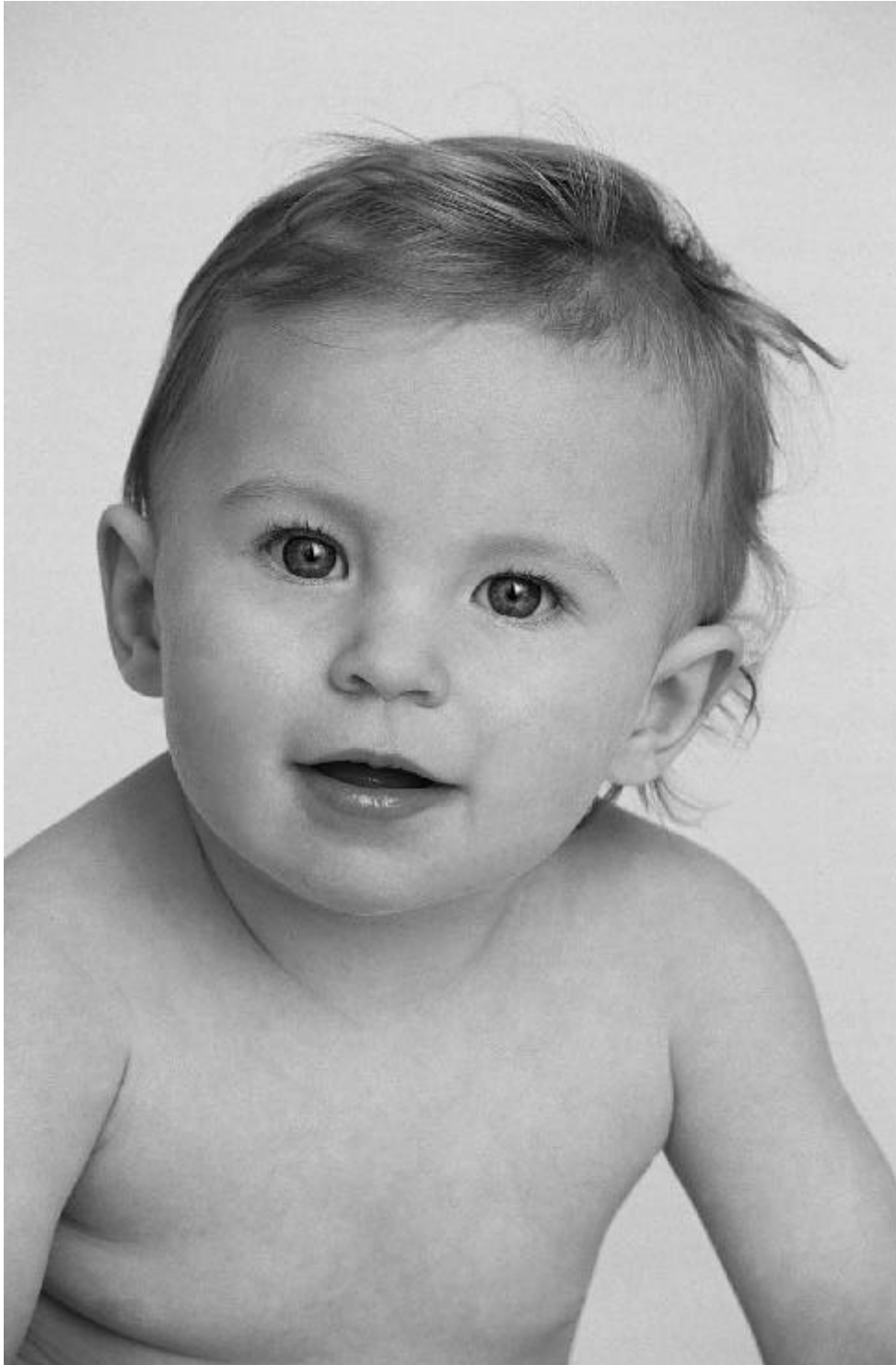
Les données longitudinales de l'ÉLDEQ nous permettront de vérifier comment ces multiples facteurs de risque interagissent et influent sur le développement des enfants. De plus, nous serons en mesure d'examiner quelles caractéristiques propres à l'enfant ou à son environnement peuvent le protéger d'une mésadaptation psychosociale dans un contexte familial susceptible de compromettre son développement.



# Santé et adaptation sociale des parents

---

## Section II Adaptation sociale





# 1. Introduction

---

Un des principaux objectifs de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ) consiste à examiner les facteurs de risque associés au développement de problèmes de comportement chez les enfants à partir de la petite enfance jusqu'à l'âge scolaire et même au-delà. L'étude vise également à analyser les facteurs entravant ou favorisant le développement psychosocial et cognitif nécessaire à l'enfant pour faire face aux multiples défis de la scolarisation.

L'identification des facteurs contribuant au développement de problèmes de comportement chez les enfants s'avère cependant difficile pour deux raisons. D'abord, les enfants présentant des comportements antisociaux sont plus susceptibles d'expérimenter diverses difficultés à l'âge adulte, telles que l'abus d'alcool et de drogues, la grossesse à l'adolescence ou le décrochage scolaire (Cassidy et autres, 1996; Robins, 1966; Robins et Price, 1991; Serbin et autres, 1991; Woodward et Fergusson, 1999; Zoccolillo et autres, 1992; Zoccolillo et Rogers, 1991). Ces difficultés constituent également, en elles-mêmes, des facteurs pouvant contribuer à l'apparition d'éventuels problèmes psychosociaux chez leurs propres enfants. Par ailleurs, les conduites antisociales peuvent se transmettre d'une génération à l'autre, soit par les gènes, soit par l'entremise de l'environnement familial, ou par une combinaison des deux (Cadoret et autres, 1995; Langbehn et autres, 1998; Rutter et autres, 1990; Silberg et autres, 1996). On ne peut comprendre et expliquer les ressemblances familiales en matière de problèmes de comportement (ex. : un comportement délinquant chez un garçon vivant dans une famille pauvre dont le père a un dossier criminel) sans avoir recours à un devis de recherche permettant de distinguer les facteurs environnementaux et génétiques sous-jacents.

