

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE EXPLORATOIRE DES EFFETS DU PROGRAMME GRANDIR
ENSEMBLE ET PORTRAIT DES JEUNES ORIENTÉS VERS CE
PROGRAMME MULTIMODAL DE PRÉSERVATION DE LA FAMILLE
OFFERT AU CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL-INSTITUT
UNIVERSITAIRE (CJM-IU)

THÈSE DOCTORALE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
JULIE MORIN

OCTOBRE 2017

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

À ceux qui m'ont dit que les meilleurs doctorats sont ceux qui se terminent! Marie-Ève Desrosiers pour avoir fait germer en moi l'ambition de me présenter au doctorat. Dr Scherer, merci d'avoir convaincu ma future directrice de recherche, Marie-Claude Guay, de me rencontrer. Merci à cette dernière qui a su croire en moi malgré les embûches. Marc Bigras, pour toutes ces années de collaboration. Annie-Claude Perrault, merci d'avoir tout essayé : diners partagés, covoiturages inspirants, délires de caramels mous, vraiment... je te dois beaucoup. Suzanne Pelland m'offrant une aide quasi déraisonnable : je suis sûre que ta dévotion pour la recherche en milieu clinique portera ses fruits. Du CJM-IU : Suzanne Young et Jean Lacasse, instigateurs du projet, Mme Nikolova, Josée Lemieux et tous les intervenants animateurs du programme. De l'UdeM, un merci tout particulier à Sylvie Normandeau et Julie Allard. Du CJ Laval, Geneviève Barlow et les intervenants approchés même si la démarche n'a pas donné les résultats attendus. Toutes les personnes qui ont contribué à la collecte de données en rencontrant les parents ou encore, en prolongeant leurs heures de travail pour faire des évaluations en fin de journée. Imaginez des soirées regroupant 8 psychologues pour des blitz d'évaluation : c'est plus que dans certains hôpitaux! Jean Bégin, l'homme qui est, je l'espère, l'homme le plus cité dans les remerciements des étudiants de psychologie de l'UQAM. Marie-Noëlle et MH, mes fidèles amies. François et Philippe, mes deux amours (en 10 ans d'études, il est apparemment permis d'en aimer plus d'un). Mes enfants : Damien, merci d'avoir grandi... ensemble. Je me plais à imaginer que tu me dédieras peut-être ta future thèse. Tu es un être tout à fait inspirant. Flavie, bienvenue ma belle fille d'amour! T'es chanceuse, maman aura tout le temps voulu pour toi puisque cette thèse est enfin terminée! Bien sûr, maman, papa et Rachel, merci.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	ix
RÉSUMÉ	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
CONTEXTE THÉORIQUE.....	2
1.1 Définition de la maltraitance envers les enfants	2
1.2 Loi sur la protection de la jeunesse.....	5
1.3 État de la situation de la maltraitance envers les enfants.....	8
1.4 Santé et développement de l'enfant maltraité.....	13
1.5 Modèle de la traumatologie développementale de la maltraitance.....	25
1.6 Modèle écologique transactionnel de la maltraitance.....	35
1.7 Interventions psychosociales visant la préservation de la famille	40
1.8 Programme multimodal <i>Grandir ensemble</i>	52
1.9 Objectifs de recherche	60

CHAPITRE II	
MÉTHODE	63
2.1 Participants	63
2.2 Déroulement et procédures.....	67
2.3 Instruments de mesure	71
2.3.1 Séance d'évaluation cognitive avec l'enfant.....	71
2.3.2 Questionnaires remplis par les parents	73
2.3.3 Questionnaires remplis par les intervenants	76
CHAPITRE III	
RÉSULTATS	77
3.1 Analyse des données.....	77
3.2 Analyse préliminaires	80
3.3 Effets du programme <i>Grandir ensemble</i>	82
3.4 Portrait du développement des enfants du programme <i>Grandir ensemble</i>	89
3.4.1 Développement cognitif des enfants.....	89
3.4.2 Ajustement socioaffectif des enfants	94
CHAPITRE IV	
DISCUSSION	97
CONCLUSION	116

ANNEXE A

LETTRÉ D'INFORMATION AUX INTERVENANTS	124
---	-----

ANNEXE B

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT	128
---	-----

ANNEXE C

QUESTIONNAIRES REMPLIS PAR LES PARENTS	134
--	-----

ANNEXE D

QUESTIONNAIRES REMPLIS PAR LES INTERVENANTS	149
---	-----

RÉFÉRENCES	154
------------------	-----

LISTE DES FIGURES

Figures	Page
Figure 1.1 Processus d'intervention de la LPJ dans les Centres jeunesse	6
Figure 1.2 Degrés de corroboration des enquêtes menées au Canada concernant les mauvais traitements envers les enfants : Données de l'ECI – 2008	9
Figure 1.3 Prévalence estimée des signalements entre 1998 et 2008	10
Figure 1.4 Signalements traités entre 1979 et 2014 par la DPJ	11
Figure 1.5 Problématiques des prises en charge par la DPJ, selon l'âge de l'enfant .	12
Figure 1.6 Modèle de la traumatologie développementale	28
Figure 1.7 Activation du système noradrénergique	30
Figure 1.8 Modèle écologique transactionnel de la maltraitance.....	36
Figure 1.9 Modèle logique du programme <i>Grandir ensemble</i>	54
Figure 1.10 Principales étapes du programme <i>Grandir ensemble</i>	54
Figure 3.1 Distribution théorique des scores, selon la loi normale.....	80

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux	Page
Tableau 2.1	Nombre de familles sous le seuil et au-dessus du seuil de la pauvreté pour le groupe de familles inscrites au programme <i>Grandir ensemble</i> et le groupe de comparaison au début de leur participation à l'étude.....
	64
Tableau 2.2	Moyennes d'âge (en mois) pour le groupe d'enfants issus du programme <i>Grandir ensemble</i> et ceux du groupe de comparaison au début de leur participation à l'étude.....
	65
Tableau 2.3	Configurations familiales au sein du groupe expérimental <i>Grandir ensemble</i> et pour le groupe de comparaison au début de leur participation à l'étude
	65
Tableau 2.4	Scolarité des mères des familles du groupe expérimental <i>Grandir ensemble</i> et du groupe de comparaison au début de leur participation à l'étude
	66
Tableau 3.1	Scores moyens des parents du groupe expérimental <i>Grandir ensemble</i> aux sous-échelles mesurant les pratiques disciplinaires comparativement à ceux des parents du groupe de comparaison.....
	82
Tableau 3.2	Scores moyens aux sous-échelles mesurant les habiletés sociales des enfants du groupe expérimental <i>Grandir ensemble</i> comparativement aux jeunes du groupe de comparaison
	84
Tableau 3.3	Scores moyens mesurant la relation parent-enfant chez les familles du groupe expérimental <i>Grandir ensemble</i> comparativement à celles du groupe de comparaison
	84
Tableau 3.4	Scores moyens aux échelles de l'ASEBA mesurant l'ajustement socioaffectif pour les enfants du groupe expérimental <i>Grandir ensemble</i> avant et après l'intervention
	85

Tableau 3.5	Scores moyens mesurant le sentiment d'autoefficacité des parents du groupe expérimental <i>Grandir ensemble</i> avant et après l'intervention.....	87
Tableau 3.6	Évolution du niveau de risque encouru par l'enfant avant et après l'intervention offerte par le biais du groupe expérimental <i>Grandir ensemble</i> , selon l'intervenant familial	88
Tableau 3.7	Rendement moyen des jeunes du groupe expérimental <i>Grandir ensemble</i> aux épreuves mesurant le fonctionnement intellectuel	89
Tableau 3.8	Rendement moyen des jeunes du groupe expérimental <i>Grandir ensemble</i> aux épreuves mesurant les fonctions attentionnelles.....	91
Tableau 3.9	Rendement moyen des jeunes du groupe expérimental <i>Grandir ensemble</i> aux épreuves mesurant le fonctionnement exécutif.....	93
Tableau 3.10	Résultats aux principales échelles de l'ASEBA mesurant l'ajustement socioaffectif des jeunes du groupe expérimental <i>Grandir ensemble</i> , selon le sexe de l'enfant	94
Tableau 3.11	Résultats aux sous-échelles de l'ASEBA mesurant l'ajustement socioaffectif des jeunes du groupe expérimental <i>Grandir ensemble</i> , selon le sexe de l'enfant	96

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
ACTH	Adrénocorticotrophine
ARC	Attachment, Self-Regulation, and Competency
ASEBA	Système d'évaluation empirique Achenbach
CAS	Cognitive Assessment System
CIRCuiTS	Computerized Interactive Remediation of Cognition Training for Schizophrenia
CJL	Centre jeunesse de Laval
CJM-IU	Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
CRH	Corticolibérine
D-Kefs	Delis-Kaplan Executive Function System
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
ECI	Étude sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants
EGQI	Échelle globale de quotient intellectuel
ÉSPT	État de stress posttraumatique
GE	Groupe expérimental
GC	Groupe de comparaison
HHS	Axe hypothalamo-hypophyso-surrénal
ICV	Indice de Compréhension verbale

IMT	Indice de Mémoire de travail
IRP	Indice de Raisonnement perceptif
IVT	Indice de Vitesse de traitement de l'information
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAPFC	Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire
PRIME	Projet d'intervention massive à l'enfance
SNA	Système nerveux autonome
TDAH	Trouble de l'attention avec/sans hyperactivité
TEA-Ch	Test d'évaluation de l'attention chez l'enfant
UdeM	Université de Montréal
UQAM	Université du Québec à Montréal
WISC-IV	Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants – 4 ^e édition

