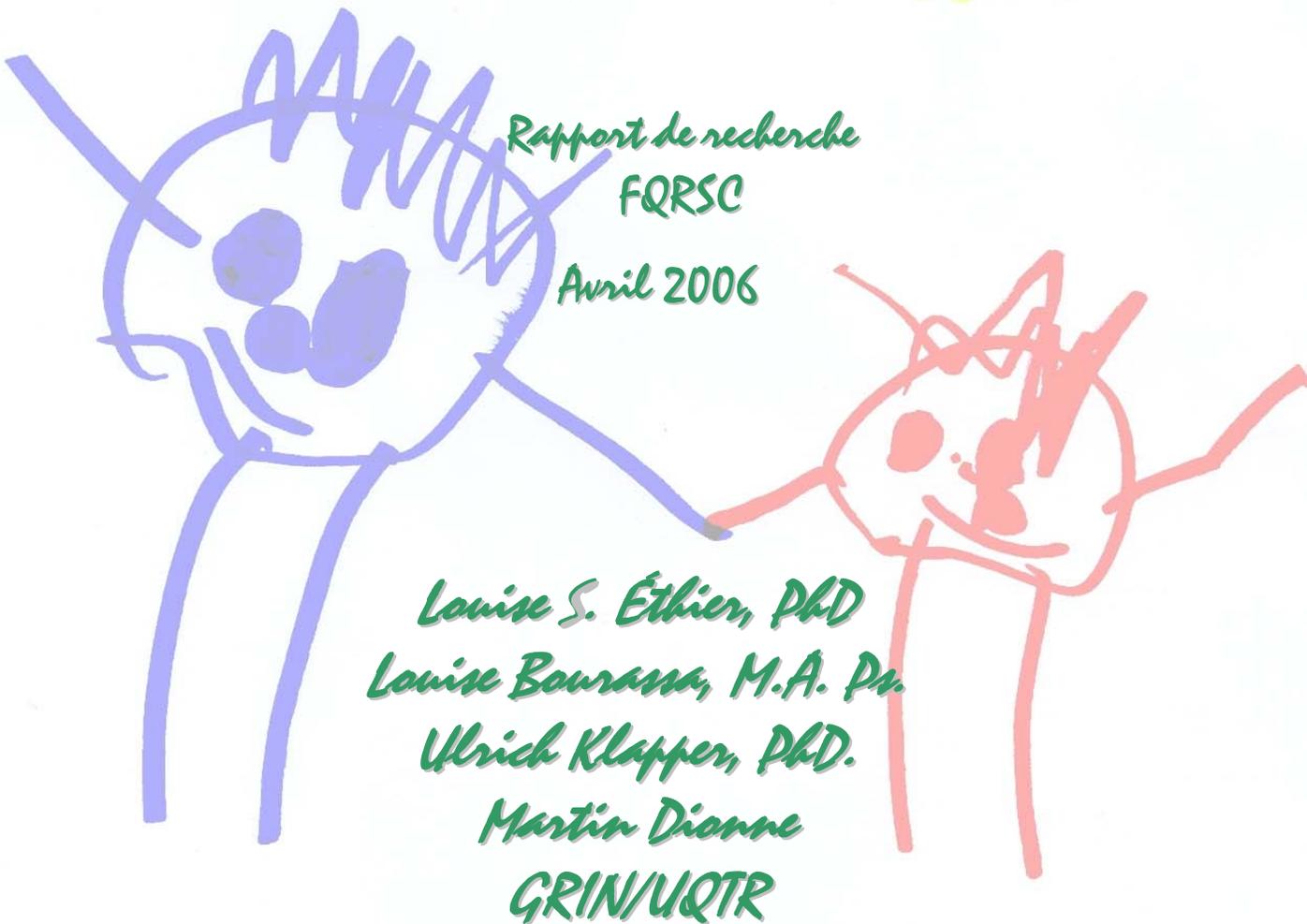




L'évolution des familles négligentes: Chronicité et typologie



*Rapport de recherche
FQRSC*

Avril 2006

*Louise S. Ethier, PhD
Louise Bourassa, M.A. Ps.
Ulrich Klapper, PhD.
Martin Dionne
GRIN/UQTR*



Rapport d'activités scientifiques

Numéro de dossier :

SR-4632

Type de subvention :

Subvention générale de recherche

Titre :

Évolution des familles négligentes : chronicité et typologie. Étude de suivi 1992 à 2005.

Responsable du projet de recherche :

Louise S. Éthier
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières
C.P. 500, Trois-Rivières (Québec)
G9A 5H7
819-376-5011, poste 3525 (téléphone)
819-376-5195 (télécopieur)
Louise.Éthier@UQTR.ca

Composition de l'équipe 2002-2005 :

Chercheure responsable :

Louise S. Éthier, PhD.

Co-chercheur :

Carl Lacharité, PhD.
Pierre Nolin, PhD.

Professionnels de recherche :

Louise Bourassa, Candidate au PhD.
Ulrich Klapper, PhD.
Martin Dionne, programmeur analyste.

Assistants de recherche :

Sylvain Bussière
Mathieu Descôteaux
Mélicca Descôteaux
Roxane Larocque
Virginie Turmel, M.A.

Graphisme et mise en forme :

Micheline Langevin

Durée de la subvention:

Début : 04/2002

Fin : 04/2005

Montant de la subvention accordée par le FQRSC : 150 000\$

NOS PARTENAIRES

Le Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été partenaire dans cette étude longitudinale depuis 1992.

REMERCIEMENTS

Cette étude de suivi est le produit d'un travail collectif. Au cours des treize dernières années, plusieurs personnes ont participé à la réflexion de la problématique en négligence, au recrutement et aux évaluations des familles, de même qu'à la production des données de recherche. Merci à chacune d'elles.

Cette étude n'aurait pu se réaliser sans le soutien des gestionnaires et des intervenants du Centre jeunesse (CJMCQ). Bien qu'un bon nombre de personnes aient participé à notre démarche, je voudrais souligner la contribution importante de Pierre Pinard, Yves Mercure, Guylaine Fafard, France Cossette, France Durocher, Martin Dionne et Daniel Gagnon.

Les familles qui ont accepté de nous raconter leur histoire et les difficultés de leur existence sont au cœur de cette étude. Ce sont elles qui nous ont fait confiance et qui nous ont encouragé dans notre travail. Plusieurs d'entre elles nous ont mentionné que nous avons été importants dans leur vie, que nous avons été pour elles «leur stabilité». Certaines se sont confiées à nous en dehors des évaluations de la recherche. Les coordonnatrices de cette étude ont été, à cet égard, très investies auprès des familles, leur engagement ayant nettement dépassé le cadre d'un travail de recherche. Toute ma reconnaissance à Renèle Desaulniers et à Louise Bourassa.

Enfin, je voudrais remercier mes collègues du Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN) qui ont animé ce projet de recherche par leurs convictions sociales et par leur compétence en recherche. Un merci tout particulier à Carl Lacharité qui m'a accompagnée tout au long de cette étude.

Louise S. Éthier

Table des matières

DÉFINITION ET PRÉVALENCE DU PHÉNOMÈNE ÉTUDIÉ	4
CONTEXTE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE	5
LA NÉGLIGENCE CHRONIQUE	5
FACTEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES RELIÉS À LA CHRONICITÉ	6
FACTEURS INDIVIDUELS RELIÉS À LA CHRONICITÉ	6
FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE DES MÈRES NÉGLIGENTES CHRONIQUES	6
IMPACT DE LA NÉGLIGENCE TRANSITOIRE ET CHRONIQUE SUR LES ENFANTS	7
CHRONICITÉ ET PROBLÈMES COMPORTEMENTAUX ET ÉMOTIONNELS CHEZ LES ENFANTS	8
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	8
MÉTHODE	9
1- LES PARTICIPANTS	9
2- LE POURCENTAGE DE PERTE DE FAMILLES AU COURS DE L'ÉTUDE.....	10
2.1- <i>Caractéristiques sociodémographiques des familles de l'étude</i>	10
3- LA PROCÉDURE D'ÉVALUATION.....	11
4- MESURES DE LA CHRONICITÉ DE LA NÉGLIGENCE	12
4.1- <i>La durée en mois de services selon le système informatisé du Centre jeunesse</i>	12
4.2- <i>L'évaluation de la chronicité à l'aide de mesures cliniques.....</i>	12
4.3- <i>Comparaison des mois de services par usager : les sujets de notre étude avec la clientèle Centre Jeunesse</i>	12
4.4- <i>Nombre de mois de services par famille dans notre échantillon</i>	13
5- LES MESURES.....	13
RÉSULTATS	15
1- ÉVOLUTION DU POTENTIEL D'ABUS ET CHRONICITÉ.....	15
2- FACTEURS RELIÉS AU POTENTIEL D'ABUS CHEZ LA MÈRE	16
2.1- <i>Potentiel d'abus et SITUATION ACTUELLE de la mère</i>	16
2.2- <i>Potentiel d'abus et SITUATION PASSÉE de la mère</i>	17
3- LES FACTEURS DE RISQUE ET LA CHRONICITÉ	18
3.1- <i>Facteurs individuels associés à la chronicité (le nombre de mois de services en CJ)</i>	19
3.2- <i>Problèmes de santé mentale de la mère en lien avec la chronicité et les antécédents</i>	21
3.3- <i>Traumatismes vécus par les mères et chronicité (en mois de services)</i>	21
4- IMPACT DE LA NÉGLIGENCE SUR LES ENFANTS.....	22
4.1- <i>La perception des mères</i>	22
4.2- <i>La perception des enseignants</i>	22
4.3- <i>Traumatismes chez l'enfant</i>	22
5- LA PLACE DES PÈRES.....	24
CONCLUSION.....	25
ACTIVITÉS DE DIFFUSION ET DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES RELIÉES À L'ÉTUDE DE 2002 À 2005.....	28
PRINCIPALES RÉFÉRENCES	32
ANNEXE 1	35

DÉFINITION ET PRÉVALENCE DU PHÉNOMÈNE ÉTUDIÉ

Depuis plusieurs années, il est démontré que la négligence est le type de mauvais traitement le plus fréquent dans nos sociétés occidentales (Erickson et Egeland, 1996; Dubowitz, 1999). Les études statistiques démontrent qu'aux **États-Unis** on rapporte annuellement près d'un million d'enfants négligés et abusés dont 59,2% qui sont seulement négligés (National Child Abuse and Neglect Data System, 2001). Pour ce qui est de l'ensemble du **Canada**, à l'exception du Québec, l'étude d'incidence menée par Trocmé et al. (2005) indique que 215 839 enquêtes sur des enfants de moins de 16 ans ont été menées en 2003. De ce nombre, la négligence est la forme de maltraitance la plus souvent enquêtée avec 72 468 enfants, soit 34% des cas; vient ensuite la violence physique dans 28% des cas et l'exposition à la violence familiale dans 18% des cas. Finalement, plus près de nous, au **Québec**, pour l'ensemble des signalements retenus, soit 29 783 enfants, la négligence parentale représente plus de la moitié des situations de mauvais traitements avec 53% (Association des Centres Jeunesse, 2005).

Malgré la présence de statistiques alarmantes, nous sommes confrontés à la difficulté d'avoir une définition claire et opérationnelle faisant consensus entre les chercheurs lorsqu'il est question de négligence. Par ailleurs, la présente recherche se base sur la définition utilisée dans la pratique et en vertu des lois canadiennes. La négligence se définit alors comme étant :

«L'échec du parent à répondre aux divers besoins de son enfant. Elle se définit davantage par l'absence de comportements qui soient bénéfiques à l'enfant et moins par la présence de conduites parentales néfastes» (Éthier, & al., 1995; 2001).

Selon Trocmé et al. (2005), huit formes de négligence peuvent être répertoriées. Celles-ci sont décrites comme suit :

- 1- *Le défaut de superviser ou de protéger entraînant des sévices physiques.* L'enfant souffre ou est exposé à un risque élevé de sévices physiques parce que la personne qui en prend soin ne le supervise pas ou ne le protège pas suffisamment;
- 2- *Le défaut de superviser ou de protéger entraînant de l'abus.* L'enfant est ou a été exposé à un risque élevé d'abus sexuel ou d'exploitation sexuelle, et la personne qui en prend soin est au courant ou devrait être au courant de ce risque et ne le protège pas suffisamment;
- 3- *La négligence physique.* L'enfant a été ou est exposé à un risque élevé de sévices physiques parce que la personne qui en prend soin ne le supervise pas ou ne le protège pas suffisamment. Cette forme de négligence englobe une alimentation ou des vêtements non appropriés ainsi que des conditions de vie insalubres ou dangereuses;
- 4- *La négligence sur le plan médical.* L'enfant a besoin de soins médicaux visant à guérir, prévenir ou soulager des sévices ou une souffrance physique, et la personne qui en prend soin ne lui procure pas les soins, refuse de les lui procurer ou encore, n'est pas libre ou est incapable de donner son consentement pour des soins;

- 5- *Le défaut de procurer des soins en cas de problèmes sur le plan mental, affectif ou développemental.* L'enfant est exposé à un risque élevé de sévices psychologiques (à en juger par son état d'anxiété sévère, son état dépressif, son repli sur soi ou son comportement autodestructeur ou agressif) ou est à risque élevé de troubles mentaux, affectifs ou développementaux qui peuvent sérieusement nuire à son développement;
- 6- *Des attitudes permissives à l'égard d'un comportement mésadapté ou criminel.* L'enfant a commis une infraction avec l'encouragement de la personne qui en prend soin ou parce que celle-ci ne l'a pas supervisé ou a été incapable de le superviser suffisamment;
- 7- *L'abandon ou le refus d'assurer la garde.* La personne qui prend soin de l'enfant est décédée ou est incapable d'exercer ses droits de garde, elle ne prend pas les dispositions nécessaires pour assurer les soins et la garde de l'enfant ou encore, l'enfant est placé et la personne qui en prend soin refuse ou est incapable d'en assumer la garde;
- 8- *La négligence sur le plan de l'éducation.* La personne qui prend soin de l'enfant l'autorise à s'absenter régulièrement de l'école (5 jours ou plus par mois), ne l'a pas inscrit à l'école ou le garde à maintes reprises à la maison.