Afin de mieux cerner les facteurs de risque reliés au développement de difficultés de comportement chez les enfants, il devient alors nécessaire de connaître les antécédents antisociaux de leurs parents et cela, pour deux raisons. Dans un premier temps, une telle mesure peut être utilisée afin de prendre en compte un éventuel mode de transmission génétique des conduites antisociales. Par exemple, il a été démontré que les enfants nés d'une mère adolescente sont plus susceptibles de présenter un comportement antisocial (Coley et Chase-Lansdale, 1998) mais avoir des problèmes de cette nature durant son enfance constitue

en soi un facteur associé à une maternité précoce. Qui plus est, la prévalence des troubles du comportement est plus élevée chez les mères adolescentes que chez les autres mères (Cassidy et autres, 1996; Serbin et autres, 1991; Woodward et Fergusson, 1999). Toutefois, ce ne sont évidemment pas toutes les mères adolescentes qui ont un passé marqué par des problèmes de comportement. Examiner si les enfants de mères adolescentes (et de pères adolescents) n'ayant pas connu de problèmes de conduite - donc présumés être à plus faible risque sur le plan génétique que les enfants de parents adolescents manifestant de tels problèmes - présentent davantage de troubles du comportement que les autres enfants peut aider à mieux départager la contribution des composantes d'ordre génétique et environnemental. Cependant, pour que cette analyse soit possible, il est primordial de disposer de renseignements sur les antécédents antisociaux des deux parents et d'un échantillon suffisamment important pour autoriser des comparaisons entre des parents adolescents et des parents adultes, antisociaux ou non.

En deuxième lieu, il convient de souligner que l'on dispose de peu de données sur l'environnement familial des enfants dont les parents ont des antécédents antisociaux. En effet, les quelques recherches menées sur le sujet sont soit des études longitudinales portant sur les compétences parentales d'individus ayant manifesté des comportements antisociaux durant leur enfance, ou encore, des études ayant comparé les parents d'enfants antisociaux à un groupe contrôle (Robins, 1966; Serbin et autres, 1998). Ainsi, à notre connaissance, aucune étude épidémiologique à grande échelle, basée sur une cohorte de naissance, n'a cherché à documenter les antécédents antisociaux des deux parents. En l'absence de données sur les caractéristiques des familles où le vécu des parents comporte des problèmes de comportement, il demeure difficile de planifier des programmes de prévention ou des interventions efficaces visant ces familles.

Dans l'ÉLDEQ, les antécédents antisociaux des parents lors de l'enfance, l'adolescence ou la vie adulte ont été évalués à l'aide de deux questionnaires autoadministrés : un rempli par les mères (QAAM) et l'autre par les pères (QAAP). Ces questionnaires sont décrits dans la section suivante. Le nombre de « symptômes » rapportés par les parents est ensuite examiné en fonction de différents facteurs de risque pouvant influencer sur le développement

des enfants québécois alors âgés d'environ 5 mois. Seules les données portant sur les parents biologiques, lesquels représentent la quasi-totalité des répondants aux QAAM et QAAP, figurent ici.

## 2. Aspects méthodologiques

Plusieurs principes de base ont guidé le choix des questions servant à dresser le profil des parents. Dans un premier temps, le questionnaire devait permettre d'identifier les parents les plus susceptibles de présenter une personnalité antisociale. À cet égard, les recherches antérieures ont montré que le nombre d'écart de conduite manifestés durant l'enfance/adolescence s'avère un meilleur prédicteur des comportements antisociaux répétitifs et persistants que la présence de problèmes de conduite particuliers (Robins, 1966; Robins et Price, 1991; Robins et Regier, 1991). Par conséquent, plusieurs questions ont été posées. La somme des écarts de conduite que les parents ont déclaré avoir connu durant leur enfance ou leur adolescence a été retenue comme principale variable d'intérêt lors de l'analyse.

En second lieu, il s'avère tout aussi important d'identifier les parents ne présentant pas de « troubles de la conduite » que ceux ayant des antécédents antisociaux significatifs. Ainsi, les comportements retenus réfèrent à des « symptômes » de niveaux de sévérité variables. À cet égard, des recherches antérieures ont montré une gradation au niveau des symptômes du trouble des conduites. Plus spécifiquement, bien qu'il existe différents degrés de sévérité du trouble des conduites, on a observé que les symptômes les moins sévères sont présents chez la plupart des individus ayant reçu ce diagnostic (Robins, 1966; Robins et Regier, 1991). En faisant le choix de retenir relativement moins de « symptômes » sévères dans le questionnaire de l'ÉLDEQ, il est alors davantage probable que les parents ayant répondu par la négative à toutes les questions ne présentent effectivement pas de troubles de la conduite et, qu'à l'inverse, ceux qui ont rapporté plusieurs « symptômes », même mineurs, aient des antécédents antisociaux.

Troisièmement, des études épidémiologiques ont démontré qu'une majorité de femmes, et une fraction non négligeable d'hommes ayant une histoire de conduites antisociales chroniques et continues (répondant aux critères du trouble de la personnalité antisociale du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM-III]), n'ont pas d'antécédents criminels. De même, une proportion importante d'hommes ayant un dossier criminel ne présentent pas une personnalité antisociale (Robins et Regier, 1991). Conséquemment, les « symptômes » retenus dans

l'ÉLDEQ ne mettent pas uniquement l'accent sur les comportements criminels.