RÉSUMÉ

Cette thèse porte sur l'évaluation de *Grandir ensemble*, un programme psychosocial multimodal de préservation des familles développé par les cliniciens du CJM-IU. Cette intervention s'adresse aux enfants de 6-11 ans et leurs parents dont la problématique d'abus ou de négligence est élevée. Par le biais de rencontres de groupe pour les enfants et les parents, de même que par des visites régulières à domicile, le programme vise à améliorer les compétences parentales, les habiletés sociales de l'enfant et la relation parent-enfant. L'atteinte des objectifs proximaux du programme devrait se refléter par une diminution du risque encouru par l'enfant sur le plan de sa sécurité et son développement du fait d'être maintenu dans sa famille, l'augmentation du sentiment d'autoefficacité parentale et la diminution des problèmes de comportements des jeunes (objectifs intermédiaires) permettant ainsi de prévenir le placement en milieu substitut (objectif terminal). L'étude se décline en deux volets. Il s'agit d'explorer les effets du programme *Grandir ensemble* sur les principales cibles de l'intervention (volet 1) et de dresser le portrait du développement cognitif et de l'ajustement socioaffectif des jeunes (volet 2). Les données d'efficacité du programme indiquent que les objectifs ne sont que partiellement atteints. Comparativement aux participants du groupe de comparaison ($n = 32$), les parents du programme *Grandir ensemble* ($n = 35$) tendent à recourir plus fréquemment à des stratégies disciplinaires adéquates. Les habiletés sociales des jeunes et la relation parent-enfant demeurent toutefois inchangées. Il en va de même concernant le sentiment d'autoefficacité parental qui ne progresse pas entre le début et la fin de l'intervention. Néanmoins, entre les deux temps de mesure, le niveau de risque d'atteinte à la sécurité ou au développement de l'enfant baisse significativement et les jeunes améliorent leur comportement. Quant aux mesures de développement des jeunes usagers ($n = 40$), les résultats suggèrent qu'ils présentent dans l'ensemble un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à ceux de leurs pairs de la population générale, de même que des difficultés franches concernant leurs capacités de mémoire de travail, d'attention soutenue et d'inhibition. En ce qui a trait à leur ajustement socioaffectif, les jeunes obtiennent des scores moyens supérieurs à la moyenne pour les troubles internalisés et externalisés. Ainsi, le programme *Grandir ensemble* semble constituer une intervention psychosociale émergente d'intérêt, mais une réponse incomplète considérant l'ampleur des besoins des jeunes usagers qui commande des interventions de réadaptation bonifiées.

MOTS CLÉS : Maltraitance, négligence, développement, évaluation de programme, préservation de la famille.

INTRODUCTION

Cette thèse porte sur l'évaluation du programme *Grandir ensemble* offert au Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire (CJM-IU) visant la préservation des familles. Le programme *Grandir ensemble* jouit depuis son implantation en 2004 d'une certaine renommée dans le milieu de la protection de la jeunesse. Cependant, ce programme n'avait toujours pas fait l'objet d'évaluation jusqu'à ce qu'une telle démarche soit entreprise en 2007. Cette thèse en est l'aboutissement. Elle se décline en deux volets : décrire les effets de ce programme sur les principales cibles de l'intervention (volet 1) et dresser le portrait du développement cognitif et de l'ajustement socioaffectif des enfants orientés vers ce programme (volet 2). Pour répondre aux objectifs, les parents du programme *Grandir ensemble* ($n \text{ max} = 35$) et certains parents ayant reçu d'autres services du CJM-IU ($n \text{ max} = 32$) ont répondu à une série de questionnaires. Les intervenants sociaux ont également été sollicités pour estimer le niveau de risque encouru par l'enfant du fait d'être maintenu dans sa famille. De même, 40 enfants du programme *Grandir ensemble* ont subi une évaluation cognitive. Le devis est quasi expérimental de type prétest posttest avec groupe de comparaison équivalent sans assignation aléatoire. Les lecteurs trouveront dans cette thèse traditionnelle le contexte théorique permettant de circonscrire la problématique, incluant une revue de la littérature traitant de récentes avancées dans le domaine de la maltraitance et du développement des enfants victimisés. Les méthodes seront précisées en matière de caractéristiques des participants, de choix des instruments de mesure, de déroulement et de procédures. Les résultats inédits jusqu'alors seront exposés et discutés dans leurs sections respectives. En guise de conclusion générale, les limites de l'étude seront énoncées, de même que les implications cliniques. Enfin, certaines orientations seront proposées concernant la conduite d'études subséquentes.

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE

1.1 Définition de la maltraitance envers les enfants

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « la maltraitance des enfants renvoie aux mauvais traitements physiques et affectifs, aux sévices sexuels, au manque de soins ou à la négligence envers les enfants, ainsi qu'à leur exploitation commerciale ou autre » (OMS et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006, p. 7). Ces différentes formes de mauvais traitements perpétrés par les adultes, habituellement les parents, sont susceptibles de compromettre le développement ou la sécurité des enfants. Les notions de maltraitance ou de mauvais traitements rassemblent tant les conduites abusives des adultes que les déficiences parentales telles que la négligence. La maltraitance se décline en quatre types principaux: les abus physiques, les mauvais traitements psychologiques, les abus à caractère sexuel et la négligence (Scannapieco et Connell-Carrick, 2005).

L'abus physique réfère au fait de frapper, battre ou d'imposer une contrainte physique à l'enfant; des gestes déraisonnables en raison de la fréquence de ceux-ci ou de la force exercée envers l'enfant. Ces actes peuvent atteindre l'intégrité physique ou psychologique de l'enfant et se présenter de manière ponctuelle ou continue, de façon délibérée ou incontrôlée. Cependant, cette opérationnalisation du concept de violence physique envers les enfants n'est pas consensuelle (Levesque, 2008).

Encore récemment, des chercheurs québécois ont débattu sur la question. Par le biais de publications d'articles, certains chercheurs ont tenu à souligner l'importance du cadre culturel et du jugement de valeur dans l'interprétation des gestes qualifiés de violents ou abusifs, la punition corporelle n'y échappant pas (Paquette, Bigras et Crepaldi, 2010). D'autres ont répondu qu'il fallait plutôt affirmer que toute forme de punition corporelle commise à l'endroit des enfants était violente, bien que cette violence physique puisse s'inscrire à différents niveaux de gravité (Clément, 2011; Malo, 2011). Néanmoins, lorsque les manifestations de violence physique sont fréquentes, qu'elles impliquent une force déraisonnable du point de vue de l'acceptabilité sociale, et qu'elles sont accompagnées de mauvais traitements psychologiques où l'enfant est menacé, humilié ou insulté, le caractère répréhensible des agressions physiques envers l'enfant est sans équivoque.

La notion de mauvais traitements psychologiques s'est précisée ces dernières années et intègre maintenant de manière plus explicite certains actes commis ou omis par le parent, de même que l'exposition indirecte à la violence (MSSS, 2010). La maltraitance psychologique implique donc des agressions verbales graves et répétées telles de la dépréciation, la menace de rejet ou le rejet, des comportements visant à terroriser ou à intimider l'enfant. Les actes de violence psychologique peuvent également prendre la forme de contrôle abusif de la part du parent. Concernant les actes omis, le manque de sensibilité du parent à l'égard des besoins affectifs, cognitifs et sociaux de l'enfant, de même que le manque d'investissement dans la relation parent-enfant constituent l'expression de mauvais traitements psychologiques. Ces derniers peuvent aussi apparaître sous la forme de renversements des rôles parent-enfant, d'aliénation parentale ou d'exposition à la violence conjugale ou familiale (MSSS, 2010).

Les abus sexuels font référence quant à eux à l'ensemble des situations où une personne utilise un enfant pour se satisfaire ou se stimuler sexuellement, qu'il y ait contact sexuel ou non (attouchements, tentatives de viols, inceste, exposition de l'enfant à du matériel

pornographique ou à des actes indécents, par exemple). Le jugement porté repose sur une bonne compréhension de ce qui est acceptable ou non du point de vue du développement de l'enfant. En effet, l'abus sexuel est défini comme suit : « Geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent (...) » (MSSS, 2010, p. 385).

Quant à la négligence, elle est caractérisée par l'échec répété et chronique du parent à offrir des réponses suffisantes pour assurer la sécurité, le développement et le bien-être de l'enfant. Elle se traduit par l'omission de certains comportements (forme passive) ou par l'adoption de certaines conduites du parent (forme active) qui ont comme conséquence de priver l'enfant de soins et de réponses appropriées à ses besoins (MSSS, 2010). La négligence peut concerner les besoins physiques de l'enfant, les besoins relatifs à sa santé ou à son éducation. Trocmé et ses collaborateurs (2005) définissent la négligence par le biais de huit situations potentiellement compromettantes pour l'enfant:

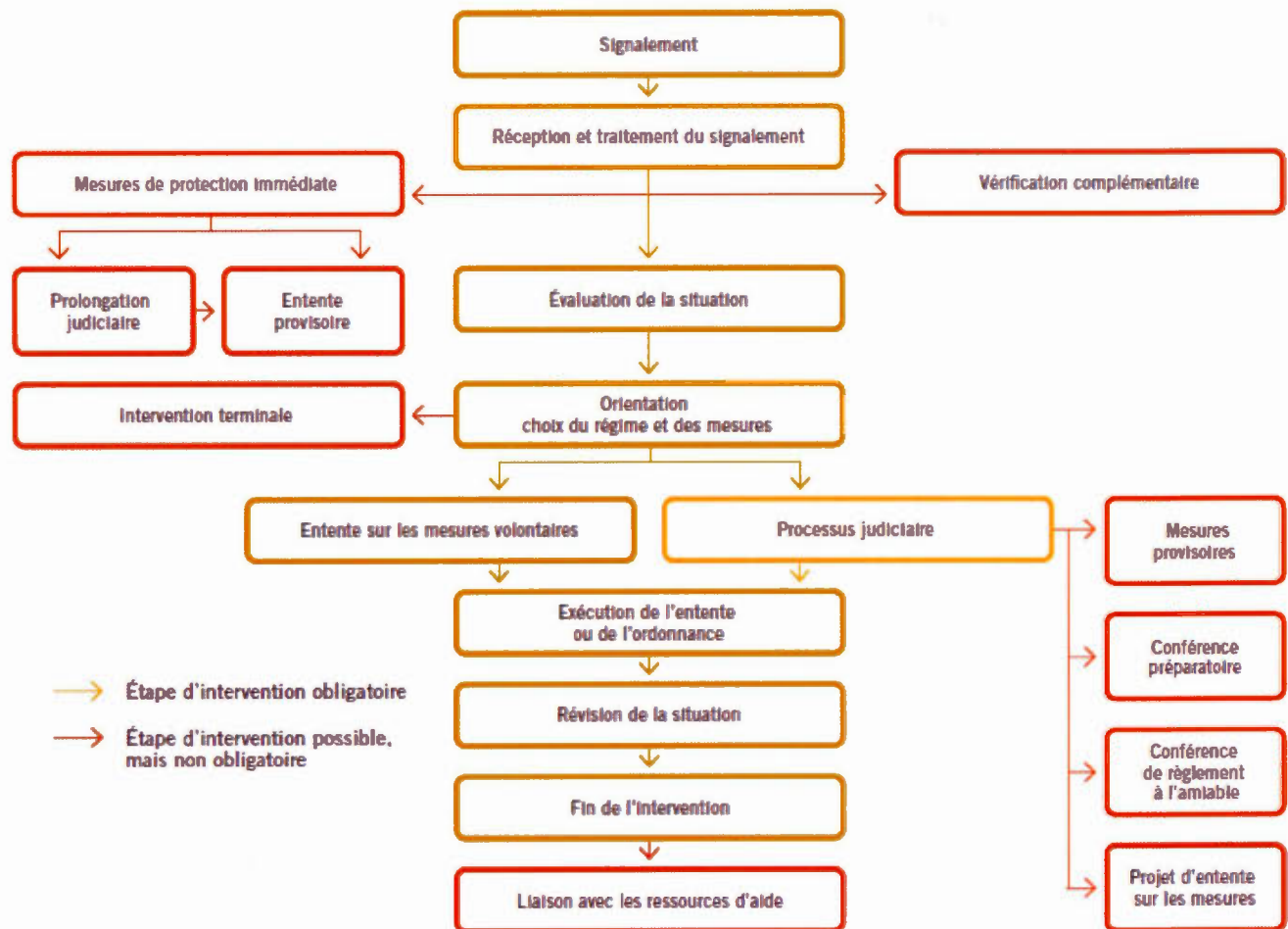
- 1- le défaut de superviser entraînant des sévices ou un risque élevé de blessure;
- 2- le manque de protection plaçant l'enfant à risque de sévices sexuels ou d'exploitation sexuelle;
- 3- la négligence physique sur le plan alimentaire, vestimentaire ou encore liée à des conditions de vie insalubres ou dangereuses;
- 4- la négligence médicale;
- 5- le défaut de soins pour un traitement psychologique ou psychiatrique;
- 6- le manque de supervision, l'encouragement ou l'attitude permissive à l'égard d'un comportement criminel;
- 7- l'abandon ou l'incapacité à assumer la garde;
- 8- la négligence éducative.

Outre la négligence, les abus physiques, psychologiques et sexuels, les directions de la protection de la jeunesse (DPJ) du Québec interviennent également dans l'optique de protéger l'enfant lorsque celui-ci est abandonné, s'il fugue, s'il ne fréquente pas l'école ou s'en absente de manière fréquente et non justifiée ou encore, s'il présente un trouble de comportement sérieux. Dans tous les cas, les services de protection de l'enfance sont réputés intervenir, afin de faire cesser la situation de compromission de la sécurité ou du développement d'un enfant ou d'éviter qu'elle ne se reproduise (MSSS, 2010).

1.2 Loi sur la protection de la jeunesse

C'est en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ, chapitre P-34.1) et par le biais des centres jeunesse des différentes régions administratives du Québec que la DPJ exerce son rôle et ses responsabilités pour assurer la sécurité et le développement des jeunes qui leur sont signalés. La DPJ agit donc du moment de la réception d'une plainte jusqu'à la fin des mesures de protection, en passant entre autres par l'évaluation des plaintes, l'évaluation de la situation de l'enfant et de sa famille, le développement de programmes, l'orientation de la clientèle aux différents services offerts, l'application de mesures de protection et de réadaptation (mesures volontaires, temporaires ou ordonnées par le tribunal) et la réévaluation de la situation familiale (voir la figure 1.1 à la page suivante).

Figure 1.1. Processus d'intervention de la LPJ dans les Centres jeunesse



Source : ACJQ (2014). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / Directeurs provinciaux 2014*. Document repéré à : http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e-38017be2da39/mes_documents/bilans/acj1402_bilan_2014_rev2.pdf

Le droit de l'enfant à la protection est reconnu dans différents cadres législatifs (Levesque, 2008). Dans la LPJ, elle est décrite comme une obligation collective, mais nommément celle des parents d'abord (LPJ, chapitre P-34.1). Ainsi, l'intervention de la DPJ ne vise pas à restreindre les responsabilités parentales, mais plutôt à soutenir les parents dans l'exercice de leurs obligations, afin de les amener à répondre aux besoins

fondamentaux de leur enfant. Au sens de la LPJ, la notion de protection revêt un caractère singulier où l'application de mesures de protection se limite aux situations graves et exceptionnelles expressément prévues à cet effet dans la loi.

Lorsque plusieurs motifs sont allégués et signalés à la DPJ, démontrer qu'il y a compromission pour un seul de ces motifs suffit pour que soient déployées les mesures de protection. Pour éclairer le jugement des praticiens interpellés à se positionner quant à la compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant, certaines directives sont données dans le *Manuel de référence en protection de la jeunesse* (2010). Certains éléments de réflexion se rapportent à des propositions générales, dont il faut reconnaître les cas d'exception. D'abord, la compromission et le risque sérieux de compromission sont des situations qui requièrent habituellement l'intervention de la DPJ. De même, lorsque la sécurité de l'enfant est compromise, on suppose que son développement l'est également. Ensuite, démontrer que le développement d'un enfant est compromis ou pourrait l'être nécessite généralement le cumul d'un nombre plus important de faits et d'observations que ce qui est nécessaire pour démontrer une situation de compromission. Ce que le manuel ne dit pas, mais ce qu'il sous-entend, c'est que les personnes mandatées pour juger de la compromission du développement de l'enfant devraient disposer, d'une part, de connaissances suffisantes concernant les différents jalons développementaux et d'autre part, d'informations suffisantes d'un point de vue clinique permettant d'apprécier le fonctionnement de l'enfant. Afin d'établir s'il y a compromission ou risque de compromission, l'analyse devrait reposer sur ces quatre facteurs qui agissent comme facteur de risque ou de protection (MSSS, 2010):

- 1) la nature, la gravité, la chronicité et la fréquence des faits signalés;
- 2) l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant;
- 3) la capacité et la volonté des parents de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant;

4) les ressources du milieu pour venir en aide à l'enfant et à ses parents.

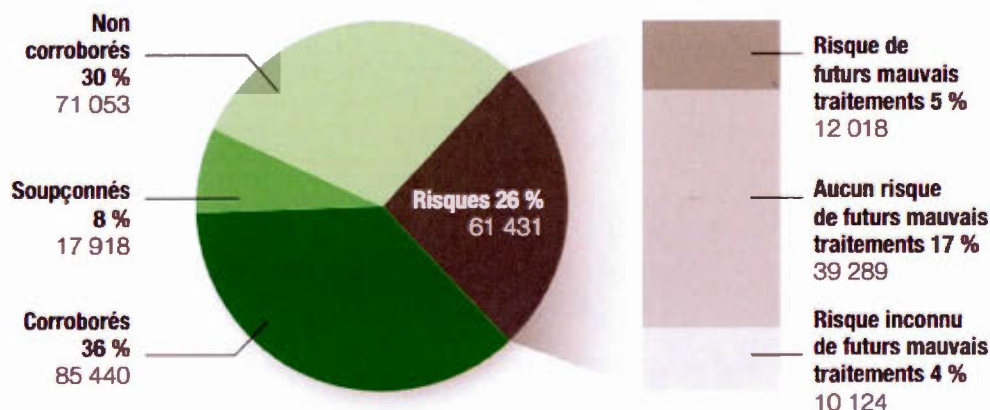
Les deux premières catégories de facteurs devraient permettre de reconnaître la vulnérabilité de l'enfant à partir des informations colligées et vérifiées après le signalement. L'examen des deux autres catégories de facteurs sert à préciser les capacités et la volonté des parents à assurer la protection de leur enfant, de même qu'à vérifier la présence ou non de ressources dans le milieu pouvant soutenir la famille. Par la mesure de ces facteurs de risque et de protection, en tenant compte également de leurs interactions et de leur importance relative, les mesures à prendre pour répondre aux besoins de l'enfant sont convenues. S'il y a compromission ou risque sérieux de compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant, l'intervention de la DPJ est requise et les mesures devront être appliquées, qu'elles soient volontaires ou ordonnées par le Tribunal de la Chambre de Jeunesse qui relève de la Cour du Québec. S'il n'y a pas matière pour la DPJ de prendre en charge la situation de l'enfant par le biais des centres jeunesse, les parents peuvent se voir suggérer d'autres ressources pour répondre aux besoins de l'enfant (par exemple, interventions psychosociales, de réadaptation, consultation médicale, médiation familiale, *etc.*).