CONTEXTE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE

L'étude de suivi débutée en 1992 et réalisée en collaboration avec le Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec a permis de faire avancer les connaissances tant au niveau de la compréhension théorique des phénomènes de négligence parentale, que de l'intervention. L'étude longitudinale s'est penchée sur des cas de négligence grave et sur des familles qui présentent plusieurs facteurs de risque à l'endroit des enfants. Ces enfants sont souvent privés de réponses aux besoins physiques de base, ils sont privés d'expériences nécessaires au développement général et ils ne reçoivent pas le soutien émotif permettant de créer une relation d'attachement sécurisante. La recherche a aussi permis de démontrer plusieurs facteurs de risque qui sont présents chez les mères ayant des conduites négligentes.

Voici un bref aperçu des résultats publiés sur la chronicité au cours de l'étude de suivi.

LA NÉGLIGENCE CHRONIQUE

Bien que reconnue d'un point de vue clinique, la «négligence chronique» (Dubowitz, 1993; Gaudin, 1993; Nelson, 1997) a fait l'objet de très peu de recherches empiriques ayant porté sur les caractéristiques sociales et psychologiques nous permettant de distinguer les familles pour lesquelles la négligence perdure ou non. Cependant, Gaudin (1993) mentionne que les familles négligentes chroniques sont, de façon générale, des familles à problèmes multiples, présentant des déficiences profondes en matière de connaissances, de capacités et de ressources¹ tandis que les familles négligentes non chroniques (transitoires) ont pour la plupart, expérimenté des crises de vie récentes pour

¹ Ces familles récidivent ou requièrent un suivi sur une longue période de temps, et ce, malgré des interventions soutenues.

lesquelles les stratégies normalement utilisées pour faire face aux difficultés n'ont pas fonctionné.

Les données de recherche recueillies depuis 1992 ont permis de définir les principaux facteurs de risque de négligence chronique. Nous constatons des indices sévères de dépression (Éthier et al, 1995, Langlois et Éthier, 2003), un retard de développement intellectuel (Guay, Éthier et al, 1999; Lalande et Éthier, 2002), des histoires d'abus et de traumatismes non résolus depuis l'enfance (Boulet, Éthier & Couture, 2004; Éthier, Lacharité et St-Laurent, 2003), l'absence de liens affectifs stables dans l'enfance tels que des placements multiples et l'absence d'expériences de travail (Éthier, Couture et Lacharité, 2004). Le parent avec une ou plusieurs de ces caractéristiques présenterait plus de risque de négligence chronique envers l'enfant.

FACTEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES RELIÉS À LA CHRONICITÉ

La majorité des mères négligentes qui se révéleront «chroniques» au cours de l'étude de suivi, comparativement aux mères «transitoires», sont moins scolarisées, ont un nombre plus élevé d'enfants, sont plus jeunes lors de la naissance du premier enfant, déclarent un conjoint et sont sans emploi au moment du recrutement (Éthier, Couture et Lacharité, 2004).

FACTEURS INDIVIDUELS RELIÉS À LA CHRONICITÉ

Tout comme les facteurs sociodémographiques, plusieurs facteurs individuels des parents ont été analysés. Nous pouvons définir les facteurs de risque individuels comme étant certaines situations de vie que la mère a vécues dans son enfance, et pouvant jouer un rôle dans le développement de la négligence chronique ou transitoire à l'âge adulte. Trois facteurs principaux vécus durant l'enfance expliqueraient la négligence chronique : le placement dans l'enfance, avoir été victime d'abus sexuel et avoir fait des fugues. Plus spécifiquement, on remarque que le facteur le plus souvent associé à la chronicité concerne le «vécu d'une situation d'abus sexuel durant l'enfance», c'est-à-dire que la plupart des mères faisant partie du groupe chronique ont été victimes d'abus sexuel intra ou extra familial étant jeunes. Les mères négligentes qui ont été abusées ont 3,75 fois plus de risque de développer de la négligence chronique. Deuxièmement, le fait que la mère ait été «placée dans une famille d'accueil durant l'enfance ou l'adolescence» semble être un autre facteur expliquant la chronicité. On remarque que 80% des mères qui ont été placées se retrouvent dans le groupe de négligence chronique. Finalement, les mères ayant fait des fugues durant leur adolescence ont 3,02 fois plus de risque d'être dans le groupe de négligence chronique. Fait notable, l'étude a démontré qu'une mère ayant au moins huit facteurs de risque a plus de possibilité d'être dans le groupe de négligence chronique que les autres mères (4,23 fois plus) (Éthier, Couture et Lacharité, 2004).

FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE DES MÈRES NÉGLIGENTES CHRONIQUES

Le fonctionnement psychique a aussi été examiné en lien avec la chronicité. Les résultats démontrent une association entre la négligence chronique, l'attachement

insécurisé des mères et les traumatismes vécus dans l'enfance. On remarque que la majorité des participantes du groupe chronique (60%) ont un style d'attachement préoccupé et 40% ont un style évitant. Fait troublant, aucune mère du groupe chronique n'a un style d'attachement sécurisant alors que 20% des mères du groupe transitoire présentent ce style. Chez les mères négligentes transitoires, 40% ont un style d'attachement préoccupé et 40% possèdent un style évitant (Boulet, Éthier et Couture, 2004).

Type d'attachement	Groupe chronique	Groupe transitoire
Préoccupé	60%	40%
Évitant	40%	40%
Sécuré	0%	20%

Les résultats indiquent aussi une association entre une situation chronique de négligence et les traumatismes reliés à l'enfance chez la mère. L'étude longitudinale a permis de vérifier que les parents, qui présentent toujours un potentiel d'abus après six années passées sous les services de protection de la jeunesse, ont deux fois plus de traumatismes non résolus. Il semble que les mères du groupe chronique présentent des indices de traumatismes non résolus à 50%, contrairement à 25% pour celles du groupe transitoire. La plus grande difficulté de ces mères est la résolution de ses traumatismes passés en raison du nombre, de la sévérité et la chronicité des expériences de pertes et de traumas survenus durant l'enfance. Elles identifient entre autres, avoir vécu de façon plus intense des situations de placement, de rupture, de violence et d'abus. Les résultats confirment aussi que les mères négligentes chroniques ont vécu significativement plus d'abus et de ruptures avec des figures d'attachement dans leur enfance que les mères négligentes transitoires.

Toujours au niveau du fonctionnement psychique, on observe que les mères négligentes chroniques sont également plus nombreuses à se situer dans une zone clinique de dépression sévère (Langlois et Ethier, 2003). De plus, le niveau de dépression des mères négligentes chroniques est généralement plus élevé que celui des mères négligentes transitoires, mais il y a une diminution du niveau de dépression à travers le temps pour l'ensemble des mères de l'échantillon.

IMPACT DE LA NÉGLIGENCE TRANSITOIRE ET CHRONIQUE SUR LES ENFANTS

Globalement, les résultats de l'étude de suivi après plus de six années (Éthier, Lemelin et Lacharité, 2004) suggèrent que la chronicité de la maltraitance est une variable très importante dont il faut tenir compte dans l'étude des liens entre les mauvais traitements et le développement des problèmes comportementaux et émotionnels chez les enfants. Dans notre étude, les enfants maltraités de manière chronique (mères présentant un fort potentiel d'abus et dont l'enfant reçoit des services du CJ pour plus de six ans) démontrent une plus grande proportion de problèmes comportementaux et émotionnels que leurs pairs maltraités de manière transitoire (moins de six années de services en CJ et potentiel d'abus maternel ne se situant pas dans la zone clinique) et ils démontrent davantage un niveau de problèmes considéré comme très élevé, situant ces enfants dans une zone «problématique ou clinique». Ces résultats confirment l'idée qu'il existe des différences importantes, non seulement entre les enfants maltraités et non maltraités sur le plan des problèmes comportementaux, mais aussi entre les enfants

maltraités eux-mêmes. Comme l'ont suggéré Manly et al. (1994), il faut tenir compte des différents aspects reliés à la situation de maltraitance, comme la durée et le type d'abus afin de mieux cerner les effets de la maltraitance sur le développement des problèmes de comportement.

CHRONICITÉ ET PROBLÈMES COMPORTEMENTAUX ET ÉMOTIONNELS CHEZ LES ENFANTS

Les enfants maltraités *chroniquement* démontrent plus de problèmes comportementaux que leurs pairs maltraités de manière *transitoire*. À noter cependant que les différences observées entre les enfants des deux groupes concernent moins les *types* de problèmes exprimés que le niveau ou l'intensité de ces problèmes. Les enfants des deux groupes expriment autant des problèmes externalisés (agressivité, opposition etc.) qu'internalisés (retrait, dépression, etc.) seul *le niveau* de ces problèmes diffère. Rappelons que tous les enfants de cette étude ont été maltraités en bas âge, et au moment du recrutement (T1) ils avaient en moyenne 4 ans. Au T2, soit 30 mois plus tard, une amélioration notable de la situation de maltraitance est observée dans les familles du groupe transitoire, mais l'effet chez l'enfant s'observera davantage au T3, soit cinq ans après la première évaluation, alors que les enfants sont âgés en moyenne de 10 ans. *La diminution des mauvais traitements aurait donc un effet sur le comportement social et émotionnel de l'enfant, mais cet effet serait observable et significatif seulement après 5 ans.*

Enfin, nos résultats démontrent que *les enfants du groupe chronique se retrouvent plus fréquemment que les enfants du groupe transitoire dans la zone «Clinique»* autant pour l'échelle Total de problèmes que pour les échelles Externalisation, Internalisation et Comportement agressif. La zone «Clinique» reflète un niveau considéré comme extrêmement problématique.

Cette étude a servi à démontrer que les enfants maltraités de manière chronique expriment beaucoup plus de problèmes comportementaux que ceux maltraités de manière transitoire. Par contre, le niveau de ces derniers demeure élevé, comparé aux enfants non maltraités. Il est possible qu'une partie des effets de la maltraitance subie par l'enfant, demeure tout au long de son développement et ce, malgré l'amélioration de la situation familiale.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

En regard des résultats perçus dans les années antérieures, la continuité du suivi longitudinal des familles négligentes a été nécessaire et ce, pour différentes raisons. Elle a, entre autres, permis de spécifier les différents types de familles négligentes, d'analyser à long terme le cheminement de ces familles, et de vérifier les différences qui peuvent apparaître dans ces cheminements selon une série de facteurs psychologiques et sociaux. Au Québec, à notre connaissance, il n'existe pas d'étude longitudinale d'aussi longue durée concernant la problématique de négligence et, à l'extérieur du Québec, les études de suivi de parents négligents sont aussi très rares.

Tout au long des trois dernières années, soit de 2002 à 2005, quatre objectifs ont été au coeur de nos recherches :

1. Au cours des études citées précédemment, des facteurs psychosociaux ont été liés à la négligence et plus spécifiquement à la négligence chronique. Dans cette étude nous validerons, sur une plus grande population, et sur une plus longue durée (13 ans) les facteurs de risque, individuels et psychosociaux, qui ont été associés à la négligence chronique: a) les facteurs de risque reliés à l'enfance (par exemple : les expériences d'abus et de placements), et b) les facteurs de risque reliés à la situation actuelle du parent (par exemple : le nombre d'enfants, la situation conjugale, l'éducation du parent, la santé mentale du parent, l'expérience d'emploi).
2. Le deuxième objectif de recherche est d'évaluer l'expérience paternelle sous l'angle des représentations internes de soi et des enfants.²
3. Le troisième objectif de recherche consiste à identifier chez les mères des mécanismes psychiques qui ont une influence sur le comportement du parent envers son enfant.
4. Finalement, la négligence serait le type d'abus dont les effets chez l'enfant sont les plus dévastateurs. C'est pourquoi le dernier objectif de l'étude vise à évaluer l'impact pour l'enfant d'être négligé au plan du développement affectif et social en tenant compte de la chronicité de la négligence parentale.