Mentionnons de plus que les questions choisies dans la présente étude afin de dresser le profil des parents sont inspirées de celles incluses dans l'entrevue psychiatrique structurée la plus utilisée au monde, le *NIMH - Diagnostic Interview Schedule* (Helzer et Robins, 1988), et sont basées sur les critères du DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Elles reflètent aussi les critères du DSM-IV pour diagnostiquer le « trouble des conduites » ou une personnalité antisociale (American Psychiatric Association, 1994). Il est important cependant de souligner ici que cette étude n'a pas pour objectif d'obtenir des taux de prévalence de ces troubles tel qu'ils sont définis dans le DSM-IV.

De plus, des travaux antérieurs ont révélé des différences quant à la manifestation des comportements antisociaux selon le sexe. Les comportements retenus dans la présente étude ont donc été choisis en tenant compte du fait que l'on s'adressait soit à des pères ou à des mères (Zoccolillo, 1993).

Finalement, certaines contraintes tant logistiques que financières ont dû être considérées dans la mesure des comportements antisociaux durant l'enfance/adolescence et au cours de la vie adulte. C'est ainsi que dans l'ÉLDEQ, les questions servant à identifier ce type de comportements ont été insérées dans les questionnaires autoadministrés des mères et des pères et que ces questions sont au nombre de huit pour les pères (QAAP) et de neuf pour les mères (QAAM). En raison de l'importance aussi de distinguer clairement les comportements ayant eu cours durant l'enfance/adolescence de ceux vécus à l'âge adulte, les questions posées ayant trait à la période de l'enfance/adolescence étaient précédées de « Avant la fin de vos études secondaires, avez-vous... » et celles référant à l'âge adulte débutaient par « Après avoir quitté l'école ou fini vos études... ».

Chez les mères, pour la période de l'enfance/adolescence, les cinq comportements antisociaux suivants étaient mesurés : avoir piqué ou volé plus d'une fois; avoir été impliquée plus d'une fois dans une bagarre; avoir été en rapport avec la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) ou arrêtée par la police à cause d'une mauvaise conduite; avoir fait l'école buissonnière au moins deux

fois en un an et, finalement, s'être sauvée de la maison et avoir passé la nuit hors du foyer. Pour la même période de référence, on a questionné les pères sur les quatre comportements suivants : avoir piqué ou volé plus d'une fois; avoir souvent été impliqué dans des bagarres qu'ils avaient commencées; avoir été en rapport avec la DPJ ou arrêté par la police à cause d'une mauvaise conduite et avoir été renvoyé ou suspendu de l'école. Quant aux questions ayant trait aux comportements antisociaux des mères s'étant manifestés durant la vie adulte, ils étaient au nombre de quatre : avoir été congédiée du travail (pour une autre raison que le manque d'emploi); avoir été arrêtée pour des infractions autres que celles au Code de la route; avoir lancé des objets à son mari/conjoint ou l'avoir frappé<sup>1</sup> et avoir eu des problèmes à son travail, avec la police ou avec sa famille, ou un accident de la route causés par la drogue ou l'alcool. En regard des pères, les quatre questions concernant la même période de temps s'énonçaient comme suit : avoir été congédié de son travail plus d'une fois (pour une autre raison que le manque d'emploi); avoir été arrêté pour des infractions autres que celles au Code de la route; avoir été impliqué dans des bagarres ou avoir attaqué ou blessé quelqu'un plus d'une fois et, en dernier lieu, avoir eu des problèmes (à son travail, avec la police ou avec sa famille) ou un accident de la route liés à la drogue ou à l'alcool.

---

1. Dans le prétest de l'ÉLDEQ, les mères devaient répondre à une question plus générale sur l'agressivité : « avoir été impliquée dans une bagarre ou avoir attaqué ou blessé quelqu'un ». Peu de femmes ayant répondu par l'affirmative, la question sur l'agressivité envers le conjoint a été utilisée dans l'enquête mais pour les mères seulement.

## 3. Résultats

### 3.1 Les comportements antisociaux chez les mères

Parmi les 2 219 mères biologiques<sup>2</sup> vivant avec le nourrisson dans le ménage visité<sup>3</sup>, 2 137 (96,3 %) ont rempli le questionnaire autoadministré. De celles-ci, 2 105 ont répondu aux 5 questions portant sur les symptômes du trouble des conduites lors de l'enfance/adolescence; 14 ont répondu à 4 questions; 3 ont répondu à 3 des 5 questions et 15 ont répondu à aucune des questions. La somme des symptômes du trouble des conduites a été établie à partir des données fournies par les 2 119 mères ayant répondu à au moins 4 des 5 questions. Les résultats sont présentés au tableau 3.1. On y remarque qu'à l'exception du comportement « avoir fait l'école buissonnière au moins deux fois en un an », qui est très répandu (48 %), et du comportement « avoir piqué ou volé plus d'une fois » (18 %), les autres comportements sont relativement peu fréquents, ayant été rapportés par 10 % ou moins des mères. La présence de trois symptômes ou plus (critère utilisé dans le DSM-IV pour la définition du trouble des conduites) concerne 6 % des mères, soit une proportion comparable à celle déclarée dans d'autres études épidémiologiques (Zoccolillo, 1993).

Les comportements antisociaux à l'âge adulte sont aussi présentés au tableau 3.1. La prévalence de ce type de comportements est beaucoup moins élevée que ce qui est observé pour la période précédant la fin des études secondaires : 19 % des mères ont rapporté avoir expérimenté au moins un problème de comportement à l'âge adulte alors que cette situation est le fait de plus de la moitié (55 %) des mères pour la période de l'enfance et de l'adolescence. Plus spécifiquement, la proportion de mères ayant déclaré trois ou quatre comportements antisociaux à l'âge adulte est très faible (0,3 %).