1.3 État de la situation de la maltraitance envers les enfants

Le phénomène de maltraitance a été documenté à l'échelle nationale grâce à l'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants* (ECI), une étude d'envergure sans précédent au Canada, puisque tous les provinces et territoires y ont participé (Agence de la santé publique du Canada,

2010). Les données ont été recueillies à compter de 1998, puis en 2003 et les plus récentes présentées à ce jour concernent l'année 2008. L'ECI – 2008 estime que 235 842 enquêtes sur les mauvais traitements envers les enfants ont été menées après leur signalement aux autorités (Agence de la santé publique du Canada, 2010).

Figure 1.2. Degrés de corroboration des enquêtes menées au Canada concernant les mauvais traitements envers les enfants : Données de l'ECI – 2008



Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008

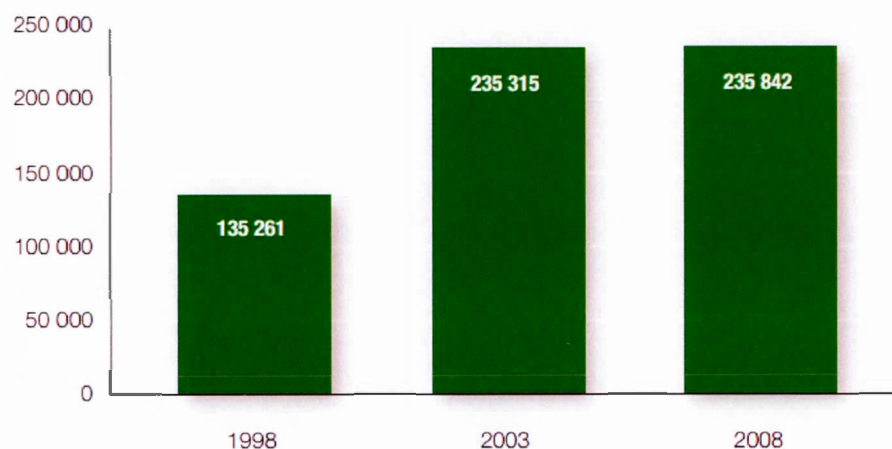
* Le nombre total estimé d'enquêtes est 235 842, selon un échantillon de 15 980 enquêtes.

Source : Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008 : Données principales*. Ottawa. Document repéré à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/public-fra.php>

Comme le montre la figure précédente (figure 1.2), de ce nombre, 74% des enquêtes concernaient des situations de violence ou de négligence qui auraient déjà eu lieu et 26% signalaient une situation où l'enfant était à risque de mauvais traitements. Parmi les enquêtes portant sur des situations de maltraitance qui seraient déjà survenues, dans

36% des cas, les procédures d'évaluation de la situation de l'enfant ont permis de corroborer les mauvais traitements (14,19 pour 1000 enfants). Dans 8% des enquêtes, la maltraitance était soupçonnée, mais les preuves étaient jugées insuffisantes (2,98 pour 1000 enfants), tandis que pour 30% des cas, le signalement s'est avéré non fondé (11,80 pour 1000 enfants). Concernant les situations signalées de risque de mauvais traitements, 19,56% d'entre elles ont été corroborées (2 pour 1000 enfants).

Figure 1.3. Prévalence estimée des signalements entre 1998 et 2008



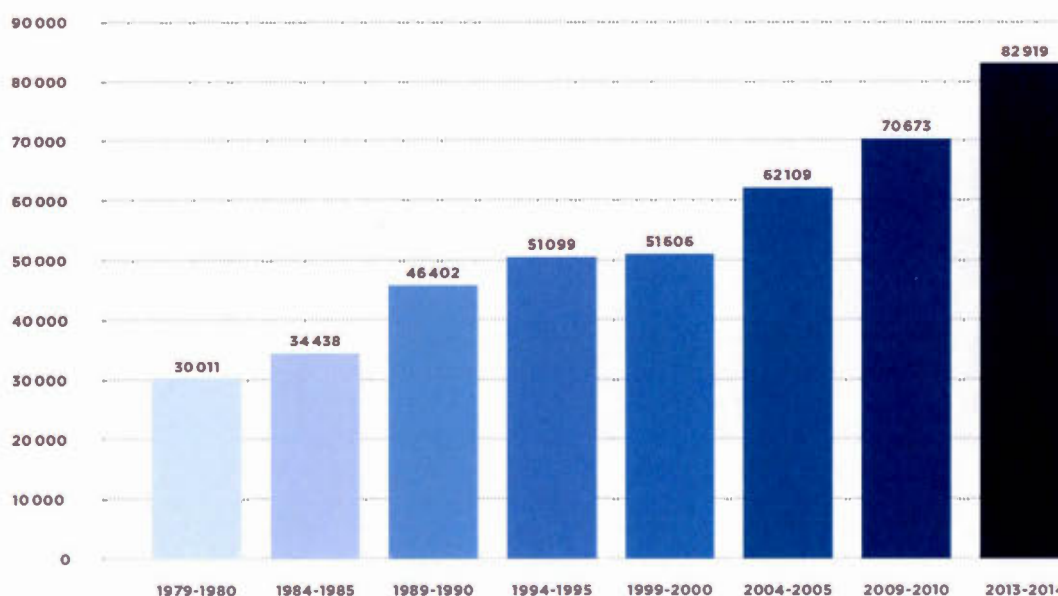
Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008
 * Selon un échantillon de 7 633 enquêtes en 1998, 14 200 en 2003 et 15 980 en 2008.

Source : *Idem*.

Les données de l'ECI en 1998, 2003 et 2008 (figure 1.3) suggèrent que les signalements de cas de maltraitance envers les enfants ont augmenté de manière très importante entre 1998 (21,47 pour 1000 enfants) et 2003 (38,33 pour 1000 enfants), mais leur nombre s'est ensuite stabilisé entre 2003 et 2008 (39,15 pour 1000 enfants). Au Québec, le portrait est similaire. Le nombre de signalements de maltraitance envers les enfants est

en forte progression depuis l'instauration de la LPJ en 1979 (figure 1.4.). Le plus récent bilan de la DPJ (ACJQ, 2014) fait état de pas moins de 82 919 jeunes québécois signalés pour l'année 2013-2014, soit une augmentation de 3% par rapport à l'année précédente. La prévalence des cas déclarés de mauvais traitements serait donc de 19 cas pour 1000 jeunes de moins de 17 ans, c'est-à-dire une augmentation de 4,6% par rapport à 2012-2013. Ce sont 28 910 jeunes Québécois (34,8% des signalements) qui ont nécessité l'intervention des centres jeunesse au cours de l'année. Non seulement la population signale plus fréquemment qu'auparavant, mais proportionnellement, les signalements s'avèrent aussi plus souvent fondés. Ces données démontrent à quel point la maltraitance envers les enfants est un problème de santé publique qui demeure important au Québec comme ailleurs au Canada.

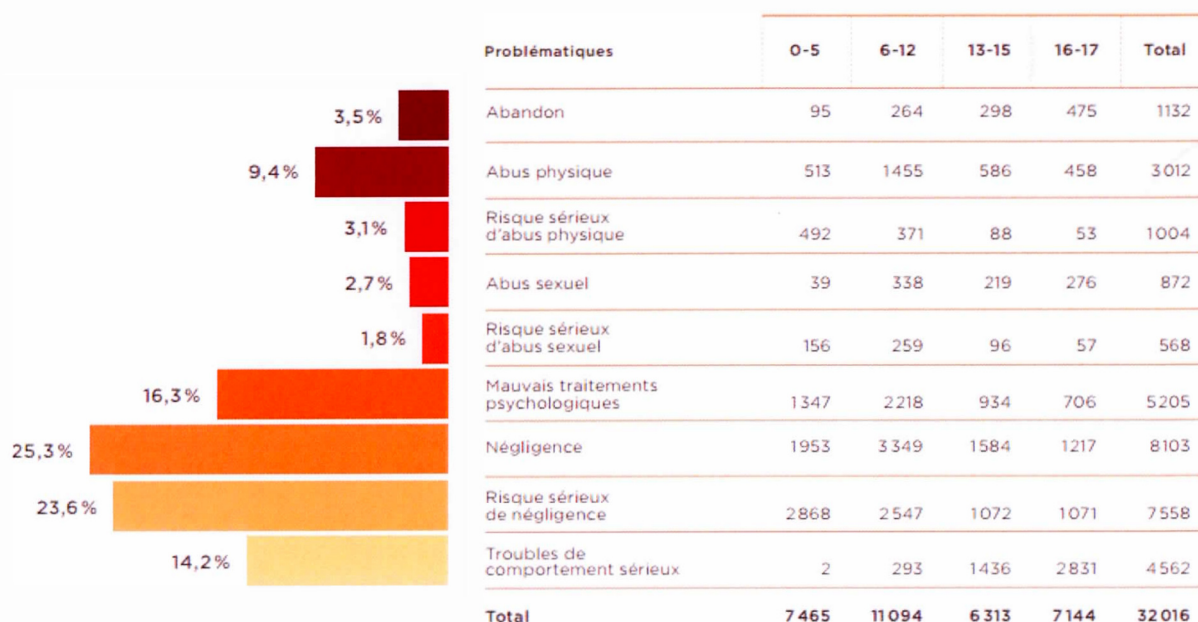
Figure 1.4. Signalements traités entre 1979 et 2014 par la DPJ



Source : ACJQ (2014). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / Directeurs provinciaux 2014*. Document repéré à : http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e-38017be2da39/mes_documents/bilans/acj1402_bilan_2014_rev2.pdf

D'après le *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse* (ACJQ, 2014), parmi les problématiques prises en charge par la DPJ en 2013-2014 (figure 1.5), la négligence ou le risque sérieux de négligence sont les motifs les plus souvent rencontrés. Il s'agit du problème qui justifie une prise en charge de la situation de l'enfant dans près de la moitié des cas répertoriés par les centres jeunesse (48,9%). Viennent ensuite les mauvais traitements psychologiques (16,3%) qui incluent les cas d'exposition à la violence conjugale ou familiale, les problèmes graves de comportements (14,2%) et les abus ou risque sérieux d'abus physiques (12,5%). Les abus sexuels corroborés, de même que les risques d'abus sexuels représentent 4,5% des motifs de prise en charge. Les cas d'abandon d'enfants sont encore plus marginaux et concernent 3,5% des enfants recevant les services des centres jeunesse. Dans une proportion de 59,6%, les enfants demeurent avec un parent ou une personne signifiante de leur entourage.