MÉTHODE

1- LES PARTICIPANTS

Les familles participant à notre étude longitudinale ont été recrutées au Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CJMCCQ). Au moment du recrutement, les familles devaient avoir eu un signalement retenu pour un enfant âgé entre 5 et 12 ans, avec une majeure en négligence, et être au niveau de l'application des mesures, c'est-à-dire que la famille, et au moins un des enfants, recevaient des services du Centre jeunesse (CJ). Outre la négligence, ces familles pouvaient présenter des problématiques de violence psychologique ou physique. Les familles présentant dès le départ une problématique d'abus sexuel n'ont pas été retenues.

Au cours de l'étude qui a débuté en 1992 et qui s'est poursuivie jusqu'en avril 2005, un total de 201 familles ont participé à la recherche soit 196 mères, 77 pères et 469 enfants dont 211 filles et 258 garçons. Les familles participantes ont été évaluées sur une base régulière, soit aux 30 mois. Ainsi les familles participantes dès 1992, ont pu être évaluées à 5 reprises au cours de l'étude, celles recrutées en 1998, ont pu être évaluées à 3 reprises et celles recrutées en 2000, à deux reprises. Les familles recrutées en 2002 ont été évaluées à une seule reprise et ne sont pas comptabilisées dans les analyses portant sur la chronicité.

² Seule une partie des résultats concernant les pères sont actuellement disponibles.

Depuis le début de la recherche en 1992, c'est 1 639 évaluations (3 278 visites à domicile et à l'école) qui ont été réalisées auprès des mères, des pères et des enfants. Plus spécifiquement, pour les années relatives à cette demande de subvention, soit de 2002 à 2005, 141 familles ont été actives, soit 132 mères, 33 pères et 320 enfants.

Considérant qu'il aurait été inopportun de traiter dans le présent rapport que des données des trois dernières années, le portrait analysé a été fait à partir des informations recueillies depuis le début de l'étude, soit 1992. *Afin d'avoir un échantillon le plus valide possible, 171 familles (171 mères et 171 enfants) ont été retenus pour les fins d'analyses statistiques.* Trente familles ont été mises à l'écart en raison de données manquantes sur des variables essentielles aux analyses telles que la durée de mois de services en CJ ou le potentiel d'abus du parent. De plus, en raison du nombre élevé de données manquantes pour les pères, ceux-ci ont été soustraits des résultats *quantitatifs* du suivi. Le lecteur trouvera un résumé de résultats *qualitatifs* à la fin du présent rapport. Afin de suivre l'évolution des enfants négligés nous avons gardé pour nos analyses statistiques un seul enfant par famille, celui qui détient le score le plus élevé au CBCL (liste des comportements pour l'enfant d'Achenbach, version parent), TRF (teacher's report form) ou TSCYC (trauma symptom checklist for young children). Cette méthode permet de réduire l'effet de dépendance entre les variables (par exemple la mère qui répond au même questionnaire pour ses trois enfants pourrait introduire un biais de perception qui nuirait à l'interprétation des résultats).

2- LE POURCENTAGE DE PERTE DE FAMILLES AU COURS DE L'ÉTUDE

Le calcul du taux d'attrition pour l'ensemble des familles qui ont participé à la recherche est de 29.9%. Ce taux inclut les mères et les pères. *Le taux d'attrition pour les mères seules est de 32.7%.* La perte des familles au fil des ans s'explique surtout par l'impossibilité à les retracer et ce, même après plusieurs tentatives : appels aux personnes contacts laissées par la famille elle-même lors de la dernière évaluation et informations données par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale (MESS) avec l'accord de la Commission d'accès à l'information (CAI). Enfin, d'autres familles ont décidé de surseoir à une évaluation ou de mettre fin définitivement à leur participation.

2.1- Caractéristiques sociodémographiques des familles de l'étude

Le portrait sociodémographique des 171 familles de l'étude est expliqué au tableau 1. Ce portrait a été fait à partir d'une comparaison des familles au premier temps de mesure auxquelles elles ont participé et ce, pour tous les groupes confondus. Des éléments reliés à leur situation passée et leur situation actuelle ont été regardés. On peut remarquer qu'à l'intérieur de notre échantillon, 42% des mères ont déjà été dans une classe spéciale, que la moyenne d'années de scolarité est de 9,36 ans et que 46,5% des mères ont vécu une situation de placement dans leur enfance. En ce qui concerne leur situation actuelle au premier temps, l'âge des mères varie entre 18 ans et 47 ans, pour une moyenne de 29.59 ans, et elles ont en moyenne 2,44 enfants par famille.

Toujours dans le tableau 1, les différences significatives entre les mères ayant quitté l'étude (familles perdues) et les mères étant toujours actives (familles actives) sont en lien avec l'âge de l'enfant le plus âgé dans la famille, l'âge de la mère et la présence de placement de la mère durant son enfance c'est-à-dire que les mères étant toujours

actives dans l'étude sont plus âgées, ont aussi des enfants plus âgés et ont vécu moins de situations de placement que les mères ayant quitté l'étude.

Tableau 1
Informations sociodémographiques de l'échantillon
au premier temps d'évaluation

	Échantillon total (n=171)	Familles perdues (n=76)	Familles actives (n=95)	
	Moyenne	Moyenne	Moyenne	p
Âge des mères	29,59 ans	28,34 ans	30,59	.015
Nombre d'enfants	2,44	2,41	2,47	.732
Âge de l'enfant le plus vieux	76,63 mois	61.76	88,52	.000
Scolarité	9,36 ans	9,37	9,35	.943
	Fréquence	Fréquence	Fréquence	χ^2
Classe spéciale				
Non fréquentation	84	31	53	.369
Fréquentation	61	20	41	
Placement dans l'enfance				
Sans placement	69	23	46	.017
Avec placement	60	32	28	
Modèle familial *				
Famille biparentale intacte	20	35	37	
Famille recomposée	52	19	23	
Famille monoparentale	99	41	58	
Situation d'emploi *				
Sans emploi	127	55	72	.129
Avec un emploi	30	9	21	

Des données sont manquantes ou incertaines pour certaines variables

* Informations au dernier temps d'évaluation

3- LA PROCÉDURE D'ÉVALUATION

Les mères et les pères ont été rencontrés à domicile, en moyenne à deux reprises, pour un total de 4 à 6 heures. Toutes les mesures ont été passées *sous forme d'entrevue* auprès du parent et les questionnaires étaient lus par l'évaluateur. Pour l'évaluation des enfants, ceux-ci ont pu être évalués en même temps que le parent ou encore séparément, par exemple à l'école et ce, dépendamment de l'âge de l'enfant et des disponibilités.

Les évaluateurs étaient des étudiants en psychologie de niveau baccalauréat ou doctoral qui ont reçu une formation spécifique au préalable. Cette formation avait comme objectifs d'outiller les étudiants sur la batterie de questionnaires à administrer ainsi que les préparer à la réalité du milieu à l'aide de mise en situations ou d'évaluations faites en jumelage avec des évaluateurs expérimentés. Tout au long de

leur implication, ces évaluateurs ont été supervisés par la coordonnatrice de recherche qui est psychologue.

4- MESURES DE LA CHRONICITÉ DE LA NÉGLIGENCE

4.1- La durée en mois de services selon le système informatisé du Centre jeunesse

La chronicité est définie par le *nombre total de mois* pendant lesquels la famille a reçu des services de protection à l'enfance. Plus le nombre de mois est élevé, plus la situation est considérée chronique. Ces données sont tirées de la nouvelle banque informationnelle «Projet Information Jeunesse du Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec». Le nombre de mois, la durée des services, incluant les placements, l'abuseur et les motifs du signalement sont des informations actuellement disponibles par le nouveau système clientèle jeunesse. Ce nouveau système implanté en 2003, permet au chercheur d'avoir accès rétrospectivement à un grand nombre d'informations, y compris des renseignements datant de 1988 à 2006. Celles-ci permettront de vérifier si un enfant a été pris en charge par la protection de la jeunesse avant l'étude de suivi ainsi que la durée totale des services reçus.³

4.2- L'évaluation de la chronicité à l'aide de mesures cliniques

À l'instar de Manly et al. (1994) et de Bolger et al. (2001) nous notons que le nombre de mois pendant lesquels la famille reçoit des services n'est qu'une approximation de la durée réelle de la maltraitance, qui peut continuer malgré la cessation des services pour des considérations administratives. Au cours de notre étude de suivi, les familles ont été évaluées aux deux ans et demi, notamment pour l'évaluation du potentiel d'abus à l'aide de l'Inventaire de potentiel d'abus envers l'enfant (CAPI) (Milner, 1980). Cet instrument est l'un des plus utilisés dans les études de dépistage (Chaffin & Valle, 2003). Dans le cadre de l'étude, les mères ayant un résultat au CAPI de plus de 166 sont considérées comme étant chroniques puisqu'elles se situent à un seuil critique (90^e percentile de la population générale).

Le critère premier pour définir la chronicité est le nombre de mois où une famille a reçu des services en Centre Jeunesse et ce, pour au moins un membre de la famille. Le nombre de mois calculé inclut les services offerts à l'un ou l'autre des enfants de la famille, c'est-à-dire que tous les enfants de la famille ont été pris en compte. Il s'agit ici d'une chronicité familiale et non pas individuelle. La majorité des études portant sur la chronicité, concerne la récurrence individuelle. Nous croyons que la *récurrence ou chronicité familiale* est une mesure plus fiable au plan clinique que celle qui est individuelle.

4.3- Comparaison des mois de services par usager : les participants de notre étude avec la clientèle Centre Jeunesse

La durée totale moyenne des services en mois *par usager* en Centre Jeunesse pour notre *échantillon* est de 35.14 mois, tandis que pour l'ensemble des usagers en négligence et en abus physique au CJMCQ, la durée moyenne en mois est de 20.92

³ La responsable de cette demande est chercheur principal dans le projet d'envergure «Plate Forme Informationnelle sur le Bien-Être de l'Enfant (PIBE) financé par VRQ en vue de valider les données informatisées de l'ensemble des Centres jeunesse du Québec.

mois. C'est donc plus d'un an de services qui sont offerts aux personnes de notre échantillon. Ces données excluent la période où l'enfant aurait été placé et la famille n'aurait pas reçu de services du Centre jeunesse.

Si l'on tient compte des mois de services en incluant la durée des placements de l'enfant on remarque pour notre échantillon, depuis 1992, que la durée moyenne en mois de services passe à 50.05 mois par usager, tandis que pour l'ensemble des usagers en négligence et en abus physique du Centre Jeunesse, la durée moyenne est de 29.47 *mois*. Donc, on peut affirmer que l'échantillon de notre recherche est, dès le départ, plus chronique que la population générale en Centre Jeunesse en raison du plus grand nombre de mois de services reçus par usager.

4.4- Nombre de mois de services par famille dans notre échantillon

Afin d'exploiter au maximum les données recueillies par les évaluations, deux catégorisations ont été faites auprès des mères. Tout d'abord une catégorisation à l'aide d'une échelle de percentile basée sur le nombre de mois de services reçus en Centre Jeunesse par la famille, en excluant les périodes où des enfants ont été placés et pour lesquelles la famille ne recevait pas de services spécifiques. Cette catégorisation, faite à partir des 171 familles retenues, a permis de définir quatre groupes distincts en fonction du nombre de mois de services reçus par la famille. Les familles du premier quartile (entre 0 et 25 percentiles) ont moins de 19.87 mois de services en Centre Jeunesse. Le deuxième quartile comporte les familles ayant entre 19.87 et 32.98 mois de services tandis que le troisième quartile est composé de familles ayant entre 32.98 mois et 52.76 mois de services. Finalement, les familles ayant plus de 52.76 mois de services font partie du quatrième quartile. Cette classification nous permet aussi de démontrer que notre échantillon a une moyenne de 38.69 mois de services (3.2 ans) par famille. La famille ayant le plus de services a, au total, 122.41 mois de services (plus de 10 ans) tandis que la famille ayant le moins de mois de services se situe à moins d'un mois. À titre informatif, lorsqu'on tient compte des périodes de placements, la durée moyenne de services par famille passe à 60.4 mois pour notre échantillon et la famille ayant reçu le plus de mois de services se situe à 183,4 mois de services, c'est-à-dire plus de 15 ans.

La deuxième catégorisation, faite auprès des mères, est en lien avec l'évolution des familles à travers les 13 années de l'étude. Pour ce faire, les analyses incluent seulement les mères qui ont été évaluées à tous les temps de mesure de leur groupe respectif (n=65). Les familles évaluées depuis 1992 font partie du groupe 1 (n=26) et ont eu cinq évaluations, les familles ayant débutées en 1998 font partie du groupe 2 (n=9) et ont eu trois évaluations tandis que les familles faisant partie de l'étude depuis 2000 (n=30) ont eu deux évaluations.