Tableau 3.1  
Symptômes du trouble des conduites et de comportement antisocial chez les mères, 1998

	n	%
Symptômes du trouble des conduites (avant la fin des études secondaires)		
A piqué ou volé plus d'une fois	378	17,8
A été impliquée plus d'une fois dans une bagarre qu'elle avait commencée	70	3,3
A été en rapport avec la DPJ ou arrêtée par la police en raison d'une mauvaise conduite	85	4,0
A fait l'école buissonnière au moins deux fois en un an	1 006	47,6
S'est sauvée de la maison/a passé la nuit hors du foyer	204	9,6
Nombre de symptômes du trouble des conduites		
Aucun	955	45,1
1	759	35,8
2	276	13,0
3	93	4,4
4 ou 5	35	1,7*
<b>Total</b>	<b>2 118</b>	<b>100,0</b>
Symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte (après avoir fini les études)		
A été congédiée du travail	199	9,5*
A été arrêtée <sup>1</sup>	31	1,5
A frappé son conjoint ou lui a lancé des objets	223	10,6*
A eu des problèmes (au travail, avec la police ou avec la famille) ou un accident de la route causés par la drogue ou l'alcool	28	1,3
Nombre de symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte		
Aucun	1 711	80,9
1	338	16,0
2	61	2,9
3 ou 4	6	0,3**
<b>Total</b>	<b>2 116</b>	<b>100,0</b>

1. Exclut les arrestations causées par une infraction au code de la route.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Une façon de vérifier la validité des symptômes du trouble des conduites que les mères ont dit avoir connu durant leur enfance ou leur adolescence est de voir jusqu'à quel point ceux-ci sont

2. Les effectifs présentés ici et dans la suite du texte sont basés sur les données pondérées ramenées à la taille de l'échantillon initial.

3. Parmi les 2 223 nourrissons de l'ÉLDEQ, un très faible pourcentage (0,2 %) vivaient en famille d'accueil ou avec leur père seulement, au moment de l'enquête.

associés à des symptômes manifestés à l'âge adulte. Des études antérieures ont en effet démontré que : 1) les adultes adoptant plusieurs comportements antisociaux sont davantage susceptibles d'avoir expérimenté des problèmes de conduite durant leur enfance ou leur adolescence; 2) les enfants connaissant des écarts de conduite sont plus enclins à manifester des symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte, mais ce n'est pas le cas pour plusieurs d'entre eux (Robins, 1966; Robins, 1978; Robins et Price, 1991; Zoccolillo et autres, 1992). La relation entre le nombre de problèmes de conduite durant l'enfance et l'adolescence et le nombre de symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte chez les mères des nourrissons québécois est présentée au tableau 3.2. La relation est significative et suit le modèle décrit ci-haut. Ainsi,

85 % des mères ayant rapporté entre 2 et 4 symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte ont expérimenté au moins un problème de conduite avant la fin des études secondaires contre la moitié seulement de celles qui en ont rapporté aucun. Par ailleurs, 41 % des mères ayant déclaré entre 3 et 5 symptômes de trouble des conduites ont rapporté au moins un comportement antisocial à l'âge adulte alors que cette situation concerne seulement 11 % des mères qui n'en ont pas signalé.

Tableau 3.2

**Association entre le nombre de symptômes du trouble des conduites manifestés durant l'enfance ou l'adolescence et le nombre de symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte chez les mères, 1998<sup>1</sup>**

	Symptômes du trouble des conduites <sup>2</sup>				Total	
	0	1	2	3 à 5	n	%
	%					
Symptômes de comportement antisocial <sup>3</sup>						
0	49,5	34,7	11,4	4,3	1 705	100,0
	88,7	78,4	70,3	58,6	--	80,8
1	28,8	43,0	19,0	9,2*	337	100,0
	10,2	19,2	23,2	24,2*	--	16,0
2 à 4	14,7**	26,5**	26,5**	32,4*	68	100,0
	1,1**	2,4**	6,5**	17,2*	--	3,2
<b>Total</b>						
<b>n</b>	<b>951</b>	<b>755</b>	<b>276</b>	<b>128</b>	<b>2 110</b>	<b>--</b>
<b>%</b>	<b>45,1</b>	<b>35,8</b>	<b>13,1</b>	<b>6,1</b>	<b>-</b>	<b>100,0</b>

1.  $p < 0,001$ .

2. Les pourcentages s'additionnent verticalement (deuxième rangée de chaque catégorie).

3. Les pourcentages s'additionnent horizontalement (première rangée de chaque catégorie).

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

### 3.2 Les comportements antisociaux chez les pères

Des 2 015 pères biologiques vivant en famille biparentale<sup>4</sup>, 1 842 (91,4 %) ont retourné le questionnaire autoadministré (QAAP). De ceux-là, 1 826 ont répondu aux 4 questions portant sur des symptômes du trouble des conduites au cours de l'enfance/adolescence, 9 autres ont répondu à 3 questions et 7 ont répondu à 2 questions ou moins. La somme des symptômes du trouble des conduites manifestés avant la fin des études secondaires est basée sur les données recueillies auprès de 1 835 pères ayant répondu à au moins 3 des 4 questions. Les résultats sont présentés au tableau 3.3. La majorité des pères des nourrissons ne déclarent aucun symptôme de conduites antisociales (58 %). Par ailleurs, les prévalences de trois ou quatre symptômes du trouble des conduites, respectivement 4,1 % et 1,5 %, sont comparables, même si légèrement inférieures, à celles obtenues dans des études épidémiologiques antérieures (Zoccolillo, 1993).

Parmi les pères de famille biparentale ayant retourné le QAAP, 1 824 ont répondu à la totalité des 4 questions se rapportant à autant de symptômes de personnalité antisociale à l'âge adulte, 10 ont répondu à 3 des 4 questions et 8 ont répondu à seulement une ou à aucune des questions. La somme du nombre de symptômes s'étant manifestés à l'âge adulte est basée sur les renseignements fournis par 1 834 pères biologiques ayant répondu à au moins 3 questions. Ces résultats sont aussi présentés au tableau 3.3. En résumé, la proportion de pères ayant rapporté plusieurs symptômes est faible : seulement 1,9 % des pères ont déclaré avoir manifesté trois ou quatre des comportements mesurés.