Figure 1.5. Problématiques des prises en charge par la DPJ, selon l'âge de l'enfant



Source : *Idem*.

Il n'est pas aisé de circonscrire avec précision l'ampleur du phénomène de maltraitance envers les enfants. La définition des mauvais traitements est toujours sujette à débats et les méthodes pour estimer sa survenue varient (Brière et Elliott, 2003). Selon certains, il est évident que la prévalence est plus grande que ce que laissent entrevoir les données administratives, puisque tous les cas ne sont pas rapportés (Lavergne et Tourigny, 2000). D'autres avancent que le problème est possiblement stable ou même moins fréquent qu'il ne l'était auparavant, mais que ces situations sont dorénavant mieux détectées (Gilbert *et al.*, 2012). Même s'il demeure quelques divergences sur la question, il ne fait pas de doute que les enfants victimes de mauvais traitements représentent une clientèle particulièrement vulnérable qui, en raison des risques auxquels elle fait face, nécessite des interventions efficaces afin d'assurer la réponse à des besoins aussi fondamentaux que le fait de grandir dans un environnement sécuritaire et soutenant pour leur développement. Toutes formes considérées, la maltraitance entraîne trop souvent des répercussions graves sur l'enfant sa vie durant (par exemple, Widom, 2014).

1.4 Santé et développement de l'enfant maltraité

Les conséquences de la maltraitance sont préoccupantes, car comme le démontrera la présente section, tant la santé physique, l'ajustement socioaffectif que le développement cognitif de l'enfant victimisé risquent d'être affectés. Privés de soins parentaux adéquats, les enfants victimes de maltraitance sont bien sûr plus nombreux à être blessés physiquement (Dubowitz, 1999), mais ils sont aussi plus à risque de développer des troubles mentaux leur vie durant (Kerker et Dore, 2005; Pauzé *et al.*,

2004). Le passage du temps ne dissiperait pas les risques, au contraire. Les impacts de la maltraitance sur la santé des victimes persisteraient à l'âge adulte (Hildyard et Wolfe, 2002; Horwitz, Widom, McLaughlin et White, 2001; Lau et Weisz, 2003; Min, Minnes, Kim et Singer, 2013; Widom, 2014).

Plusieurs facteurs entrent en jeu pour expliquer l'étendue des difficultés des enfants maltraités. La nature des sévices, leur sévérité, leur chronicité et l'âge de l'enfant au moment où surviennent les mauvais traitements sont au nombre de ces facteurs. Bien sûr, les enfants ayant fait l'objet de maltraitance de manière récurrente ou chronique tendent à présenter davantage de séquelles (Brière, 1992; Fluke, Shusterman, Hollinshead et Yuan, 2008; Jaffee et Maikovich-Fong, 2011). Les effets de la maltraitance diffèrent également en fonction de la nature des mauvais traitements subis et de leur sévérité (Bolger, Patterson et Kupersmidt, 1998; Teisl et Cicchetti, 2008). Par exemple, les enfants violentés physiquement sont plus enclins à répondre aux conflits interpersonnels par l'agression et à développer des problèmes de comportement que les victimes d'autres formes de maltraitance (Teisl et Cicchetti, 2008). Ceci, bien que toutes formes confondues, la maltraitance soit associée à des difficultés d'autorégulation émotionnelle (Teisl et Cicchetti, 2008) et à une faible estime de soi (Bolger, Patterson et Kupersmidt, 1998), ce qui se répercute notamment sur leur fonctionnement scolaire (Cicchetti, Lynch, Shonk, et Manly, 1992). Encore récemment, des chercheurs ont montré que dès leurs premières années de scolarisation, les enfants négligés réussissent moins bien et ont plus de difficultés comportementales que les enfants issus de milieux ordinaires et même, davantage de problèmes d'apprentissage que ceux ayant subi de la violence physique (Manly, Lynch, Oshri, Herzog et Wortel, 2013).

Bien que cela découle d'études descriptives et corrélationnelles, les données tendent à démontrer que la présentation de signes cliniques et le développement de psychopathologies chez l'enfant victime de mauvais traitements varient également,

selon que l'enfant y soit exposé à une période ou une autre de son développement. La maltraitance avec début précoce (0-5 ans) est associée à plus de problèmes internalisés (par exemple, troubles anxieux ou de l'humeur), tandis que la maltraitance débutant plus tardivement (6-11 ans) est associée à davantage de problèmes externalisés (par exemple, trouble de la conduite ou de l'opposition, trouble du déficit de l'attention) (Kaplow et Widom, 2007). Les enfants dont la maltraitance aurait débuté précocement seraient aussi particulièrement susceptibles de présenter de piètres résultats scolaires et des difficultés comportementales à l'école (Fantuzzo, Perlman et Dobbins, 2011). Les relations familiales dysfonctionnelles favoriseraient un attachement de type désorganisé, ce qui exposerait l'enfant maltraité à des difficultés persistantes à interagir avec les autres (Cicchetti, 1994; Lowell, Renk et Havill Adgate, 2014). Les gens ayant des antécédents de mauvais traitements seraient d'ailleurs plus à risque de perpétrer eux-mêmes la maltraitance à l'endroit de leurs enfants (Thornberry et Henry, 2013).

Au Québec, parmi les enfants bénéficiant des services externes¹ des centres jeunesse, jusqu'à un enfant sur deux, souffrirait d'un trouble internalisé et trois enfants sur quatre, d'un trouble externalisé (Pauzé *et al.*, 2004). Ces résultats sont largement supérieurs à ceux colligés dans l'ECI-2008 (Agence de la santé publique du Canada, 2010) du fait que les instruments de mesure utilisés n'étaient pas les mêmes. Dans l'étude menée par Pauzé, la prévalence était estimée à partir d'indices relevés dans les questionnaires remplis par les parents, les jeunes ou les intervenants ou en cours d'entrevues tandis que dans l'enquête de l'ECI-2008, les taux rapportés concernaient des troubles diagnostiqués par des professionnels de la santé ou observés directement par les intervenants sociaux. Ainsi, comme le mentionnent les auteurs de l'ECI, cette façon de procéder a pu faire en sorte de sous-estimer les problèmes rapportés (Agence de la santé publique du Canada, 2010). L'enquête ECI-2008 portait plus

¹ Les services externes des centres jeunesse réfèrent aux services psychosociaux et de réadaptation offerts aux enfants maintenus dans leur milieu de vie d'origine et leur famille.

spécifiquement sur un échantillon de 6 163 enfants maltraités et s'attardait à certains de leurs problèmes de fonctionnement avérés ou soupçonnés, mais ne pouvant être vérifiés au moment de l'enquête. Dans près de la moitié des cas (46%), au moins un problème de fonctionnement chez l'enfant était relevé. Les difficultés scolaires sont ressorties comme le problème le plus fréquent et concernaient 23% de l'échantillon. Venaient ensuite les problèmes liés à une condition anxiodépressive (19%), à l'agressivité (15%), à l'attachement (14%), au trouble du déficit de l'attention (11%) et à la déficience intellectuelle ou un autre trouble du développement (11%) (Agence de la santé publique du Canada, 2010).

D'une part, la prévalence des problèmes de santé mentale chez les enfants placés en milieu substitut² est estimée plus grande encore, car en plus d'avoir été exposé aux effets de la maltraitance dans leur famille d'origine, le fait d'en être séparé constituerait un traumatisme pouvant compromettre de surcroît leur développement et leur santé mentale (Kerker et Dore, 2006). Les enfants placés en milieu substitut présenteraient plus de difficultés d'intégration, notamment dans le milieu scolaire, que les jeunes maintenus dans leur famille naturelle (Fantuzzo et Pearlman, 2007; Tremblay, 1999). Le nombre de changements dans la structure familiale s'est d'ailleurs révélé une mesure prédictive de l'adaptation de l'enfant suivi par un centre jeunesse : plus la structure familiale a connu des réorganisations (séparation, placement, réunification, reconstitution), plus l'enfant est sujet à présenter des problèmes d'adaptation (Saint-Jacques *et al.*, 2006). D'autre part, les enfants maltraités affectés d'un trouble seraient deux fois plus à risque d'être placés que les enfants maltraités en bonne santé mentale (Lightfoot, Hill et LaLiberte, 2011). Difficile donc de démêler ce qui relève du facteur de risque de maltraitance de ce qui s'avère conséquent aux mauvais traitements.

² Les enfants placés en milieu substitut ont été retirés de leur famille d'origine temporairement, de manière provisoire ou définitive et reçoivent les services internes des centres jeunesse. En plus des services psychosociaux et de réadaptation, des services d'hébergement (famille d'accueil, foyer de groupe, par exemple) sont octroyés.