5- LES MESURES

Les mesures choisies pour l'étude sont fiables et valides auprès de la population québécoise. Elles sont adaptées pour des populations cliniques et validées auprès de populations de parents négligents et violents. Ce sont également des mesures pour lesquelles nous avons des données comparatives (comparaison avec les évaluations

précédentes, comparaison avec des populations témoins et comparaison avec la population générale).

Voici la liste des mesures administrées aux parents, dont les principaux résultats sont rapportés dans le présent rapport.

Mesures quantitatives sur la situation du parent

1. *Inventaire de potentiel d'abus envers l'enfant (CAPI)* (Milner, 1980). Cet instrument, qui permet d'évaluer le potentiel d'abus du parent, donne un score global d'abus et six sous-scores; problèmes avec les autres, avec la famille, avec les enfants, tristesse, rigidité, détresse.
2. *Le Symptom Checklist 90-R (SCL)* (Dérogatis, 1994). Ce questionnaire de 90 items permet de cibler les symptômes psychologiques ou psychiatriques sur 9 échelles (somatisation, obsession-compulsion, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité, phobie, idéation paranoïde, traits psychotiques). De plus, un score de sévérité globale, de détresse et un score total sont disponibles.
3. *Parental Child Conflict Tactic Scale pour les enfants de moins de 18 ans (PCCTS)* (Strauss et al. 1998; traduit par Fortin, Cyr et Chénier, 1996). Ce questionnaire de 20 items mesure les conduites disciplinaires des parents envers les enfants selon trois dimensions : la discipline non violente, les agressions psychologiques et la violence physique (punition sévère et violence sévère ou très sévère).
4. La version française du "*Childhood Trauma Questionnaire*" (questionnaire sur les traumatismes dans l'enfance - CTQ) de Berntein & Fink (1998), a été faite en 2002 par Lacharité, Desaulniers et St-Laurent. La première partie, qui se veut une mesure de l'abus vécu par le répondant, comporte 28 questions et donne des résultats sur 5 sous-échelles (abus émotionnel, abus physique, abus sexuel, négligence émotionnelle et négligence physique).
5. *L'indice de stress parental (PSI)* (Abidin, 1983). Cette mesure a été validée au Québec par Lacharité, Éthier et Piché (1992). Cet instrument discrimine les populations violentes et négligentes (Éthier, 1992, 1995; Lacharité, Éthier, Couture, 1999). La version longue de 101 items permet de comprendre le stress que le père ou la mère ressent face à son rôle de parent.
6. *Le questionnaire sociodémographique* (Éthier, Lacharité et Couture, 1991) permet de recueillir l'information au sujet de la structure familiale, des diverses sources de revenu ainsi que sur l'histoire d'emploi et les services reçus par la famille.
7. *Le questionnaire d'informations sur l'histoire du parent* (Éthier et al., 1998). Il permet d'avoir de l'information sur le soutien social, la santé du parent ainsi que des informations sur son enfance et son adolescence, entre autres sur les placements vécus.
8. *Le questionnaire d'informations sur la vie familiale* (Éthier et al., 1998). Ce questionnaire donne de l'information sur la qualité de la relation entre les conjoints ainsi que sur la qualité de la relation entre le ou les conjoints du répondant et les enfants. Le questionnaire traite également des placements que les enfants ont vécus depuis leur naissance.

Mesures quantitatives sur la situation de l'enfant (répondu par le parent)

1. *Liste des comportements pour enfants d'Achenbach (CBCL)* (Achenbach et Rescorla, 2001, révisé par Lemelin et St-Laurent, 2002). Ce questionnaire permet de fournir des scores sur 8 sous-échelles (retrait-dépression, somatisation, anxiété-dépression, problèmes de socialisation, troubles de la pensée, problèmes d'attention, comportements délinquants et agressivité) ainsi qu'un score global des comportements problématiques regroupés en deux catégories soit internalisation et externalisation.
2. Le «*Trauma Symptom Checklist for Young Children*» (TSCYC) de Briere (1999) a été traduit en 2003 par Desaulniers, Allaire et St-Laurent. Ce questionnaire qui comprend 90 items donne des résultats sur 9 sous-échelles soit: l'intérêt sexuel, l'anxiété, la dépression, la dissociation, l'agressivité et 4 sous-échelles de stress post-traumatique (intrusion, évitement, hyper-vigilance et la sous-échelle totale).

Mesure quantitative sur la situation de l'enfant (répondu par l'enseignant)

1. *Teacher's Report Form (TRF)* (Achenbach & Rescorla, 2001). La traduction française a été réalisée par Lacharité et Villemure en 1986. Ce questionnaire de 113 questions vise à identifier des problèmes de comportement chez l'enfant tels que perçus par le professeur.

RÉSULTATS

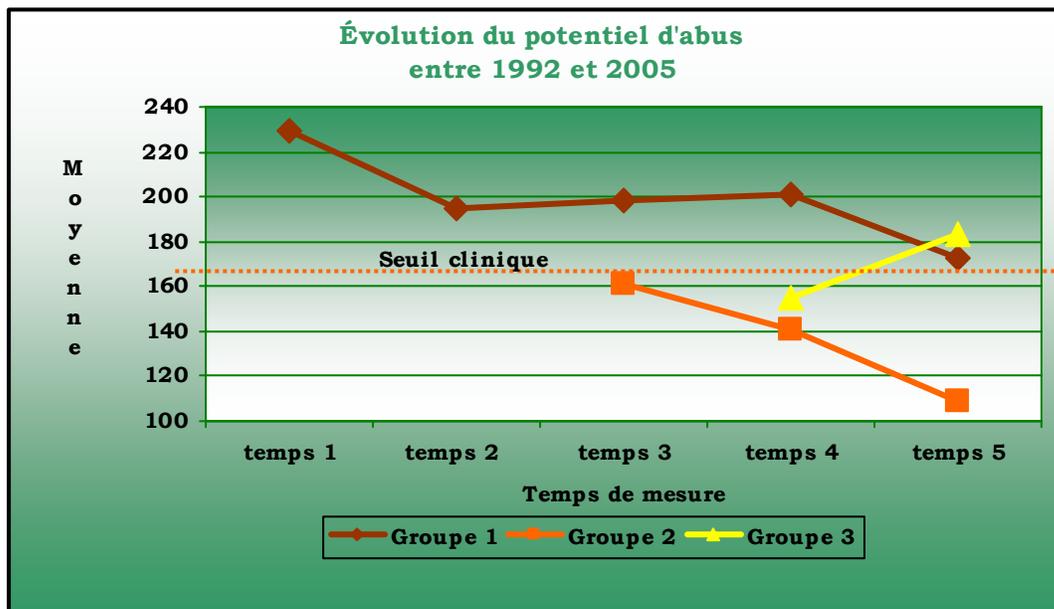
1- ÉVOLUTION DU POTENTIEL D'ABUS ET CHRONICITÉ

Considérant le caractère longitudinal de l'étude, il est important de vérifier l'évolution des familles de notre échantillon à travers les années, soit entre 1992 et 2005. Pour ce faire, le potentiel d'abus a été examiné en raison de son lien au niveau de la chronicité. Le potentiel d'abus a été mesuré à l'aide du CAPI (Inventaire de potentiel d'abus envers l'enfant).

En ce qui concerne le potentiel d'abus des mères, les résultats nous permettent de démontrer des changements à travers les années (voir figure 1). Pour le groupe 1, soit les familles ayant eu cinq évaluations depuis 1992, malgré une diminution du potentiel d'abus entre 1992 et 2005, celle-ci est du point de vue statistique, non significative ($p=.304$). Notons aussi que le potentiel d'abus demeure constamment au-dessus du seuil clinique de 166, c'est-à-dire que malgré les interventions du Centre jeunesse, le potentiel d'abus demeure à un seuil critique (90^{ième} percentile de la population générale). Une hypothèse plausible pour expliquer l'augmentation du potentiel d'abus au quatrième temps d'évaluation pourrait être le fait que beaucoup d'enfants sont entrés dans l'adolescence à cette période. Par la suite, un certain nombre d'adolescents quittent le domicile familial.

Le groupe 2 ayant eu 3 évaluations depuis 1998, a aussi subi une diminution constante du potentiel d'abus qui est cependant non significative au plan statistique ($p=.196$). Finalement, pour le groupe 3 qui a eu deux évaluations depuis 2000, on remarque l'effet inverse, soit que le potentiel d'abus augmente, et ce de manière statistiquement significative entre les deux temps de mesure ($p=.051$).

Figure 1



En bref, le potentiel d'abus des mères négligentes ne diminue pas de manière statistiquement significative avec les années. Nous observons cependant des profils d'évolution variés selon les périodes d'observation. Spécifiquement, les mères des groupes 1 et 2 ont tendance à diminuer leur potentiel d'abus dès la prise en charge tandis que celles du groupe 3 augmentent leur potentiel d'abus au-delà du seuil critique en l'espace de 30 mois.

2- FACTEURS RELIÉS AU POTENTIEL D'ABUS CHEZ LA MÈRE

2.1- Potentiel d'abus et SITUATION ACTUELLE de la mère

Un potentiel d'abus élevé chez la mère peut s'expliquer par différents facteurs présents dans une famille. La présence d'une *faible scolarité des mères*, soit moins de 9 ans ou la présence d'une classe spéciale, démontre des moyennes significativement plus élevées sur plusieurs échelles du CAPI, soit au niveau de la détresse ($p=.003$), de la rigidité ($p=.034$), de la tristesse ($p=.037$) et du score total de potentiel d'abus ($p=.007$), comparativement aux mères ayant plus de 10 ans de scolarité. *Le nombre d'enfants dans la famille* influence aussi les scores aux différentes échelles du CAPI. On remarque que les mères qui ont plus de 3 enfants ont des moyennes significativement

plus élevées aux échelles « problèmes avec les enfants » ($p=.005$) et « problèmes avec les autres » ($p=.028$) comparativement aux mères ayant un ou deux enfants. De plus, on constate que les *mères déclarant vivre en situation monoparentale* ont aussi des moyennes plus élevées en ce qui concerne des indices de tristesse ($p=.016$) et de « problèmes avec les autres » ($p=.011$). *L'absence de la mère biologique dans le réseau social* influence le potentiel d'abus, c'est-à-dire que l'absence de la mère amène un CAPI significativement plus élevé aux échelles de rigidité ($p=.001$) et de « problèmes avec les autres » ($p=.022$).

De plus, la présence de *violence sévère envers les enfants dans la famille*, comparativement à l'absence de violence (selon la mesure du PCCTS) augmente significativement l'échelle de rigidité ($p=.024$) et de « problèmes avec les enfants » ($p=.024$).

Les analyses de régression démontrent que *la variable qui ressort comme étant la plus importante pour « expliquée » la hausse du potentiel d'abus est la santé mentale de la mère*. La santé mentale, à elle seule, explique 46 % de la variance des variables reliées à la situation actuelle de la mère (scolarité, âge de la mère et nombre d'enfants).

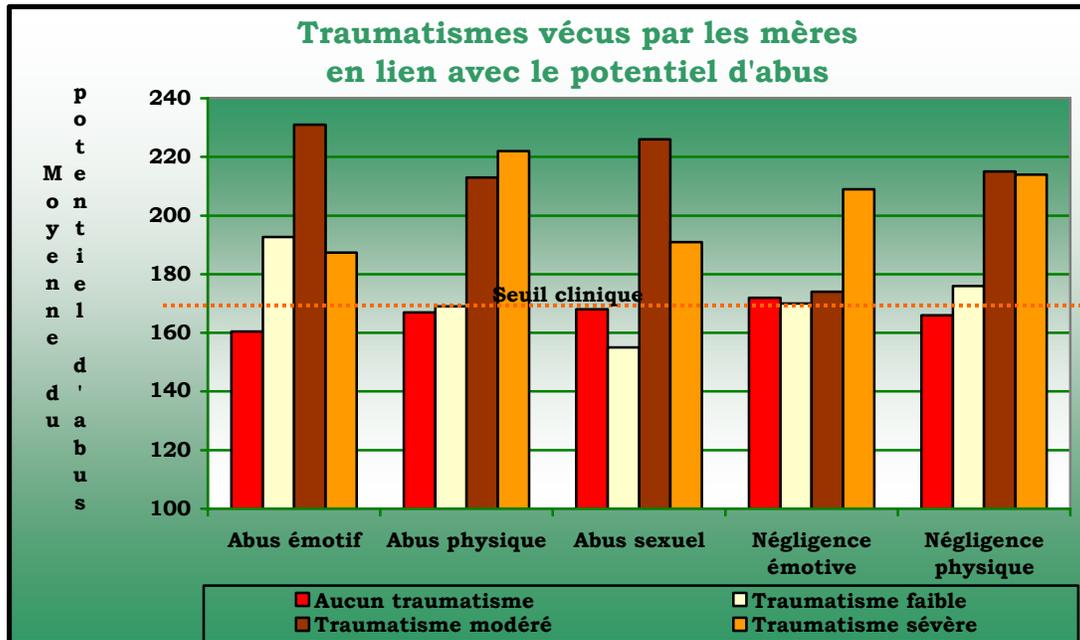
2.2- Potentiel d'abus et SITUATION PASSÉE de la mère