Tableau 3.3  
Symptômes du trouble des conduites et de comportement antisocial chez les pères de famille biparentale, 1998

	n	%
Symptômes du trouble des conduites (avant la fin des études secondaires)		
A piqué ou volé plus d'une fois	496	27,1
A souvent été impliqué dans des bagarres qu'il avait commencées	184	10,0
A été en rapport avec la DPJ ou arrêté par la police en raison d'une mauvaise conduite	159	8,7
A déjà été renvoyé ou suspendu de l'école	368	20,0
Nombre de symptômes du trouble des conduites		
Aucun	1 067	58,2
1	457	24,9
2	208	11,3
3	75	4,1
4	28	1,5*
<b>Total</b>	<b>1 835</b>	<b>100,0</b>
Symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte (après avoir fini les études)		
A été congédié du travail plus d'une fois	105	5,7
A été arrêté <sup>1</sup>	190	10,4
A été impliqué dans des bagarres ou a attaqué ou blessé quelqu'un plus d'une fois	132	7,2
A eu des problèmes (au travail, avec la police ou avec la famille) ou un accident de la route causés par la drogue ou l'alcool	106	5,8
Nombre de symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte		
Aucun	1 463	79,7
1	251	13,7
2	84	4,6
3	30	1,6*
4	6	0,3**
<b>Total</b>	<b>1 834</b>	<b>100,0</b>

1. Exclut les arrestations causées par une infraction au code de la route.  
\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.  
\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Quant au tableau 3.4, il présente la relation entre les symptômes du trouble des conduites (enfance/adolescence) et les symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte chez les pères vivant en famille biparentale. Ces résultats suivent le même modèle que celui observé précédemment pour l'ensemble des mères.

4. Les pères biologiques absents du ménage (9 %), mais ayant un contact au moins une fois par mois avec l'enfant, étaient aussi admissibles au QAAP. Étant donné le faible pourcentage de questionnaires retournés (moins de 50 %), les données n'ont pu être pondérées et ne sont pas présentées ici.

Tableau 3.4

**Association entre le nombre de symptômes du trouble des conduites manifestés durant l'enfance ou l'adolescence et le nombre de symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte chez les pères de famille biparentale, 1998<sup>1</sup>**

	Symptômes du trouble des conduites <sup>2</sup>				Total	
	0	1	2	3 ou 4	n	%
	%					
Symptômes de comportement antisocial <sup>3</sup>						
0	64,5	22,7	9,6	3,1	1461	100,0
	88,5	73,0	67,3	45,1	--	79,8
1	38,6	33,9	15,9*	11,6**	251	100,0
	9,1	18,7	19,2*	28,4**	--	13,7
2	25,0*	31,0*	22,6*	21,4*	84	100,0
	1,9*	5,7*	9,1*	17,6*	--	4,6
3 ou 4	14,3**	34,3**	25,7**	25,7**	35	100,0*
	0,5**	2,6**	4,3**	8,8**	--	1,9*
<b>Total</b>						
n	1 066	455	208	102	1 831	--
%	58,2	24,8	11,4	5,6	--	100,0

1.  $p < 0,001$ .

2. Les pourcentages s'additionnent verticalement (deuxième rangée de chaque catégorie).

3. Les pourcentages s'additionnent horizontalement (première rangée de chaque catégorie).

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

### 3.3 Comportements antisociaux des parents et certains facteurs de risque pour le développement de l'enfant

Une question clé est de déterminer quelle combinaison des neuf comportements évalués chez les mères ou des huit comportements mesurés chez les pères peut être retenue afin de considérer un parent comme affichant une personnalité antisociale. Dans l'analyse qui suit, le nombre de symptômes du « trouble des conduites » (concernant la période de l'enfance/adolescence) plutôt que les symptômes manifestés à l'âge adulte a été utilisé comme mesure de la personnalité antisociale du parent, et ce, pour

plusieurs raisons. Premièrement, tous les individus ont traversé la période considérée « à risque » en ce qui a trait aux problèmes de conduite susceptibles de survenir lors de l'enfance ou de l'adolescence mais plusieurs d'entre eux sont de jeunes adultes et sont, par conséquent, toujours « à risque » d'afficher des comportements antisociaux à l'âge adulte. Deuxièmement, les études ont démontré que la plupart des adultes présentant un comportement clairement antisocial ont expérimenté des problèmes de conduite durant leur enfance ou leur adolescence. Par contre, les individus qui ont traversé l'enfance et l'adolescence sans manifester de symptômes du trouble des conduites sont très peu susceptibles de présenter des comportements antisociaux répétitifs et persistants à l'âge adulte (Robins, 1966; Robins, 1978; Zoccolillo, 1993). Troisièmement, la probabilité de voir apparaître des symptômes à l'âge adulte peut être influencée par des phénomènes tels que la grossesse et l'accession au rôle de parent. Par exemple, certaines mères, particulièrement les plus jeunes, peuvent ne pas avoir encore acquis d'expérience sur le marché du travail et ne courent donc pas le risque d'être congédiées de leur emploi. Soulignons par ailleurs que la proportion de parents montrant plusieurs symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte est nettement inférieure à celle des parents affichant plusieurs symptômes du trouble des conduites. Finalement, en matière de planification et d'intervention il est beaucoup plus facile de cibler les individus manifestant ou ayant manifesté, dans le passé, des symptômes du trouble des conduites que de sélectionner des individus sur la base de symptômes apparaissant à l'âge adulte et pouvant survenir après la naissance d'un premier enfant.