Selon Pears, Kim et Fisher (2008), dans une forte majorité de cas, les victimes subiraient plus d'une forme de mauvais traitements, ce qui contribuerait à expliquer la diversité des profils de séquelles associées. Larrivée, Lavergne, Dufour et Trocmé (2009) abondent dans ce sens, soulignant que cette réalité fait en sorte de complexifier l'étude des liens entre la nature des sévices et leurs répercussions. Néanmoins, il est généralement admis que les individus ayant souffert de plusieurs formes de mauvais traitements concomitants seraient plus souvent affectés de problèmes de santé mentale (Mills *et al.*, 2013), de même que ceux victimisés sur une longue période de temps (Jaffee et Maikovich-Fong, 2011). Les enfants maltraités seraient également plus à risque de subir d'autres formes de victimisation, telles qu'une agression physique perpétuée par des pairs ou des actes répétés de violence assimilables à de l'intimidation (Radford, Corral, Bradley et Fisher, 2013). Cette condition de polyvictimisation les prédisposerait à développer notamment des symptômes traumatiques (Cyr *et al.*, 2013; Finkelhor, Ormrod et Turner, 2007).

Ainsi, plusieurs études indiquent que la maltraitance entraîne des risques importants de développer diverses psychopathologies telles des troubles de comportements et des difficultés dans le registre de l'anxiété (par exemple, McCrae, 2009; Nadeau, Bergeron-Leclerc, Pouliot, Chantal et Dufour, 2012). Ces différents problèmes représentatifs des victimes de mauvais traitements paraissent emprunter une trajectoire différente, selon le type de difficulté rencontrée. Par exemple, il se trouve que les problèmes attribuables au syndrome de stress posttraumatique tendent à se résorber avec le passage du temps, alors que les problèmes liés aux pensées et les problèmes d'attention se maintiennent plus longtemps (McCrae, 2009). Il importe donc de suivre l'évolution de l'ajustement socioaffectif et comportemental des jeunes victimes de maltraitance, mais de s'intéresser également à leur développement cognitif, un aspect au cœur du fonctionnement adaptatif de cette population grandissant sous le joug d'une importante tension psychosociale.

En effet, en plus des atteintes décrites précédemment concernant leur développement socioémotionnel, le fonctionnement des jeunes victimes de mauvais traitements comporterait certains stigmas sur le plan cognitif. Les preuves scientifiques s'accumulent et le portrait cognitif des jeunes victimes de maltraitance se raffine. Dès l'âge préscolaire, il semble que ces derniers soient plus nombreux que les témoins à présenter des retards de développement, ce qui se traduirait par un fonctionnement intellectuel global et des capacités langagières moindres que leurs semblables évoluant dans un contexte familial plus convenable (Nolin, 2004). Une étude prospective conduite récemment s'est attardée à examiner l'impact de la négligence parentale sur l'adaptation de jeunes enfants (4-6 ans, $n = 170$) issus de milieux défavorisés. Les variables d'intérêt des chercheurs comportaient certaines mesures de fonctionnement cognitif et d'adaptation scolaire. En contrôlant pour les capacités intellectuelles de la mère et plusieurs variables sociodémographiques, les résultats révélaient une forte relation négative entre la sévérité de la négligence et les résultats des jeunes aux épreuves langagières et intellectuelles (Manly, Lynch, Oshri, Herzog et Wortel, 2013). La corrélation était d'autant plus importante auprès des jeunes dont la problématique de négligence était sévère, lesquels ont offert un rendement particulièrement faible en comparaison à d'autres jeunes victimisés et issus de milieux défavorisés. Ces mêmes enfants ont aussi présenté plus de difficultés de comportement en classe préscolaire et un rendement scolaire plus faible en première année que leurs pairs qui intégraient alors eux aussi depuis peu le monde scolaire (Manly, Lynch, Oshri, Herzog et Wortel, 2013).

Les difficultés d'intégration des enfants négligés se poursuivent sans doute au-delà de leurs premières années de scolarisation puisque, par le biais de bilans neuropsychologiques, De Bellis, Hooper, Spratt et Woolley (2009) ont observé chez cette clientèle d'âge scolaire ($n = 106$) des atteintes dont la magnitude correspondait à une grande taille d'effet dans une vaste étendue de domaines: les fonctions attentionnelles et exécutives, langagières, mnésiques et d'apprentissage se sont avérées inférieures à celles de témoins. Ces mêmes chercheurs ont relevé une taille d'effet

moyenne sur le potentiel intellectuel et un effet significatif, mais de petite taille sur les fonctions visuoconstructives (De Bellis, Hooper, Spratt et Wooley, 2009).

Pour leur part, Nadeau et Nolin (2013) se sont attardés à mesurer les fonctions attentionnelles d'enfants évoluant en contexte de négligence parentale ($n = 30$) en comparaison à un groupe d'enfants de référence ($n = 30$). Dans un premier temps, ils ont eux aussi relevé un rendement intellectuel moindre dans le groupe d'enfants négligés, comparativement au groupe de jeunes n'ayant pas d'antécédents de mauvais traitements. Dans un deuxième temps, ils ont pour leur part observé que les lacunes cognitives du groupe d'enfants négligés dans le domaine attentionnel se sont exprimées principalement lorsque les tâches soumises sollicitaient certaines fonctions exécutives (par exemple, inhibition, flexibilité cognitive, mémoire de travail), suggérant ainsi un enjeu développemental particulier concernant ces fonctions cognitives dites de haut niveau (Nadeau et Nolin, 2013).

Qu'il s'agisse d'enfants, d'adolescents ou d'adultes, que ceux-ci soient victimes de négligence ou d'autres formes de mauvais traitements parentaux, l'hypothèse d'un dysfonctionnement exécutif chez les victimes, lequel serait probablement secondaire aux sévices, est appuyée par les résultats convergents de plusieurs études. Bien qu'aucune d'entre elles ne soit d'envergure, une étude portant sur un petit échantillon de 18 enfants agressés sexuellement et 23 témoins a fait état de scores significativement inférieurs à ceux obtenus par les enfants du groupe de comparaison à diverses mesures de fonctions exécutives (dont $\eta_p^2 = 0,245$ pour l'indice Mémoire de travail du WISC-IV et au Test de classement de cartes du Wisconsin, des scores pour lesquels η_p^2 se situaient entre 0,198 et 0,230, ce qui correspond à des effets de grande ampleur) et ce, même en tenant compte *a priori* des capacités intellectuelles générales des participants (Perna et Kiefner, 2013). Kirke-Simth, Henry et Messer (2014) rapportent des résultats similaires concernant un échantillon formé d'adolescents ayant subi de mauvais traitements ($n = 40$), comparativement à un groupe de comparaison ($n = 40$). Le

rendement aux épreuves de mémoire de travail, de fluence verbale et d'inhibition des adolescents ayant des antécédents de mauvais traitements s'est avéré inférieur à celui des témoins en contrôlant pour le quotient intellectuel (Kirke-Simth, Henry et Messer, 2014). Les résultats d'une étude rétrospective de Kavanaugh, Holler et Selke (2013) auprès d'adolescents hospitalisés pour des troubles mentaux vont également dans ce sens. Pour leur part, Augusti et Melinder (2013) précisent dans la publication de leur étude pilote que ce ne sont pas les fonctions exécutives de manière générale qui seraient touchées conséquemment aux mauvais traitements, mais plutôt certaines composantes du fonctionnement exécutif lorsque l'efficacité cognitive générale est prise en compte. D'après les données récoltées, comparativement aux témoins ($n = 22$), la mémoire de travail des jeunes victimes de mauvais traitements ($n = 21$) serait particulièrement sujette à un dysfonctionnement (Augusti et Melinder, 2013).

En dépit de l'importance apparente de l'atteinte des fonctions exécutives chez les victimes de mauvais traitement, il n'en demeure pas moins que règle générale, faut-il le rappeler, les lacunes relevées chez cette clientèle vulnérable ne se limitent pas aux fonctions exécutives. Dès 1994, grâce à une étude portant sur une large cohorte d'adultes ayant des antécédents de mauvais traitements, Perez et Widom ont mis en évidence un potentiel intellectuel et une réussite éducative moindre chez ces participants que dans la population générale. Dans une entreprise similaire, Gould et ses collaborateurs (2012) ont démontré que le fait de subir de mauvais traitements dans l'enfance est corrélé à des résultats plus faibles sur diverses mesures, notamment concernant la mémoire et le fonctionnement exécutif. Une méta-analyse portant sur le fonctionnement cognitif d'adultes et d'adolescents exposés à de la maltraitance dans l'enfance appuie les résultats précédents et révèle que ces individus tendent effectivement à présenter, en plus de lacunes sur le plan exécutif, des difficultés dans le domaine de la mémoire verbale déclarative et du raisonnement (Irigaray *et al.*, 2013).

Encore plus récemment, une méta-analyse d'envergure (3 919 participants, 50 études indépendantes publiées entre 1970 et 2013) a permis d'affiner la compréhension de l'ampleur des atteintes au fonctionnement cognitif des victimes de maltraitance. Ainsi, sans égard à l'âge des participants, l'impact de la maltraitance sur le fonctionnement cognitif serait modéré ($g = -0.50$) (Masson, Bussières, East-Richard, R-Mercier, et Cellard, 2015). Parmi les fonctions cognitives sond es, celles-ci seraient pr ecariss ees: la mémoire de travail ($g = -0.65$), l'attention ($g = -0.63$), l'intelligence générale ($g = -0.56$) et la vitesse de traitement de l'information ($g = -0.49$) (Masson, Bussières, East-Richard, R-Mercier, et Cellard, 2015). Les auteurs considèrent les répercussions plus substantielles chez les jeunes participants ($g = -0.71$) comparativement à ce qui s'exprime auprès des adultes ($g = -0.26$) (Masson, Bussières, East-Richard, R-Mercier, et Cellard, 2015).