Du point de vue de la situation passée des mères, on constate des différences de moyennes significatives au niveau du potentiel d'abus en tenant compte du placement de la mère dans son enfance et des traumatismes qu'elle a vécus. Premièrement, les mères qui ont vécu une *situation de placement* ont des scores significativement plus élevés que les mères n'ayant pas vécu de placement sur les échelles de détresse ($p=.058$) et de « problèmes avec les autres » ($p=.036$). Les traumatismes qu'elles ont vécus dans leur enfance jouent aussi un rôle sur le potentiel d'abus et ce, selon différentes échelles. La présence *d'abus émotif* amène un score significativement plus élevé aux échelles de rigidité ($p=.000$), de « problèmes avec les enfants » ($p=.006$) et de « problèmes avec les autres » ($p=.000$). La présence *d'abus sexuel* démontre des moyennes significativement différentes au niveau des « problèmes avec les autres » ($p=.004$) tandis que la présence de *négligence émotive* ou de *négligence physique* amène des différences de moyennes significatives au niveau des « problèmes avec la famille » ($p=.001$ et $p=.043$) et des « problèmes avec les autres » ($p=.005$ et $p=.019$). En somme, les situations vécues par la mère dans son enfance influencent les résultats aux différentes échelles mesurant le potentiel d'abus. *Il est important de noter que peu importe la gravité et la nature du traumatisme, les mères ayant vécu des traumatismes se situent au-dessus du seuil critique de potentiel d'abus.*

La figure 2 illustre que les mères ayant un traumatisme « modéré » semblent avoir un score moyen plus élevé au CAPI que les mères ayant un traumatisme « sévère » et ce, pour l'abus émotif, l'abus sexuel et la négligence physique. Ceci pourrait s'expliquer par la mise en place de moyens par le Centre Jeunesse pour diminuer les effets des traumatismes lorsque ceux-ci sont sévères, mais ces mêmes moyens peuvent être moins disponibles ou absents lorsque le traumatisme est modéré ou faible. Enfin, notons que les mères n'ayant pas vécu de traumatismes au niveau de l'abus sexuel et de la négligence émotionnelle se retrouvent aussi dans la zone clinique du potentiel d'abus. Il semble donc que les traumatismes vécus par la mère, bien que nettement reliés au potentiel d'abus, ne soient pas les seuls facteurs explicatifs du potentiel d'abus.

Les variables qui ressortent comme étant les plus importantes pour «expliquer» la hausse du potentiel d'abus sont la santé mentale de la mère, les traumatismes vécus dans le passé et les situations de placements. La santé mentale, à elle seule, explique 49.6 % de la variance ($p=.000$) des variables reliées à la situation actuelle et passée de la mère.

Figure 2



En somme, différentes situations influenceraient le potentiel d'abus chez les mères, la faible scolarité de la mère, la présence de plus de trois enfants dans la famille, la mère déclarant vivre seule, l'absence de la mère biologique dans le réseau de soutien de la répondante ainsi que la présence de violence familiale envers les enfants. Mais les variables qui ressortent comme étant les plus importantes pour «prédire» la hausse du potentiel d'abus sont la santé mentale de la mère, les traumatismes vécus dans le passé et les situations de placements. La santé mentale, à elle seule, explique 49.6 % de la variance ($p=.000$) des variables reliées à la situation actuelle et passée de la mère.

3- LES FACTEURS DE RISQUE ET LA CHRONICITÉ

Les résultats antérieurs obtenus au cours du suivi (Éthier et al.,2004; Boulet, Éthier, 2003) indiquent que peu de facteurs sociodémographiques sont associés à la chronicité des familles mais démontrent par contre une association entre une situation chronique de négligence, les placements en bas âge de la mère et les traumatismes reliés à l'enfance chez la mère. Les résultats confirment notamment que les mères négligentes chroniques, après 6 années de suivi, ont vécu significativement plus d'abus et de ruptures avec des figures d'attachement dans leur enfance que les mères négligentes

qui ne reçoivent plus de services des Centres jeunesse. Dans la présente étude, nous validerons ces facteurs de risque sur une plus longue période, soit sur 13 ans de suivi.

Tableau 2
Relation entre les services reçus en mois par famille et certaines variables psychologiques et sociodémographiques

Variabes	Avec placement	Sans placement
	R	R
Nombre d'enfants	.320 ***	.264 ***
Âge de la mère	.289 ***	.173
Capi autres	.219 **	.189 *
Capi potentiel d'abus (score total)	.213 **	.141
Capi détresse	.190 *	.147
SCL somatisation	.217 **	.217 **
SCL dépression	.186 *	.181 *
SCL symptôme de détresse	.177 *	.213 **
SCL indice de sévérité globale	.170 *	.193 *
PSI stress total	.160 *	.078

* p=.05 ** p=.01 *** p=.001

3.1- Facteurs individuels associés à la chronicité (le nombre de mois de services en Centre jeunesse)

Le tableau 2, illustre la relation entre la durée des services reçus par les familles et les variables psychologiques et sociodémographiques statistiquement significatives. *En incluant la période de placement*, on peut constater que plus il y a d'enfants dans une famille ou plus la mère est âgée, plus le nombre de mois de services en Centre Jeunesse augmente. Ces résultats vont de soit puisque les mères sont dans l'étude depuis plusieurs années donc, il est normal qu'elles aient eu plus de services que les mères nouvellement arrivées dans l'étude. D'autre part, le score total au *CAPI* (potentiel d'abus), les difficultés avec les autres et des indices de somatisation sont associées (faiblement⁴) à la durée des services reçus, tandis que les indices de détresse y sont associés (très faiblement). En ce qui concerne le *SCL* (santé mentale de la mère), quelques échelles sont faiblement associées à la durée des services, soit la somatisation, la dépression, les indices de détresse ainsi que la sévérité globale. Finalement, le stress vécu par le parent a un effet significatif, mais faible, sur le nombre de mois de services reçus. En bref, l'ensemble de ces variables sont faiblement ou très faiblement associées au nombre de mois de services en Centre Jeunesse en incluant les placements (17.9% de la variance totale). *Les analyses de régression démontrent que les variables qui sont statistiquement les plus associées à la chronicité, sont l'âge de la mère et le nombre d'enfants* (âge de la mère : $\beta = .289$, $p = .000$; nombre d'enfants : $\beta = .168$, $p = .034$).

⁴ Normalement on définit une corrélation comme faible avec un coefficient r se situant entre .20 et .39. Une corrélation est jugée moyenne avec un coefficient se situant entre .40 et .59.

Tableau 3
Nombre de mois de services en lien avec les facteurs de risque

	1^{er} quartile (n=42)	2^e quartile (n=43)	3^e quartile (n=43)	4^e quartile (n=43)	p
Moyennes					
Âge des mères	36.38	33.63	36.24	37.56	.097
Nombre d'enfants	2.10	2.42	3.00	2.95	.004
Scolarité	9.61	9.42	9.33	9.07	.612
CAPI	179.74	176.28	162.74	220.98	.027
SCL	48.77	50.32	46.17	56.60	.013
CTQ	47.50	62.85	45.36	58.23	.016
PSI	238.83	251.91	250.30	250.21	.579
CBCL	59.66	61.86	61.33	61.91	.656
	1^{er} quartile (n=42)	2^e quartile (n=43)	3^e quartile (n=43)	4^e quartile (n=43)	p
Fréquences					
Situation familiale monoparentale	29	28	25	19	.081
Situation familiale biparentale	13	15	20	24	
Fréquentation d'une classe spéciale	13	15	12	21	.330
Emploi	9	7	10	4	.263
Présence de placement	12	22	12	14	.408
Violence sévère	23	26	25	31	.369

Le tableau 3 permet de démontrer, *sous un autre angle*, les résultats reliés à la chronicité, soit en divisant notre échantillon en 4 groupes selon le nombre de mois de services reçus. Les familles du premier quartile ont moins de 19.87 mois de services en Centre Jeunesse. Le deuxième quartile comporte les familles ayant entre 19.87 et 32.98 mois de services tandis que le troisième quartile est composé de familles ayant entre 32.98 mois et 52.76 mois de services. Finalement, les familles ayant plus de 52.76 mois de services font partie du quatrième quartile. À l'aide d'une analyse de variance, on peut constater que les groupes se distinguent seulement sur les variables « nombre d'enfants, potentiel d'abus, problèmes de santé mentale, traumatismes passés ». Les familles du quatrième quartile ont obtenu une moyenne au potentiel d'abus (CAPI) plus élevée ainsi que le résultat le plus élevé concernant la fragilité de la santé mentale (SCL). Elles ont aussi, avec le troisième quartile le plus grand nombre d'enfants. Concernant les traumatismes vécus dans l'enfance par la mère (CTQ), les familles faisant partie du deuxième quartile ont vécu plus de traumatismes que les familles faisant partie des autres quartiles. Ces résultats doivent être interprétés avec nuances puisque la période d'observation varie selon les familles. Des familles sont dans notre étude depuis 1992 alors que d'autres le sont depuis 2000.

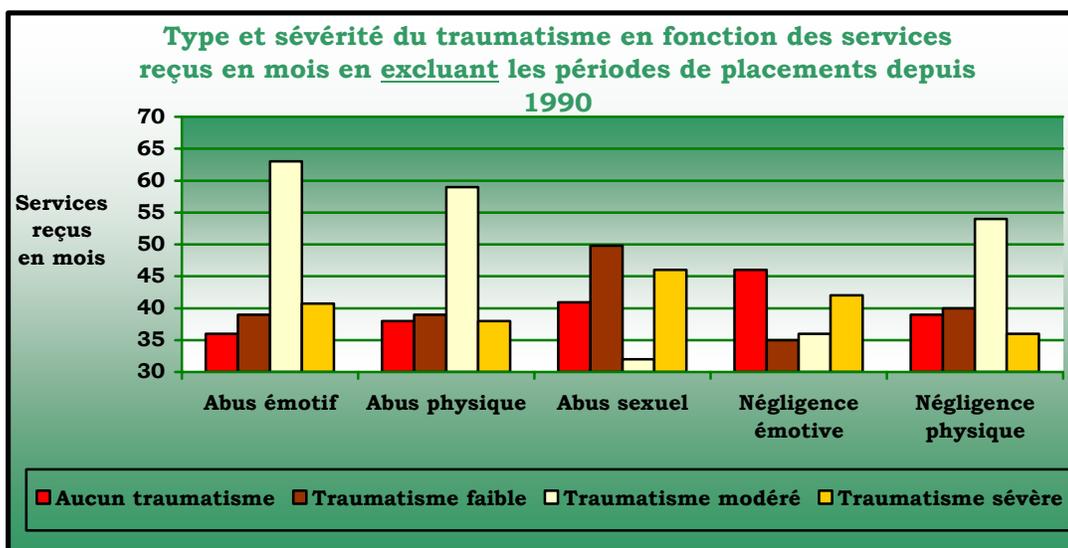
3.2- Problèmes de santé mentale de la mère en lien avec la chronicité et les antécédents

Les résultats de nos recherches suggèrent la place importante de la *santé mentale* de la mère en lien avec la *chronicité*, entre autres en considérant que le nombre de mois de services reçus par la famille est corrélé significativement avec quatre échelles du SCL dont la sévérité globale (voir la signification des corrélations, à l'annexe 1). Nous observons aussi à l'annexe 1, que les mères ayant moins d'années de scolarité, celles ayant fréquenté une classe spéciale ou celles ayant vécu un traumatisme modéré ou sévère en raison d'abus émotifs ou physiques sont plus fragiles au niveau de la santé mentale (voir la signification des moyennes à l'annexe 1). Également, les mères ayant vécu un ou plusieurs placements dans leur enfance présentent une santé mentale plus fragile que celles qui n'ont pas vécu cette situation.

3.3- Traumatismes vécus par les mères et chronicité (en mois de services)

La figure 3, (excluant la période de placements des enfants) montre que la présence de traumatismes modérés concernant l'abus émotif ($p=.022$) est significativement différente de l'absence de traumatisme, des traumatismes faibles ou sévères, c'est-à-dire que les mères ayant vécu un traumatisme modéré en raison de l'abus émotif se trouvent à recevoir plus de mois de services en Centre Jeunesse. En ce qui concerne les autres types de traumatismes, il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les catégories. Donc, on peut dire que statistiquement le type d'abus le plus relié au nombre de mois de services est l'abus émotif et que selon l'intensité, les traumatismes modérés semblent les plus problématiques. Une hypothèse serait que les mères ayant vécu des traumatismes sévères ont eu plus de services afin de travailler sur leurs traumatismes en comparaison avec les mères ayant un traumatisme modéré qui ont été plus laissées à elles-mêmes.