#### 3.3.1 Les symptômes maternels et paternels du trouble des conduites et certains facteurs de risque pour le développement de l'enfant

##### • Les mères

La relation entre le nombre de symptômes maternels du trouble des conduites et différents facteurs de risque pour le développement de l'enfant est présentée au tableau 3.5. Plusieurs conclusions peuvent être tirées de ces données. Premièrement, l'environnement familial des enfants dont la mère présente entre trois et cinq symptômes du trouble des conduites (approximativement 6 % des nourrissons) est nettement plus défavorable que celui des enfants provenant de familles où la mère n'a rapporté aucun symptôme de conduites antisociales. Ces

enfants sont plus susceptibles d'être nés d'une jeune mère (âgée de moins de 25 ans) (38 % c. 16 %), d'avoir été exposés à la fumée de cigarette *in utero* (50 % c. 15 %) ou durant leurs premiers mois de vie (41 % c. 15 %), d'avoir été exposés à des drogues illégales durant la grossesse de leur mère (6 % c. 0,2 %), de ne pas vivre avec leur père biologique (19 % c. 7 %) ou encore d'être nés d'une mère qui n'a pas terminé ses études secondaires (32 % c. 14 %). Ils sont aussi proportionnellement plus nombreux à vivre dans un ménage se situant sous le seuil de faible revenu (42 % c. 25 %) ou à être nés d'une mère ayant

rapporté avoir consommé une quantité excessive d'alcool à une même occasion (32 % c. 9 %) ou des drogues illégales (13 % c. 1,2 %) au cours de l'année précédant l'enquête. Comme on peut le voir au tableau 3.5, la prévalence de certains comportements tels que le tabagisme (durant la grossesse ou au moment de l'enquête) est par ailleurs plus élevée chez les mères présentant un seul symptôme du trouble des conduites que chez celles n'affichant aucun symptôme (29 % c. 15 %).

Tableau 3.5

Prévalence de certains facteurs de risque (%) chez les mères selon le nombre de symptômes du trouble des conduites manifestés durant l'enfance ou l'adolescence, 1998

	Nombre de symptômes du trouble des conduites				$\chi^2$
	0	1	2	3 à 5	
	%				
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>					
Âgée de moins de 20 ans	1,6**	3,5*	2,9**	11,6**	p < 0,01
Âgée de moins de 25 ans	16,2	25,8	32,0	37,7	p < 0,001
Premier enfant avant l'âge de 20 ans	7,3	12,9	13,4*	24,7*	p < 0,001
Sans diplôme d'études secondaires	13,5	18,5	18,8	32,2	p < 0,001
N'habite pas avec le père biologique	7,1	8,6	10,2*	19,3*	p < 0,05
Vit dans un ménage à faible revenu <sup>1</sup>	24,5	24,0	28,4	41,7	p < 0,01
<b>Tabagisme et consommation de substances psychoactives</b>					
Usage quotidien du tabac au moment de l'enquête	14,7	29,1	37,1	40,5	p < 0,001
Consommation de drogues illégales au cours des 12 mois précédant l'enquête <sup>2</sup>	1,2**	3,7	4,2**	13,0*	p < 0,001
Consommation excessive d'alcool (5 consommations ou plus à une même occasion) au cours des 12 mois précédant l'enquête	9,2	16,2	23,5	31,8	p < 0,001
<b>Habitudes de vie durant la grossesse</b>					
Tabagisme	15,0	29,4	38,8	50,2	p < 0,001
Consommation de drogues illégales	0,2**	2,1**	2,0**	5,9**	p < 0,001

1. D'après les seuils de faible revenu de Statistique Canada pour l'année de référence 1997 (base de 1992) (voir le numéro 2 de la présente collection).

2. Comprend l'une ou l'autre des drogues suivantes : inhalants, marijuana, cocaïne, amphétamines, héroïne, opiacés, hallucinogènes, tranquillisants sans prescription tels que barbituriques, Ativan ou Valium ainsi que extasy.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Quelques différences intéressantes et significatives ressortent par ailleurs en regard de l'Échelle des cognitions et des conduites parentales à l'égard du nourrisson (ÉCOPAN) lorsqu'on examine les items de l'échelle de coercition en fonction du nombre de symptômes de problèmes de conduite rapportés par les mères<sup>5</sup>. Pour chaque énoncé, la mère répondait à l'aide d'une échelle de type Likert en 11 points (« 0 = pas du tout » à « 10 = exactement ») mais l'examen des réponses des mères à chaque item indique que la majorité d'entre elles ont répondu « Pas du tout ce que j'ai fait » pour décrire le type de comportement qu'elles adoptent. On observe toutefois que pour la plupart des items de cette échelle, la proportion de mères ayant retenu ce choix de réponse diminue à mesure que le nombre de symptômes du trouble des conduites augmente (tableau 3.6). Par exemple, à la question « Il m'est arrivé de laisser mon bébé seul dans sa chambre lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile », 63 % des mères montrant aucun symptôme de conduite antisociale ont répondu « Pas du tout ce que j'ai fait » alors que cette réponse a été choisie par seulement 42 % des mères ayant rapporté entre 3 et 5 écarts de conduite. En ce qui concerne la question « ... se fâcher... », on note une tendance similaire mais les différences ne sont pas significatives sur le plan statistique. Par ailleurs, les deux autres items où aucune différence significative n'est relevée (taper le bébé; secouer le bébé) présentent des taux d'endorsement très faibles.

Au sujet d'items de l'ÉCOPAN référant à l'affection maternelle tels que « J'ai énormément de plaisir à jaser (faire des petits bruits, gazouiller) avec mon bébé », « Je ressens très souvent le besoin d'embrasser mon bébé », « J'ai habituellement beaucoup de plaisir quand je tiens mon bébé dans les bras » et « Je ressens une joie intense et je suis attendrie quand mon bébé me sourit », aucune différence significative n'a été observée en fonction du nombre de symptômes de problèmes de conduite rapportés par les mères (données non présentées). Aucun lien émerge non plus entre les symptômes maternels du trouble des conduites et la perception qu'a la mère du tempérament de son enfant (échelle de tempérament difficile) (données non présentées).