Bien qu'il soit difficile de circonscrire précisément les atteintes cognitives en fonction de la nature des sévices, certaines études évoquent de telles répercussions. De Bellis, Wooley et Hooper (2013) soutiennent pour leur part que le fait d'avoir subi de mauvais traitements dans l'enfance permet de prédire un fonctionnement exécutif et des habiletés de raisonnement plus faibles à l'âge adulte, et ce, seulement si les mauvais traitements ont pris, entre autres forme, la négligence, car les abus physiques et sexuels sans un contexte de négligence parentale n'auraient pas cet impact. Les données de cette même étude laissent à penser que parmi les individus maltraités, les jeunes abus es sexuellement se distinguent des victimes d'autres formes de mauvais traitements par des difficultés sur le plan du langage et des habiletés mnésiques (De Bellis, Wooley et Hooper, 2013).

Une étude réalisée auprès de jeunes pris en charge par les services de protection de la jeunesse du Québec suggère elle aussi un effet différentiel de la maltraitance sur l'efficience de certaines fonctions cognitives, selon le type de mauvais traitements subi. Nolin et  thier (2007) ont étudié le fonctionnement cognitif de deux groupes d'enfants

maltraités, dont le premier étant formé d'enfants ayant subi de la négligence sans autre forme de mauvais traitements ($n = 28$) et le deuxième groupe composé d'enfants à la fois négligés et victimes de violence physique ($n = 56$), et l'ont comparé à un groupe d'enfants non maltraités ($n = 53$). Bien que les deux groupes d'enfants victimisés ont obtenu des rendements semblables et moindres aux tâches mesurant leurs capacités motrices (petite taille d'effet), d'attention auditive (grande taille d'effet) et d'intégration visuomotrice (taille d'effet moyenne) que les enfants du groupe de comparaison, quelques différences se sont affirmées entre les groupes. Les données de cette étude portent à croire que les enfants à la fois victime de négligence et de violence présenteraient un rendement moindre que les jeunes négligés sans autre forme d'abus dans des tâches impliquant notamment la résolution de problèmes et les habiletés de planification, les capacités d'abstraction et les compétences en arithmétique. Ainsi, l'atteinte du domaine des fonctions exécutives caractériserait tout spécialement le groupe d'enfants à la fois négligés et victimes de violence physique de la part de leurs parents comme s'il s'agissait de l'effet cumulatif et délétère de plus d'une forme de maltraitance sur le développement de l'enfant (Nolin et Éthier, 2007). Dans cette même étude, contrairement aux résultats attendus, les enfants négligés sans autre forme de mauvais traitements ont même obtenu des scores pondérés moyens supérieurs à ceux des témoins à certaines tâches sollicitant les fonctions exécutives (par exemple, les sous-tests *Tour* et *Cogner et frapper* de la NEPSY) (Nolin et Éthier, 2007).

En regard aux résultats publiés par Nolin et Éthier (2007), Morin et ses collaborateurs (2012, p. 109) supposent que « des conditions environnementales spécifiques liées au type de mauvais traitements subis se répercutent distinctement sur le développement cognitif de l'enfant » et que « le profil cognitif des enfants évoluant en contexte de négligence et de violence serait plus sombre que celui des enfants négligés sans histoire d'abus ». La chronicité des sévices influencerait également le portrait cognitif des victimes. Les jeunes maltraités de manière chronique présenteraient de plus grandes atteintes que les enfants ayant subi de mauvais traitements durant une période plus

limitée dans le temps ou encore, de manière situationnelle (Jaffee et Maikovich-Fong, 2011).

En raison d'une part, de la plus forte prévalence de l'état de stress posttraumatique (ÉSPT) au sein de la population d'enfants maltraités et d'autre part, de l'incidence néfaste potentielle ou suspectée de ce trouble sur les résultats aux épreuves cognitives, plusieurs chercheurs ont tenté de mesurer l'influence de cette condition associée sur le profil cognitif des jeunes victimes. Les conclusions sont équivoques à ce propos. Certaines études vont dans le sens d'une contribution significative d'un ÉSPT concomitant aux mauvais traitements sur le fonctionnement cognitif des jeunes (Beers et De Bellis, 2002; De Bellis, Wooley et Hooper, 2013; Kavanaugh, Holler et Selke, 2013), tandis qu'une étude prospective avec un large échantillon ($n = 972$) n'a pas décelé d'effet ni modérateur ni médiateur de l'ÉSPT sur la présence de dysfonctions cognitives chez les victimes de maltraitance (Nikulina et Spatz Widom, 2013).

Parmi les études ayant relevé certaines différences entre les groupes, selon qu'il y ait ou non association d'un ÉSPT à leur condition de jeune victimisé, mentionnons l'étude conduite par Beers et De Bellis (2002) dans laquelle les jeunes ayant développé un ÉSPT secondaire à de mauvais traitements parentaux ($n = 14$) ont démontré qu'ils possédaient davantage de problèmes cognitifs concernant leurs fonctions exécutives, leurs capacités d'attention et d'abstraction que les témoins ($n = 15$), mais un fonctionnement similaire concernant le langage, les mesures de mémoire et d'apprentissage, de même que les habiletés psychomotrices. Pour leur part, De Bellis, Wooley et Hooper (2013) ont publié des résultats montrant que, comparativement au groupe de comparaison ($n = 104$), les victimes de maltraitance ayant un ÉSPT ($n = 60$) tout comme celles n'ayant pas développé ce trouble en concomitance ($n = 38$) ont obtenu des scores significativement plus faibles concernant leur potentiel intellectuel, leur rendement scolaire et même dans pratiquement tous les domaines à l'exception de la sphère consacrée à la motricité fine (De Bellis, Wooley, et Hooper, 2013). Les enfants

victimes de mauvais traitements ayant un ÉSPT se sont uniquement distinguées par des habiletés visuospatiales moindres que celles des enfants maltraités sans ÉSPT (De Bellis, Wooley, et Hooper, 2013).

Les résultats d'une métaanalyse récente cherchant à mesurer l'ampleur des atteintes cognitives chez des participants présentant un trouble relevant de la psychopathologie (le plus souvent un ÉSPT, soit 10 des 12 études prises en compte) et une histoire personnelle de maltraitance familiale, appuient ceux énoncés précédemment qui mettent de l'avant certains stigmas cognitifs (Masson, East-Richard, et Cellard, 2015). Cette publication clarifie les tailles d'effets à l'aide d'estimateurs Hedges (g). Les résultats montrent que le fait d'avoir été victime de maltraitance dans le passé, combiné à un trouble psychiatrique actuel, affecte modérément ($g = -0.59$) le fonctionnement cognitif de la personne. Chez les jeunes âgés de 7 à 18 ans, la mémoire visuelle épisodique serait la fonction la plus touchée ($g = -0.77$), puis les fonctions visuospatiales ($g = -0.73$) et les fonctions attentionnelles ($g = -0.72$) (Masson, East-Richard, et Cellard, 2015). L'impact serait apparu plus important chez les jeunes participants que chez les adultes, suggérant ainsi différents profils neuropsychologiques (Masson, East-Richard, et Cellard, 2015).

L'incidence de troubles psychologiques en tant que condition associée à la maltraitance sur l'efficience cognitive reste donc à préciser. Cependant, l'ensemble des études présentées précédemment supporte l'idée générale selon laquelle les enfants maltraités tendent effectivement à présenter des atteintes sur le plan cognitif. Et ce, bien que ce ne soit pas le cas de toutes les victimes de mauvais traitement, comme le souligne expressément Cicchetti (2013). Le tout porte à formuler que la « maltraitance a de multiples visages (abus physique, sexuel, négligence, violence psychologique, *etc.*); les atteintes cognitives chez les jeunes victimes sont tout aussi hétérogènes » (Morin *et al.*, 2012, p. 93).

Enfin, les chercheurs sont aussi très nombreux à soutenir qu'il existe un lien entre la présence de ces stigmas cognitifs, notamment en ce qui a trait aux fonctions exécutives, et le développement ultérieur de troubles mentaux, de problèmes de comportements ou de difficultés sur le plan d'ajustement socioaffectif (sans s'y limiter, De Bellis, 2005; De Bellis, Wooley et Hooper, 2013; Gould *et al.*, 2012; Lacharité, Éthier, et Nolin, 2006; Perna et Kiekner, 2013; Shonkoff, Boycce et McEwen, 2009; Twardosz et Lutzker, 2010; Wilson, Hansen et Li, 2011). Les conséquences de la maltraitance paraissent, pour sûr, étroitement reliées au développement de l'enfant. C'est, du moins, un point de vue défendu par certains auteurs du domaine de la traumatologie développementale qui, par le biais d'études portant sur les variables psychobiologiques et sur les substrats liés à la maturation du cerveau, proposent que le développement des enfants maltraités puisse être caractérisé par un *trouble complexe du développement induit par des facteurs environnementaux* (par exemple, Cicchetti et Rogosch, 2001; De Bellis, 2001).