Figure 3



En résumé, le nombre élevé de mois de services en Centre Jeunesse (chronicité) peut s'expliquer par la présence des caractéristiques maternelles suivantes : un potentiel d'abus élevé, des problèmes de santé mentale, des traumatismes modérés vécus dans l'enfance et un nombre d'enfants plus élevé..

4- IMPACT DE LA NÉGLIGENCE SUR LES ENFANTS

4.1- La perception des mères

On constate que la négligence chronique dans une famille peut avoir d'importantes répercussions sur l'enfant. Les mères perçoivent toujours leur enfant comme présentant des problèmes élevés de type intériorisé et extériorisé. La figure 4 démontre qu'au CBCL, (liste des comportements de l'enfant d'Achenbach) à travers les années, on perçoit un changement de perception non significatif au plan statistique chez les mères pour le groupe 1 ($p=.908$). Cela démontre que les mères ne modifient pas la perception qu'elles ont de leurs enfants à travers le temps tout en voyant beaucoup de problèmes intériorisés et extériorisés. Le même constat est aussi valable pour le groupe 2 ($p=.308$). Pour le groupe 3, l'effet inverse se produit avec les scores au CBCL qui ont augmenté, mais toujours de façon non significative au plan statistique ($p=.675$) c'est-à-dire que les mères voient les enfants de façon très problématique.

4.2- La perception des enseignants

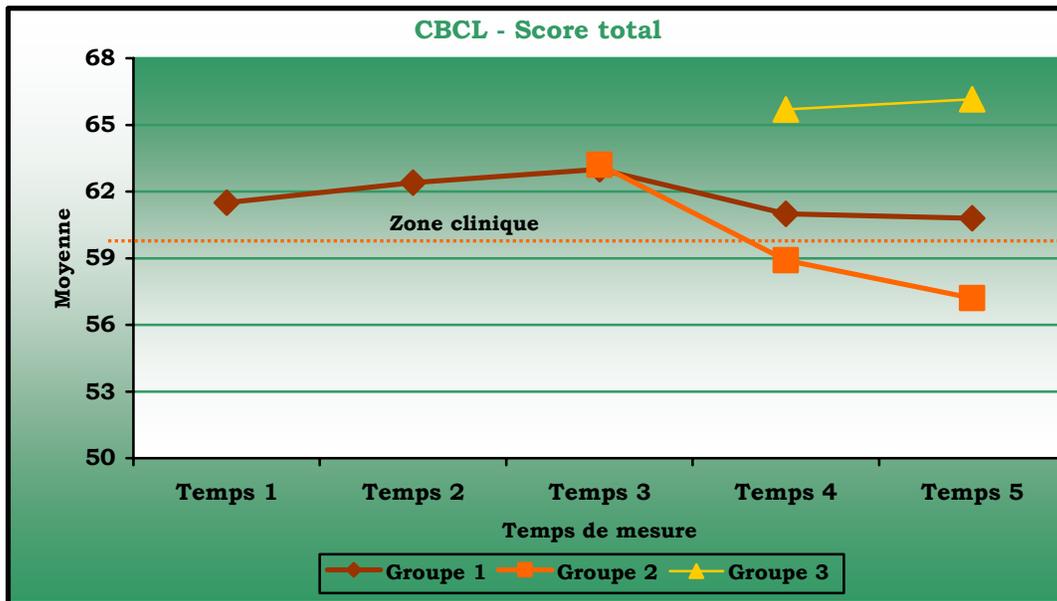
Le questionnaire TRF (teacher's form report) a été administré aux enseignants afin de connaître leurs perceptions des comportements des enfants. On constate que les enfants sont davantage perçus comme ayant des comportements externalisés par leur enseignant. Ces enfants ont des mères ayant des résultats élevés autant en ce qui concerne le potentiel d'abus (CAPI) que la fragilité de la santé psychologique (SCL) ($p=.041$). Ces enfants vivaient également plus de violence sévère dans leur famille (selon le PCCTS).

4.3- Traumatismes chez l'enfant

Les traumatismes chez l'enfant ont été évalués à l'aide du TSCYC (Trauma Symptoms Checklist for Young Children). Il est à noter que cette mesure a été insérée dans la batterie de questionnaires seulement au dernier temps de mesure, ce qui amène l'utilisation restreinte de 80 questionnaires remplis par la mère. De plus, pour les familles ayant plusieurs enfants, un seul questionnaire a été retenu, soit celui pour l'enfant ayant eu le score le plus élevé.

On remarque au tableau 4 que les traumatismes vécus par l'enfant sont en lien avec les problèmes de comportement de type internalisé et externalisé, le niveau de scolarité de la mère ainsi que son âge. Plus l'enfant présente des problèmes de comportement, plus il présente des symptômes de traumatismes. Moins la mère est scolarisée et moins elle est âgée plus son enfant présenterait des symptômes traumatiques.

Figure 4



De plus, les traumatismes que la mère a vécus dans son enfance, de même que la dissociation mentale sont associés aux traumatismes de l'enfant. Une mère qui a vécu des traumatismes a tendance à reproduire ses événements dans son rôle parental (Éthier, St-Laurent et Milot, 2005). Enfin, la fragilité de sa santé mentale et un potentiel d'abus élevé sont associés aux traumatismes vécus par l'enfant.

A noter qu'il n'y a aucune association entre les traumatismes de l'enfant et le nombre de services reçus en Centre jeunesse. En d'autres mots, l'enfant qui vit des traumatismes ne ferait pas l'objet de services en Centre Jeunesse de plus longue durée.

Tableau 4
Traumatismes chez l'enfant (TSCYC) en lien avec les services reçus en CJ, les problèmes de comportements de l'enfant et les caractéristiques maternelles.

	R
Services reçus en mois (sans placement)	-.005
Comportements d'internalisation	.387 ***
Comportements d'externalisation	.332 **
Score total des problèmes de comportement.	.456 ***
Abus émotif vécu par la mère	.249 *
Abus physique vécu par la mère	.244 *
Négligence physique vécue par la mère	.288 **
Dissociation de la mère.	.377 ***
Scolarité de la mère	-.255 *
Âge de la mère à 2005	-.274 *
Capi problème avec les enfants	.311 **
Capi problème avec les autres	.309 **
Santé mentale de la mère (score total)	.277 **

* p=.05 ** p=.01 ***p=.001

En somme, les traumatismes de l'enfant sont associés aux problèmes de comportement internalisés (timidité, retrait, etc.) et externalisés (agressivité, hyperactivité etc.). Les traumatismes vécus en bas âge entraîneraient une désorganisation du comportement social de l'enfant. Les traumatismes de l'enfant sont également associés à la désorganisation de la mère (traumatismes passés, dissociation, santé mentale, potentiel d'abus élevé).

5- LA PLACE DES PÈRES

Un des objectifs de l'étude était d'évaluer l'expérience paternelle sous l'angle des représentations internes de soi et des enfants. Les travaux de Lacharité et Éthier (2003) permettent de démontrer que les hommes dans les familles où existe de la négligence sont beaucoup plus présents que ne le laissent croire les statistiques indiquant la «monoparentalité féminine» comme un facteur de risque important de négligence. Dans les faits, au moins 75% des enfants négligés vivent, ou ont des contacts réguliers avec au moins une figure paternelle (père biologique ou conjoint régulier de la mère). De plus, près des deux tiers (64%) des hommes faisant partie des familles qui reçoivent des services en raison de situations de négligence chronique, vivent ou ont des contacts réguliers avec trois enfants ou plus. Ainsi, dans les faits, les hommes font irrémédiablement partie de la vie des enfants négligés et réciproquement, ceux-ci font partie de la vie de ceux-là.

Cependant, nous sommes en droit de nous questionner sur ce que font ces hommes lorsqu'ils se désengagent d'une famille et où vont-ils lorsqu'ils se retirent de celle-ci? L'expérience montre que plusieurs de ces hommes s'engagent à l'intérieur d'une autre famille et deviennent une figure paternelle pour d'autres enfants (ceux de la nouvelle conjointe ou de nouveaux enfants biologiques). Cela a pour conséquence que la trajectoire parentale de ces hommes les expose à des arrangements relationnels de plus en plus complexes avec des enfants. Dans ces conditions, il devient particulièrement difficile pour ces hommes de développer une disponibilité psychologique à l'égard des besoins des enfants qu'ils côtoient et particulièrement difficile pour eux d'avoir des rapports soutenant avec leur réseau social et le réseau des professionnels. Ainsi, plus cette trajectoire parentale évolue, plus les risques de négligence augmentent avec l'introduction d'un nouveau cycle.

Les hommes dans les familles où il existe de la négligence chronique seraient beaucoup plus présents que ne le laissent croire les statistiques. Dans les faits, au moins 75% des enfants négligés vivent, ou ont des contacts réguliers avec au moins une figure paternelle (père biologique ou conjoint régulier de la mère). De plus, près des deux tiers (64%) des hommes faisant partie des familles qui reçoivent des services en raison de situations de négligence chronique, vivent ou ont des contacts réguliers avec trois enfants ou plus.

CONCLUSION

Définir la négligence chronicité

Une question importante soulevée dans cette étude concerne la manière de définir la négligence chronique. En aucun cas, la définition de la chronicité inhérente à cette étude doit être confondue avec des «services continus ou long terme» visant le soutien à la famille en dehors du cadre de protection. Dans notre étude, nous avons défini la chronicité selon la durée où le dossier d'un enfant de la famille est actif en «protection de la jeunesse» (un enfant demeure en protection lorsque sa sécurité ou son développement sont sérieusement compromis) et selon le score obtenu par le parent à la mesure de potentiel d'abus. Rappelons que la mesure de chronicité selon la durée en mois est établie de manière fiable par le nouveau système PIJ des Centres jeunesse. En ce sens, nous croyons avoir amélioré significativement la manière de définir et mesurer la chronicité par rapport aux études précédentes, études dans lesquelles la chronicité était définie seulement par le nombre approximatif d'années ou de mois pendant lesquels un jeune avait reçu des services de protection. Cependant, nous savons que le nombre d'années ou de mois de services reçus ne représente pas toujours correctement la situation réelle de maltraitance. Pour des raisons d'ordre administratif ou autre, des dossiers en protection peuvent être fermés. C'est pourquoi, dans cette étude, nous avons considéré, outre la durée en protection de la jeunesse, le niveau de potentiel d'abus du parent.

Dans cette étude de suivi nous avons traité de la «chronicité familiale» et non pas de la «chronicité individuelle», c'est-à-dire le nombre de mois en protection de la jeunesse pour l'ensemble des enfants d'une même famille. La majorité des études portant sur la chronicité concerne la récurrence individuelle. Nous croyons que la chronicité familiale est une mesure beaucoup plus fiable au plan clinique que celle qui est individuelle.

Les familles négligentes en Centre jeunesse cumulent les facteurs de risque

Les familles qui reçoivent des services de la protection de la jeunesse en raison de conduites négligentes envers l'enfant cumulent de nombreux facteurs de risque psychosociaux et psychologiques. Ces familles sont très vulnérables en raison de problèmes multiples vécus dans leur passé et dans leur vie actuelle. Dans cette étude nous avons constaté que parmi les familles négligentes, celles qui présentent une situation chronique se distinguent davantage par leurs antécédents et leurs caractéristiques personnelles que par leur situation sociale et économique. Ces résultats sont importants puisqu'ils permettront de mieux cibler les besoins et les services aux familles.

Une présence paternelle vécue sous un mode désorganisé

Dans les familles où existe de la négligence, les hommes seraient beaucoup plus présents que ne le laissent croire les statistiques de «monoparentalité». Dans les faits, près des deux tiers (64%) des hommes faisant partie des familles qui reçoivent des services en raison de situations de négligence vivent ou ont des contacts réguliers avec trois enfants ou plus. Ainsi, dans la réalité, les hommes font irrémédiablement partie de

la vie des enfants négligés et réciproquement, ceux-ci font partie de la vie de ceux-là. Néanmoins, cette présence paternelle se fait sous un mode désorganisé envers les enfants et peu soutenant envers la mère. L'intervention auprès des figures paternelles demeure donc un défi pour la recherche et la pratique.

Négligence parentale et chronicité

Dans cette étude longitudinale s'échelonnant sur 13 années nous constatons que les services en Centre jeunesse pour négligence ne diminuent pas significativement le potentiel d'abus et, la négligence des mères envers leurs enfants. Pour certaines mères nous constatons même une augmentation du potentiel d'abus au lieu d'une diminution. Ce résultat souligne la difficulté de l'intervention auprès des familles négligentes.