5. Pour plus de détails sur cette échelle incluse dans le questionnaire autoadministré de la mère (QAAM), voir le numéro 10 de la présente collection.

Tableau 3.6  
Pourcentage des mères ayant répondu « Pas du tout ce que j'ai fait » aux items de l'échelle de coercition (ÉCOPAN)<sup>1</sup> selon le nombre de symptômes du trouble des conduites manifestés durant l'enfance ou l'adolescence, 1998

	Nombre de symptômes du trouble des conduites				X <sup>2</sup>
	0	1	2	3 à 5	
	%				
Il m'est déjà arrivé de me fâcher après mon bébé lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile.	47,0	39,3	39,7	33,2	p < 0,01
Quand mon bébé pleure, il me tape sur les nerfs.	53,0	47,6	47,2	40,2	p < 0,05
Il m'est arrivé de parler fort ou de crier après mon bébé lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile.	63,1	58,6	56,8	47,2	p < 0,01
Il m'est arrivé de taper mon bébé lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile.	95,8	97,3	98,0	96,7	non sig.
Il m'est déjà arrivé de perdre le contrôle avec mon bébé lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile.	77,3	75,2	71,6	67,0	non sig.
Il m'est arrivé de laisser mon bébé seul dans sa chambre lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile.	62,6	54,5	54,0	41,6	p < 0,001
Il m'est déjà arrivé de secouer mon bébé lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile.	92,1	94,6	92,7	95,4	non sig.

1. Échelle des cognitions et des conduites parentales à l'égard du nourrisson.

Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002.

- Les pères

Le nombre de symptômes paternels du trouble des conduites figure au tableau 3.7 en fonction de différents facteurs de risque présents dans l'environnement familial. On y présente également l'association entre les problèmes de conduite durant l'enfance et

l'adolescence et les symptômes de comportement antisocial manifestés par les pères à l'âge adulte.

Les résultats sont, dans l'ensemble, similaires à ceux observés chez les mères. Comparativement aux pères n'ayant rapporté aucun problème de comportement, les pères de famille biparentale présentant au moins trois symptômes du trouble des conduites sont plus susceptibles d'être jeunes, moins scolarisés, sans emploi, de faire usage du tabac au moment de l'enquête et d'avoir consommé une quantité excessive d'alcool

ou de drogues illégales au cours de l'année précédant l'enquête.

Par ailleurs, seulement 3 % des premiers contre 35 % des seconds ont été impliqués dans des bagarres ou encore ont attaqué ou blessé quelqu'un plus d'une fois au cours de leur vie adulte. Les écarts observés sont du même ordre en ce qui concerne les arrestations autres que celles causées par une infraction au Code de la route (5 % c. 32 %).

Tableau 3.7

Prévalence de certains facteurs de risque (%) chez les pères de famille biparentale selon le nombre de symptômes du trouble des conduites manifestés durant l'enfance ou l'adolescence, 1998

	Nombre de symptômes du trouble des conduites				$\chi^2$
	0	1	2	3 ou 4	
	%				
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>					
Âgé de moins de 25 ans	6,9	6,6*	15,0*	17,1*	p < 0,01
Sans diplôme d'études secondaires	13,2	17,6	24,6	25,6*	p < 0,001
Sans emploi au moment de l'enquête	11,6	11,4	18,0*	20,3*	p < 0,05
Vit dans un ménage à faible revenu <sup>1</sup>	19,6	20,4	25,2	30,7	non sig.
<b>Tabagisme et consommation de substances psychoactives</b>					
Usage quotidien du tabac au moment de l'enquête	21,5	33,8	42,8	55,3	p < 0,001
Consommation de drogues illégales au cours des 12 mois précédant l'enquête <sup>2</sup>	4,6*	7,6*	11,0*	20,6*	p < 0,001
Consommation excessive d'alcool (5 consommations ou plus à une même occasion) au cours des 12 mois précédant l'enquête	44,3	56,2	57,1	68,4	p < 0,001
<b>Comportements antisociaux à l'âge adulte</b>					
A été congédié du travail plus d'une fois	3,3*	8,6*	8,3*	13,4*	p < 0,001
A été arrêté <sup>3</sup>	5,3	12,6	21,1	31,6	p < 0,001
A été impliqué dans des bagarres ou a attaqué ou blessé quelqu'un plus d'une fois	2,8*	9,1*	12,6*	34,5	p < 0,001
A eu des problèmes (au travail, avec la police ou avec la famille) ou un accident de la route causés par la drogue ou l'alcool	3,0*	8,0*	11,0*	13,8**	p < 0,001
Deux symptômes ou plus du trouble des conduites chez la conjointe	12,9	20,0	30,8	30,7*	p < 0,001

1. D'après les seuils de faible revenu de Statistique Canada pour l'année de référence 1997 (base de 1992) (voir le numéro 2 de la présente collection).

2. Comprend l'une ou l'autre des drogues suivantes : inhalants, marijuana, cocaïne, amphétamines, héroïne, opiacés, hallucinogènes, tranquillisants sans prescription tels que barbituriques, Ativan ou Valium ainsi que extasy.

3. Exclut les arrestations causées par une infraction au code de la route.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Les pères ont aussi rempli l'Échelle des cognitions et des conduites parentales à l'égard du nourrisson (ÉCOPAN) et l'échelle du tempérament de l'enfant. Aucune relation claire ne ressort entre les résultats obtenus aux items de l'échelle de coercition et le nombre de symptômes du trouble des conduites observés chez les pères. La perception qu'ont les pères du tempérament de leur enfant ne diffère pas non plus selon le nombre de symptômes paternels du trouble des conduites (données non présentées).