Plusieurs situations influencent le potentiel d'abus chez les mères, la faible scolarité du parent, la présence de plus de trois enfants dans la famille, la mère déclarant vivre seule, l'absence de la mère biologique dans le réseau de soutien de la répondante ainsi que la présence de violence familiale envers les enfants. Cependant, les variables les plus importantes, celles qui ressortent nettement au plan statistique, demeurent la santé mentale de la mère, les traumatismes et les placements qui ont été vécus durant l'enfance de cette dernière. Ces résultats suggèrent que la mère est peu soutenue par sa famille immédiate pour faire face à l'éducation de ces enfants, notamment lorsqu'elle a plus de trois enfants et que les expériences passées auraient été si difficiles qu'elle a développé un ensemble de troubles émotionnels qui nuisent considérablement à son rôle de parent et à sa santé physique.

Une mère qui présenterait, dès son entrée en Centre Jeunesse, un potentiel d'abus élevé de même que des symptômes de santé mentale, serait plus à risque de présenter de la négligence chronique et devrait faire l'objet d'intervention spécifique. La négligence chronique est associée davantage à des caractéristiques personnelles que sociodémographiques. La majorité des familles en Centre Jeunesse présentent des facteurs de risque associés à leur vie actuelle et leur vie passée, mais les familles négligentes qui «s'en sortent peu ou pas» vivent des problèmes psychologiques plus importants encore que celles qui reçoivent des services pour une période transitoire.

L'impact de la négligence sur le développement des enfants

On constate que la négligence chronique dans une famille peut avoir d'importantes répercussions sur l'enfant. Les mères perçoivent *tout au long du suivi*, malgré les services offerts, leur enfant comme présentant des problèmes élevés de comportements de type intériorisé et extériorisé.

Les enfants présenteraient à la fois du retrait, de la dépression, de l'agressivité, de l'hyperactivité, des problèmes d'attention et des comportements d'opposition. Les enseignants de leur côté, associent davantage la négligence aux conduites de type externalisé. Les enfants négligés en bas âge présentent davantage du retrait et de la dépression, mais lorsqu'ils grandissent ils présentent à la fois de la dépression et des conduites agressives, opposantes (Éthier et Nolin, 2006).

Les résultats de cette étude suggèrent que les traumatismes vécus par l'enfant sont associés aux problèmes de comportements internalisés et externalisés. Les traumatismes de l'enfant entraîneraient une désorganisation comportementale. En fait, nous serions devant un «cycle intergénérationnel de la négligence » ou la désorganisation de la mère (traumatismes passés, dissociation, problèmes de santé mentale, potentiel d'abus élevé) se transmettrait à l'enfant par le biais de conduites incohérentes, impulsives, dissociées et effrayantes du point de vue de l'enfant. Ces conduites maternelles auraient un impact majeur sur le développement social et émotionnel de l'enfant (voir les travaux de Éthier, St-Laurent et Milot, 2005; Lacharité et Éthier, 2005).

Réussir en négligence

Les résultats de cette étude de suivi doivent mener à une réflexion approfondie sur les évaluations en Centres jeunesse, sur l'importance de bien cibler les besoins des familles qui présentent des conduites de négligence envers leurs enfants et sur la nature des interventions que la famille reçoit par rapport à ceux-ci. Enfin, ces résultats nous amènent aussi à nous questionner sur la manière optimale d'octroyer les services à la famille.

Une des raisons au manque d'efficacité des programmes d'intervention auprès des parents négligents est le manque fréquent d'adéquation entre les besoins spécifiques des membres de la famille et les services qui leurs sont offerts. Ainsi, des programmes visent la hausse d'habiletés parentales et de communication, sans tenir compte de la santé mentale du parent ou des traumatismes non résolus de l'enfant (voir les travaux de Éthier et Nolin, (2006) sur les effets des traumatismes sur le développement cognitif, social et émotionnel de l'enfant).

D'autre part, bien qu'aucune étude n'ait évalué l'efficacité des interventions en fonction de leur durée, nous sommes d'avis que les programmes intensifs devraient, une fois leur objectif atteint, «éliminer la négligence et l'abus envers l'enfant», continuer à offrir des services psychologiques sur une base moins intensive de manière à prédire la récurrence et renforcer les habiletés acquises par le parent. Nous savons que les familles aux prises avec la négligence présentent, pour la plupart, de nombreux besoins d'ordre psychologique et social qui ne peuvent être comblés rapidement. Au mieux, des programmes d'intervention bien ciblés peuvent diminuer ou stopper les conduites négligentes envers les enfants mais ces conduites risquent de réapparaître dans des périodes de stress, d'augmentation des problèmes de comportements de l'enfant, notamment lors du passage de l'enfance à l'adolescence, de ruptures avec le conjoint, de difficulté financière, de conflits avec l'entourage, etc.

Enfin, soulignons l'importance d'inscrire la relation d'aide psychologique dans le cadre d'une logique d'intégration de services auprès de ce parent et de sa famille. Les besoins que manifestent ces parents et la complexité des déterminants de la problématique de négligence font en sorte que l'aide requise dépasse le travail qu'un intervenant isolé peut effectuer. En conséquence, des modalités multiples d'intervention doivent être mises en place pour répondre à ces besoins et à cette complexité. L'intégration des services réfère à des pratiques professionnelles ciblées en fonction des réels besoins du parent et de sa famille pour une période intensive de traitement et une période de soutien visant

à renforcer les habilités du parent, à maximiser ses ressources et à prévenir la récurrence des conduites négligentes et violentes.

Les services intégrés auprès d'une famille ne devraient pas se confondre à une superposition de services indépendants les uns des autres, il s'agit plutôt de *pratiques professionnelles intégrées* envers les parents qui négligent ou abusent leurs enfants. Par pratiques professionnelles intégrées, nous entendons notamment la forme de liens et d'alliances que des intervenants doivent établir avec ces parents pour que ceux-ci se *sentent soutenus et aidés de manière compétente, cohérente et intégrée*. Il s'agit donc pour ces parents de retrouver, dans l'ensemble des contacts qu'ils ont avec des professionnels, une vision commune de leur situation et des formes convergentes d'aide et de soutien.

Limites et portée de l'étude

Les familles de l'étude proviennent de la Mauricie et du Centre du Québec, elles ont toutes été volontaires à participer aux diverses évaluations réalisées entre 1992 et 2005. Ces familles pourraient se distinguer des familles des Centres Jeunesse non volontaires à participer à une recherche.

Les familles de cette étude présentent 50 mois de services en Centre Jeunesse par enfant, en comparaison avec 29 mois pour la clientèle négligente du CJMCQ. Les familles participantes de cette étude pourraient donc présenter des caractéristiques encore plus problématiques que ce que nous retrouvons habituellement dans les services de la protection. Enfin, les familles évaluées pourraient se distinguer de celles provenant de région géographique ou groupes culturels spécifiques. Cependant les résultats obtenus dans cette recherche sont supportés par les écrits scientifiques décrivant les caractéristiques des familles négligentes et les effets des interventions auprès de cette population (Gaudin & Dubowitz, 1997; Sprang, Clark & Bass, 2005; Wilson & Horner, 2005).

ACTIVITÉS DE DIFFUSION ET DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES RELIÉES À L'ÉTUDE DE 2002 À 2005

Ouvrages collectifs (2002-2005)

1. Éthier, L.S., Lacharité, C. (accepté pour 2006). Physical abusers in the family. In Comprehensive Handbook of Interviewing: Adults and Children (Volume 1). Editors, Michel Hersen & Jay C. Thomas. Sage Publications, Thousand Oaks, California.
2. Éthier, L. S. (2005). Les facteurs individuels reliés à la capacité parentale. Dans Les Cahiers de Santé Mentale. Centre Jeunesse de la Montérégie (Editeur) Québec.
3. Lacharité, C., Éthier, L.S. (2003) Paternité et situations de négligence. International congress «In the best interests of the child: Cross cultural perspectives. Leuven, Belgium. Actes du congrès.
4. Éthier, L.S., Gagnon, J., Lacharité, C., Tarabulsy, G., Piché, C. (2002). Recension des mesures d'attachement parent-enfant : perspective d'application clinique. Évaluation en protection de l'enfance. Sous la direction de Marceline Gabel et Paul Durning. Fleurus, collection psychosociale. Paris, 122-143.

Articles avec jury (2002-2005)

1. Lacharité, C., Éthier, L.S., Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. Bulletin de Psychologie, Fascicule 3, Tome 59, Juin.
2. Dessureault, D., Milot, T., Éthier, L.S, Dionne, M. (accepté). Taux de re-signalement en protection de la jeunesse sur une période de 24 mois. Revue de Psychoéducation et d'Orientation
3. Éthier, L.S., Nolin, P.(accepté). Negligence with and without physical abuse. Journal of Agression and Violent Behavior
4. Nolin, P., Éthier, L.S. (en révision). Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. Journal of Child Abuse and Neglect.
5. Nolin, P., Turgeon, P., Éthier, L.S., Lacharité, C. (soumis). Internalization, externalisation in child neglect with or without physical abuse. Journal of Consulting Psychology.
6. Lacharité, C., Éthier, L.S., Chamberland, C. (2005). Développer des programmes pour contrer la négligence envers les enfants. Le rôle des partenariats pratique-recherche. Canada's Children, Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada, Winter.
7. Boulet, M.C., Éthier, L.S., Couture, G. (2004). Événements de vie et traumatismes chez les mères négligentes chroniques, Revue Santé Mentale au Québec, vol 29, no 1, 217-236.
8. Dessureault, D, Éthier, L.S., Milot, T., Dionne, M. (2004). Les taux de récurrence en protection de la jeunesse ventilés selon l'âge de l'enfant, le sexe et la problématique signalée entre 1998 à 2002. Revue Service Social, vol 51, no 1, 1-13.
9. Éthier, L.S., Couture, G., Lacharité, C. (2004). Risk factors associated with chronicity in negligence. Journal of Family Violence, vol 19, no 1, February, pp13-24.
10. Éthier, L.S., Lemelin, J.-P., Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioural and emotional problems. International Journal of Child Abuse and Neglect, 28, 1265-1278.
11. Langlois, G., Éthier, L.S. (2003). Évaluation des symptômes dépressifs chez les mères négligentes chroniques en comparaison avec les mères dont la négligence est épisodique. Revue de Psychoéducation et d'Orientation, Vol, 32, no1, 31-47.
12. Lacharité, C., Éthier, L.S. (2002). Child Neglect: A serious problem in North America. Canada's Children, Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada, Winter, 18-26.

Conférences prononcées (2002-2005)

1. Éthier, L.S, Nolin, P. (2006). L'impact des traumatismes émotionnels et physiques chez les enfants. Mars. Université du Québec à Montréal. Conférence sous invitation de l'ACJQ et de l'IRDS.
2. Milot, T., St-Laurent, D., Éthier, L.S. (2006). L'état d'esprit hostile/impuissant: un modèle de la transmission intergénérationnelle de la désorganisation de l'attachement. Société québécoise de psychologie (SQRP). Mars. Université Laval.
3. Dessureault, D., Éthier, L.S. (2005). Les facteurs de récurrence des mauvais traitements. Colloque «La recherche au service de l'intervention» organisé par le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Octobre. Trois-Rivières.
4. Éthier, L.S, St-Laurent, D. (2005). La transmission intergénérationnelle de la négligence parentale. Colloque «La recherche au service de l'intervention» organisé

par le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Octobre. Trois-Rivières.

5. Éthier, L.S., St-Laurent, D, Milot, T. (2005). Les traumatismes vécus à l'enfance et la transmission intergénérationnelle de la négligence parentale. 61^e symposium national sur la protection et le bien-être des enfants. Centre d'excellence pour la Protection des enfants. Mai. Montréal.
6. Dessureault, D., Éthier, L.S, Milot, T. Dionne, M (2005). Les placements et la récurrence des mauvais traitements. Vers une nouvelle culture de l'information en protection de la jeunesse, Colloque international organisé par PIBE/Valorisation Recherche Québec. Septembre Québec.
7. Éthier, L.S., Dumaret, A., Klapper, U. (2005) Factors of Psychosocial adaptation in adulthood. A France-Canada comparison of foster care. Xe Congrès International d'Éducation Familiale. Las Palmas (Grandes Canaries). Espagne.
8. Lacharité, C., Éthier, L.S. (2005). Transmission intergénérationnelle de la désorganisation d'attachement en contexte de maltraitance. EUSARF. Université Nanterre, Paris.
9. St-Laurent, D., Moss, E., Milot, T, Éthier, L.S. (2005). Caractéristiques maternelles associées à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et à l'attachement désorganisé. Deuxième colloque québécois en maltraitance des enfants et des adolescents. Hôpital Ste-Justine/CJM. Montréal.
10. Éthier, L.S. (2004). La contribution de la dépression et du stress à la transmission intergénérationnelle de la négligence parentale. Centre jeunesse de la Montérégie.
11. Éthier, L.S., Mercure, Y., Gagnon, D., Dionne, M. (2004). Négligence parentale; développement émotionnel et toxicomanie. Congrès québécois en toxicomanie. Shawingan.
12. Éthier, L.S., Pinard, P. (2004). L'intervention en négligence et les services intégrés. Enfants, familles et parcours de services dans les centres jeunesse du Québec. Colloque organisé par le GRISE. Université de Sherbrooke.
13. Lacharité, C., Éthier, L.S. (2004). Post traumatic stress among maltreated children. XXXV Reunao Annual de Psicologia Sociedade. Brasileria. Brazil.
14. Milot, T., Éthier, L.S., St-Laurent, D. (2004). Family Context Factors, Maternal Psychosocial Functioning and Child Behaviour. ISIS, Chicago. USA.
15. Milot, T., Éthier, L.S., St-Laurent, D. (2004). Maternal depression and Child Behaviour. ISSB. Ghent. Belgium.
16. Éthier, L.S., Lacharité, C., St-Laurent, D. (2003). Association among maternal unresolved attachment status, chronic parental neglect and children's PTSD Symptoms. Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development. Tampa, USA.
17. Éthier, L.S., Lacharité, C. (2003). Les facteurs de risque reliés à la négligence chronique. Premier colloque québécois en maltraitance des enfants et des adolescents. Hôpital Ste-Justine. Montréal.
18. Éthier, L.S., Lemelin, J.P. (2003). Psychosocial risk factors associated with chronic maltreatment of the child. International Congress In the best interests of the child : cross-cultural perspectives/ EUSARF. Leuven. Belgium.
19. Éthier, L.S., Nolin, P., Lemelin, J.P. (2003). Les effets de la maltraitance chronique sur le développement des enfants. International Congress In the best interests of the child : cross-cultural perspectives/ EUSARF. Leuven. Belgium.
20. Lacharité, C. Éthier, L.S. (2003). Paternité et situations de négligence. International congress «In the best interests of the child : Cross cultural perspectives. Leuven, Belgium.

21. Lacharité, C., Éthier, L.S. (2003). Intervenir en négligence : conceptualisation des programmes, implantation et éthique. Premier colloque québécois en maltraitance des enfants et des adolescents. Hôpital Ste-Justine. Montréal
22. Lacharité, C., Éthier, L.S. (2003). Vers une seconde génération d'interventions en négligence. Symposium pour le développement des jeunes enfants. Université Mc Gill. Montréal.
23. St-Laurent, D., Éthier, L.S., Lacharité, C., Milot, T., Dicaire, S. (2003) School adjustment of Chronically and Non-Chronically Maltreated Children. Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development. Tampa, USA.
24. Éthier, L.S., Lacharité, C. (2002). Trauma and Attachment in Negligent Mothers. Attachment Conference, Université Laval, Québec. Mai.
25. Éthier, L.S., Lacharité, C. (2002). La négligence : enjeux cliniques et modèles d'intervention. Conférence d'ouverture donnée à l'Université Laval, Québec. Mai.
26. Lacharité, C., Éthier, L.S. (2002). La pratique clinique en protection de l'enfance : le cas de la négligence. Congrès de l'Ordre des Psychologues du Québec. Montréal. Novembre.
27. Lacharité, C., Éthier, L.S. (2002). Supporting and Strengthening Families in the face of Neglect: A Clinical Model. Canada's Children. Child Welfare League of Canada, Toronto, Mai.
28. Lemelin, J.-P., Éthier, L.S., Lacharité, C., Milot, T. (2002). Chronically and non-chronically maltreated children's behavior problems: a longitudinal study. Congrès ISSBD, Ottawa, Août.

Contributions écrites ou audio-visuelles à la pratique professionnelle (2002-2005)

1. Dessureault, D., Éthier, L.S., Milot, T., Dionne, M. (2006). Le risque de récurrence dans les services de protection et les placements à court terme. Numéro Spécial, Revue Pibe, Hiver. Centre jeunesse de Québec et Institut Universitaire de Québec.
2. Éthier, L.S. Lacharité, C. (2006). La négligence envers les enfants; Trousse de formation et de dépistage. Sous la direction du Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociale (CLIPP).
3. Boulet, M.C., Éthier, L.S., Couture, G. (2005). Événements de vie et traumatisme chez les mères négligentes chroniques. Psychologie Québec. No de Juillet.
4. Éthier, L.S., Klapper, U., Pilotto, M. (2005). Des enfants à protéger, des familles à soutenir. Document audio-visuel. Production Université du Québec à Trois-Rivières.
5. Éthier, L.S., Desaulnier, R. (2004). La négligence expliquée aux parents. Cahier spécial des Centres jeunesse du Québec. Paru dans La Presse, Le Droit, Le Devoir, Le Nouvelliste, Le Soleil. La Tribune, La Voix de l'Est. Le Quotidien.
6. Éthier, L.S., Lacharité, C. (décembre 2004). Commentaires sur les modifications législatives à la Loi sur la protection de la jeunesse. Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN). Université du Québec à Trois-Rivières.
7. Pinard, P., Gagnier, J.P. (Collaborateurs) Éthier, L.S., Lacharité, C., St-Laurent, D., Mercure, Y. (2003). Programme national de formation. Module 207 : Intervention en négligence. Association des Centres jeunesse du Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec.
8. Lacharité, C., Éthier, L.S (2003). Service d'aide intégrée pour contrer la négligence : Description d'un modèle d'intervention. Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN). Université du Québec à Trois-Rivières.

PRINCIPALES RÉFÉRENCES

- Abidin, R. R. (1983). *Parenting Stress Index*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index / Short Form*. Virginia: University of Virginia.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, (1986). *Manual for the teacher's report form and teacher's version of the child behavior profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department Psychiatry
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Berntein, D.P. & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective Self-Report*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bigras, M. et La Frenière, P. (1996). *Indice de Stress Parental: traduction et normes québécoises*. Sherbrooke: Université de Sherbrooke.
- Boulet, M.C., Éthier, L.S., Couture, G. (2004). Événements de vie et traumatismes chez les mères négligentes chroniques, Revue Santé Mentale au Québec, vol 29, no 1, 217-236.
- Briere, J. (1999). *Trauma Symptom Checklist for Young Children*. Los Angeles, CA: University of Southern California School of Medicine.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R: Administration, Scoring, and Procedures Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems Inc.
- Desaulniers, R., Allaire, S., & St-Laurent, D. (2003). *L'inventaire des symptômes traumatiques chez les jeunes enfants* (traduction française de «Trauma Symptom Checklist for Young Children» de Briere, 1999), document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Éthier, L.S., Nolin, P. (2006). L'impact des traumatismes émotionnels et physiques chez les enfants. Mars. Université du Québec à Montréal. Conférence sous invitation de l'ACJQ et de l'IRDS.
- Éthier, L.S., St-Laurent, D., Milot, T. (2005). Les traumatismes vécus à l'enfance et la transmission intergénérationnelle de la négligence parentale. 6^e symposium national sur la protection et le bien-être des enfants. Centre d'excellence pour la Protection des enfants. Mai. Montréal.
- Éthier, L.S. (2005). Les facteurs individuels reliés à la capacité parentale. Dans les Cahiers de santé mentale. Centre Jeunesse de la Montérégie (Éditeur) Québec.
- Éthier, L.S., Biron, C., Boutet, M. (1999). Les compétences parentales chez les personnes ayant des incapacités intellectuelles. Revue Francophone en Déficience Intellectuelle, 10(2), 109-124.
- Éthier, L.S., Couture, G., Lacharité, C. (2004). Risk factors associated with chronicity in negligence. Journal of Family Violence, vol 19, no 1, February, pp13-24.
- Éthier, L.S., Dessureault, D., Milot, T., Dionne, M. (2004). Les taux de récurrence en protection de la jeunesse ventilés selon l'âge de l'enfant, le sexe et la problématique signalée entre 1998 et 2002. Revue Service Social, vol 51, no 1, 1-13.
- Éthier, L. S., Lacharité, C., Couture, G. (1995). Childhood Adversity, Parental Stress and Depression of Negligent Mothers, International Journal of Child Abuse and Neglect, 19 (5), 619-635.

- Éthier, L. S., Lacharité, C., Desaulniers, R., & Couture, G. (2002). *Informations démographiques*, document inédit, GREDEF, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Éthier, L.S., Lemelin, J.-P., Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioural and emotional problems. Child Abuse and Neglect, the International Journal, 28, 1265-1278.
- Éthier, L. S., Desaulniers, R., (2002). *Informations sur la vie familiale*, document inédit, GREDEF, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Fortin, A., Cyr, M. & Chénier, N. (1996). *Questionnaire sur la résolution de conflits: stratégies utilisées par les parents envers les enfants* (traduction de Straus et autres, 1996, The Parent-Child Conflict Tactics Scales), document inédit, Université de Montréal.
- Fortin, F., Coutu-Wakulczyk, G. (1985). *Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale, le SCL-90-R: rapport final*. Montréal: Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Gaudin, J.M., Dubowitz, H. (1997). Family functioning in neglectful families. In J.D. Berrick, R.P. Barth, & N. Gilbert (Eds) *Child Welfare Research Review*, vol II (pp.28-62). New-York. Columbia University Press.
- Lacharité, C. (1993). *Version française de l'Inventaire d'Achenbach pour les enfants de 2 à 3 ans*, document inédit, GREDEF, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lacharité, C., Éthier, L.S. (2005). Transmission intergénérationnelle de la désorganisation d'attachement en contexte de maltraitance. EUSARF. Université Nanterre, Paris.
- Lacharité, C. Éthier, L.S. (2003). Paternité et situations de négligence. International congress «In the best interests of the child : Cross cultural perspectives. Leuven, Belgium. Actes du congrès.
- Lacharité, C., Éthier, L. S., Couture, G. (1996). Analysis of the Influence of Spouses on Parental Stress of Neglectful Mothers. Child Abuse Review, London, 5, 18-33.
- Lacharité, C., Éthier, L.S., Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. Bulletin de Psychologie. Fascicule 3, Tome 59.
- Lacharité, C., & Villemure, J. (1986).). *Liste de comportements d'Achenbach, version enseignant* (traduction en français du «Teacher report form» d'Achenbach & Edelbrock, 1986), document inédit, GREDEF, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lalande, D., Éthier, L.S., Rivest, C., Boutet, M. (2002). Parentalité et incapacités intellectuelles : une étude pilote. Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle. Volume 13, no 2, 133-155.
- Langlois, G., Éthier L.S. (2003). Évaluation des symptômes dépressifs chez les mères négligentes chroniques en comparaison avec les mères dont la négligence est épisodique. Revue de Psychoéducation et d'Orientation, Vol, 32, no1, 31-47.
- Milner, J. S. (1980). *The Child Abuse Potential Inventory Manual*. Webster, NC: Psytec.
- Nolin, P., Éthier, L.S. (soumis, février 2005). Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. Journal of Child Abuse and Neglect.
- Palacio-Quintin, V., & Palacio-Quintin, E. (1992). *Version en français du questionnaire CAP de Milner*, document inédit, GREDEF, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Sprang, G., Clark, J.J., Bass, S. (2005) Factors that contribute to child maltreatment severity: a multi-method and multidimensional investigation. *Child Abuse and Neglect*, 29, 335-350.
- Straus, M. A. (1990). The Conflict Tactics Scales and its critics: An evaluation of and new data on validity and reliability. In: M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds). *Physical*

- violence in american families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*, (pp. 49-73). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Straus, M. A., Hamby, S. L. (1995). *Measuring physical and psychological maltreatment of children with Conflict Tactics Scales*. Durham: University of New Hampshire.
- Turmel, V., Lacharité, C., Éthier, L.S. (avril 2005). Négligence, stress parental et problèmes émotionnels et comportementaux de l'enfant. Revue Canadienne des Sciences du Comportement.
- Wilson, D, Horner, W. (2005) Chronic Child Neglect : Needed Developments in Theory and Practice. Families in Society, 471-481.

ANNEXE 1

Seuils de signification en fonction des résultats au SCL

<i>SITUATION ACTUELLE</i>	Sévérité globale	Somatisation	Obsession	Sensibilité	Dépression	Anxiété	Hostilité	Anxiété phobique	Paranoïde	Psychose	Symptôme de détresse	Symptômes total
Âge de la mère	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Type de famille	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Violence dans la famille	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Mère biologique dans le réseau	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Nombre d'enfants	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Mois de services	.019	.008	ns	ns	.028	ns	ns	ns	ns	ns	.010	ns
<i>SITUATION PASSÉE</i>												
Scolarité	.003	.050	.034	.032	.008	.002	ns	.001	ns	ns	ns	.041
Classe spéciale	.013	.034	.041	.047	.012	.001	ns	ns	ns	ns	ns	.018
Placement	.059	ns	.002	.017	.022	.013	.009	ns	.023	.044	ns	ns
Abus émotif	.005	.002	.050	ns	ns	.027	.055	ns	ns	.057	.031	ns
Abus physique	.007	.002	.027	ns	ns	.006	ns	ns	.030	ns	ns	.054
Abus sexuel	ns	.028	ns	ns	ns	ns	.030	ns	ns	ns	.021	ns
Négligence physique	.052	.014	.054	ns	.019	.002	ns	ns	ns	ns	ns	.007
Négligence émotionnelle	ns	ns	.031	ns	.049	ns	ns	ns	.048	ns	ns	ns