### 3.4 Le choix du conjoint

Quelques études révèlent que les parents affichant des comportements antisociaux sont plus susceptibles de choisir un partenaire présentant également ce trait de personnalité (Krueger et autres, 1998). Il demeure toutefois difficile de vérifier cette relation dans l'ÉLDEQ étant donné que plus le nombre de symptômes du trouble des conduites rapportés par la mère est élevé, plus grandes sont les chances que le père biologique soit absent du ménage et n'ait pas retourné le QAAP. Cependant, les mères ne vivant pas avec le père biologique ont été invitées à remplir un questionnaire portant sur les antécédents de ce dernier, identique à celui rempli par les pères de famille biparentale. Malheureusement, le taux de non-réponse globale ou partielle obtenu pour cette composante de l'enquête s'avère élevé (voir le numéro 1 de la présente collection) et, pour cette raison, ces données ne seront pas examinées ici. Il est toutefois possible de vérifier, à partir des données recueillies auprès des parents de famille biparentale, s'il existe une relation entre le nombre de symptômes du trouble des conduites déclarés par les pères et le nombre de symptômes manifestés par les mères. L'examen des données du tableau 3.7 montre que, comparativement aux pères n'ayant pas déclaré de problèmes de conduite, les pères ayant déjà manifesté deux symptômes ou plus du trouble des conduites sont plus enclins à vivre avec une conjointe présentant également ce profil.

## 4. Conclusion

---

Les données de l'ÉLDEQ révèlent que les enfants québécois âgés d'environ 5 mois, dont les parents ont manifesté plusieurs symptômes du trouble des conduites durant leur enfance ou leur adolescence, sont beaucoup plus susceptibles que les autres de connaître des conditions de vie pouvant compromettre leur développement futur. Ces résultats de même que la démarche que nous avons adoptée dans la présente étude comportent plusieurs implications.

Premièrement, en évaluant concurremment les symptômes maternels et paternels du trouble des conduites et d'autres facteurs de risque pour le développement de l'enfant, il sera possible de mieux cerner la contribution de facteurs d'ordre génétique dans l'étiologie des problèmes de comportement chez les enfants de parents présentant une personnalité antisociale. En effet, la présente étude permet d'examiner l'association entre les symptômes du trouble des conduites et plusieurs facteurs pouvant être associés au développement de problèmes de conduite chez l'enfant tels que l'usage du tabac par le parent, les pratiques parentales coercitives ou la pauvreté. Soulignons par ailleurs qu'un des avantages des questionnaires utilisés dans la présente étude est qu'ils sont simples et faciles à administrer et peuvent donc être repris, à peu de frais, dans d'autres études longitudinales.

On l'a vu, la manifestation de troubles de la conduite chez les parents s'inscrit dans un ensemble de comportements souvent considérés à risque. Plusieurs comportements non antisociaux sont ainsi plus souvent présents chez les individus manifestant des troubles de la conduite. Dans cette optique, la relation complexe observée dans des études antérieures entre le tabagisme de la mère durant la grossesse d'une part, et les troubles de la conduite et les problèmes d'apprentissage ou les dysfonctions neuropsychologiques chez l'enfant d'autre part (Fried, 1995; Olds, 1997) pourrait être en partie attribuable au fait que les mères qui sont fumeuses sont aussi plus susceptibles de présenter des problèmes de comportement. Ceci suggère que les programmes d'intervention, pour être réellement efficaces, gagneraient à être axés simultanément sur de multiples facteurs de risque. Par exemple, bien que la présente étude ait révélé un lien entre les symptômes maternels du trouble des conduites et les pratiques parentales coercitives, un programme d'intervention mettant l'accent uniquement sur les pratiques maternelles a peu de chances de

prévenir ou de contrecarrer d'autres comportements pouvant compromettre le développement de l'enfant (ex. : tabagisme, caractéristiques du conjoint).

Les données du volet 1998 de l'ÉLDEQ révèlent également que chez la mère, un nombre plus élevé de symptômes du trouble des conduites manifestés durant l'enfance ou l'adolescence s'avère associé à un recours plus fréquent à des pratiques coercitives. À l'inverse, les antécédents antisociaux de la mère ne seraient pas associés au niveau d'affection qu'elle déclare ressentir à l'égard de son enfant ou à la perception qu'elle a du tempérament de celui-ci. Ce résultat suggère, qu'à tout le moins dans certaines familles, l'irritabilité maternelle ou l'intolérance de la mère face aux comportements normaux de son enfant, bien davantage que le tempérament difficile de celui-ci, pourraient être à l'origine de pratiques coercitives. Cela laisse croire également que les compétences maternelles ne devraient pas être évaluées (uniquement) en fonction de la dimension affective de la relation mère/enfant mais peut-être sur la base de critères tels que l'intolérance manifestée face à certains comportements « normaux » de l'enfant (ex. : pleurs).

Finalement, les données de l'ÉLDEQ indiquent que 6 % des enfants âgés d'environ 5 mois ont une mère présentant au moins trois symptômes du trouble des conduites. Une proportion équivalente des nourrissons vivant avec leurs deux parents ont un père correspondant à ce profil. Par ailleurs, parmi les nourrissons québécois appartenant à une famille biparentale, près de trois sur dix (29 %) ont au moins un parent ayant expérimenté deux symptômes ou plus du trouble des conduites durant son enfance ou son adolescence (données non présentées). Ce phénomène touche donc une proportion substantielle des familles québécoises visées par la présente étude. Or, jusqu'à maintenant, aucune intervention et aucun programme de prévention a cherché à atteindre spécifiquement cette population de parents, même si leurs enfants présentent clairement un risque plus élevé de voir leur développement compromis. En ce sens, l'ÉLDEQ fournit des données inédites pouvant être utiles à la mise sur pied de programmes de prévention et d'interventions visant le mieux-être des enfants.