1.5 Modèle de la traumatologie développementale de la maltraitance

La traumatologie développementale est l'un des modèles neurobiologiques qui visent à décrire et expliquer les mécanismes sous-jacents au développement de possibles pathologies chez l'enfant qui évolue en contexte d'adversité. Le modèle intègre les connaissances du domaine des neurosciences sans pour autant négliger les facteurs psychosociaux qui ont également un impact sur la vie et la santé des victimes. Le modèle proposé par De Bellis (2001) se démarque d'autres modèles neurobiologiques

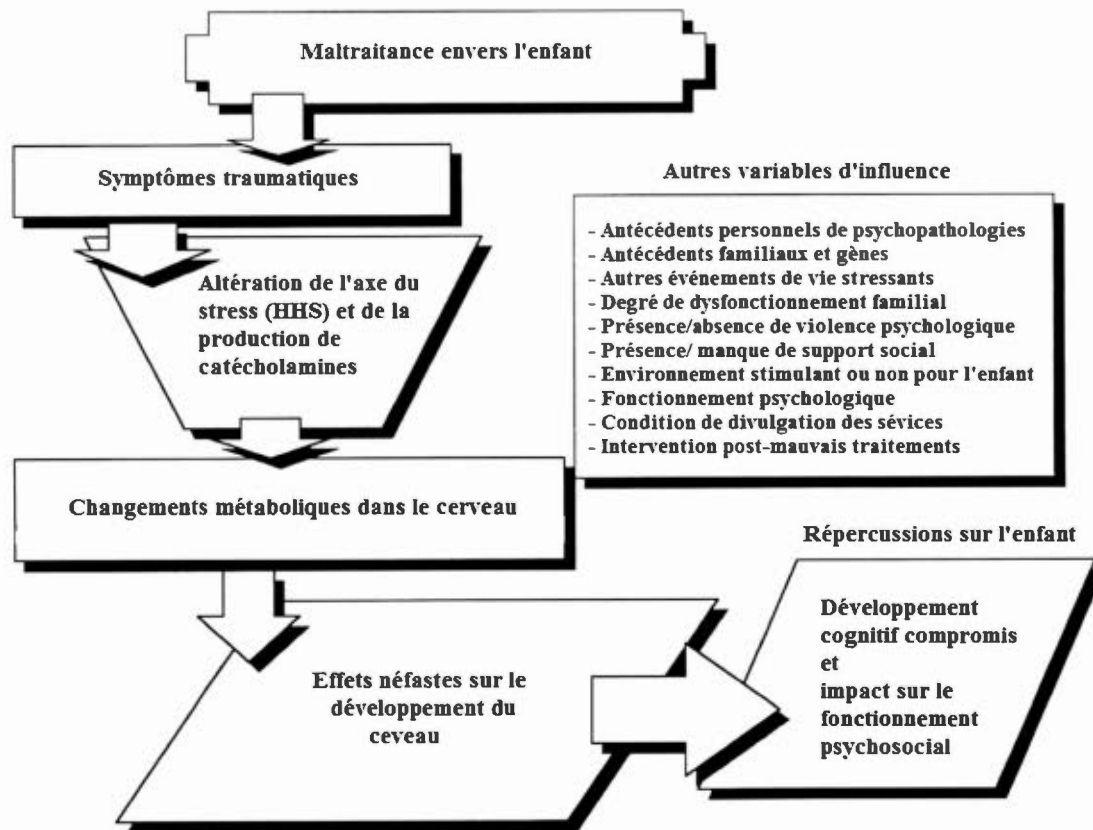
en mettant à l'honneur la conceptualisation étiologique de l'état de stress posttraumatique (ÉSPT).

Le Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux – 5^e édition (DSM-5) publié par l'American Psychiatric Association (APA, 2015) précise la présentation clinique du trouble de l'ÉSPT. Le premier critère (A) stipule que le sujet doit avoir été exposé à un événement traumatique : la mort effective, une menace de mort, de graves blessures ou de la violence sexuelle, cela directement ou indirectement, en apprenant qu'un ou des événements de cette nature soient arrivés à un proche ou en étant exposé de manière répétée ou extrême, en raison d'une activité professionnelle par exemple, à des événements à teneur traumatique. Le critère B implique qu'après le trauma, des symptômes envahissants évoquant l'événement et provoquant un sentiment de détresse s'installent sous l'une ou l'autre des formes suivantes: 1- souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de l'événement; 2- rêves répétitifs dont le contenu ou l'affect rappelle l'événement et engendre un sentiment de détresse; 3- réactions dissociatives (par exemple, *flashbacks*, impression de revivre l'événement traumatique); 4- sentiment intense ou prolongé de détresse conséquemment à l'exposition à des indices évoquant le traumatisme; 5- réactivité physiologique accrue en présence d'indices rappelant le traumatisme. Les enfants peuvent pour leur part mettre en scène de manière répétitive dans le jeu certains thèmes ou autres aspects de leur traumatisme ou reconstituer spécifiquement leur trauma. Ils peuvent également souffrir de cauchemars, dont le contenu peut être ou non lié à leur traumatisme. Chez les enfants plus jeunes, ceux âgés de moins de 6 ans, il est possible d'observer que ces derniers ne laissent pas transparaître de détresse évidente en lien avec leur traumatisme, lorsqu'ils se remémorent l'événement ou qu'ils le reproduisent dans le jeu. Le critère C réfère à des comportements d'évitement persistant d'indices rappelant le traumatisme (par exemple, efforts pour éviter les pensées, sentiments ou conversations associées au traumatisme, efforts pour éviter les activités, endroits ou gens rappelant le trauma). Le critère D fait appel à l'altération des cognitions ou de l'humeur

conséquemment à l'événement (par exemple, incapacité à se rappeler, croyances négatives persistantes et exagérées, distorsions cognitives persistantes à propos des causes et conséquences de l'événement amenant le sujet à se blâmer, état émotionnel négatif persistant, réduction de l'intérêt ou de la participation à des activités importantes, sentiment de détachement d'autrui, incapacité à éprouver des émotions positives). Le critère E se reporte à une altération marquée de l'éveil et de réactivité débutant ou s'aggravant après le traumatisme (par exemple, irritabilité, accès de colère, comportement irréfléchi ou autodestructeur, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, difficultés de concentration, perturbation du sommeil). La perturbation décrite précédemment persiste au-delà d'un mois (critère F), entraîne une souffrance ou altération fonctionnelle significative (critère G) et n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale (critère H). Le DSM-5 invite à spécifier si des symptômes dissociatifs sont présents lorsqu'il y a dépersonnalisation ou déréalisation ou si l'expression du syndrome est retardée dans les cas où les critères sont satisfaits 6 mois ou plus après la survenue de l'événement traumatique (APA, 2015).

Le modèle théorique de la traumatologie développementale proposé par De Bellis (2001) se consacre à expliquer les conséquences de la maltraitance sous l'angle de l'effet du stress comme le font d'autres modèles neurobiologiques (voir page suivante, figure 1.6). Ce modèle s'appuie sur certaines prémisses voulant que la qualité des soins parentaux influence le cours du développement cérébral et son fonctionnement (Belsky et De Hann, 2011) et que des traumatismes interpersonnels puissent considérablement augmenter les risques de développer des psychopathologies de l'enfance à l'âge adulte (Copeland, Keeler, Angold, et Costello, 2007; D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola, et van der Kolk, 2012; Widom, 1999). D'autres auteurs abondent dans le même sens et contribuent à leur façon à clarifier les mécanismes par lesquels le développement des enfants maltraités est susceptible d'être compromis, ce pourquoi certains de ces travaux seront présentés dans la section qui suit.

Figure 1.6. Modèle de la traumatologie développementale



Source : Tiré de *Developmental traumatology : The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy*, par De Bellis, 2001, *Development and Psychopathology*, 13, p. 553. Traduction libre.

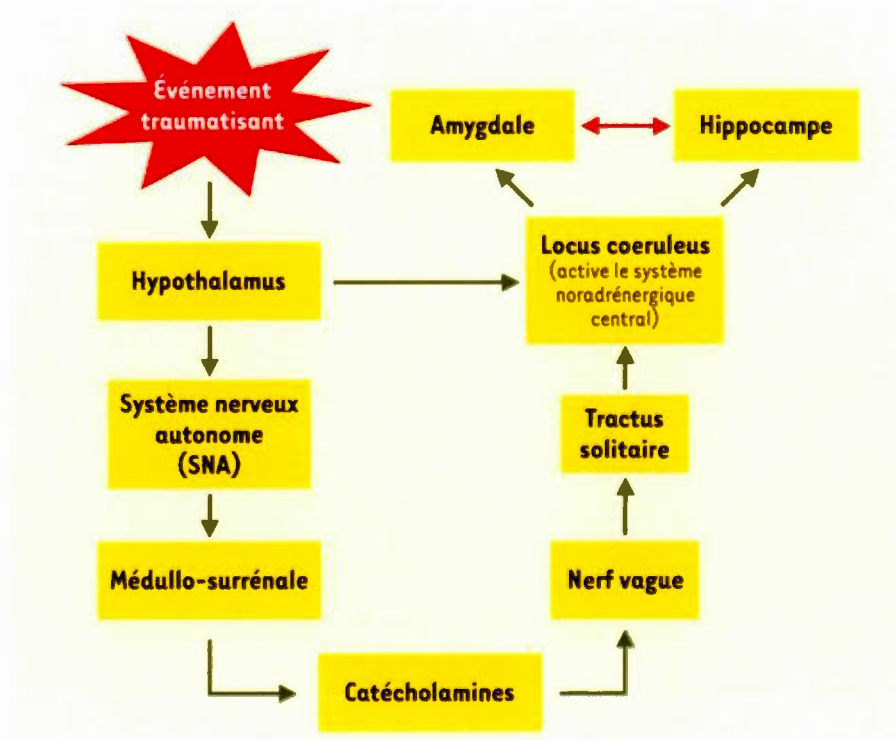
La plupart du temps, la maltraitance doit être envisagée comme une expérience à fort potentiel traumatique dans la mesure où elle implique les effets directs de mauvais traitements (par exemple, agression physique ou sexuelle, violence psychologique), ainsi que certains autres effets indirects liés au contexte de vie général dans lequel évolue l'enfant (par exemple, pauvreté, manque de soutien social). Puisqu'un traumatisme relationnel serait responsable de l'état de peur et d'anticipation négative

de l'enfant et en raison du fait que les événements traumatiques surviendraient typiquement de manière répétée ou chronique (Terr, 1991), la maltraitance constituerait un cas de figure extrême d'événements de vie stressants.

Le degré de menace perçu par l'enfant exposé aux mauvais traitements serait influencé par ces facteurs directs et indirects, laissant place au développement de symptômes traumatiques chez la victime, d'un ÉSPT (De Bellis, 2001) ou voire, d'un ÉSPT complexe (Herman, 1992). L'ÉSPT est d'ailleurs caractérisé par plusieurs symptômes fréquemment rencontrés auprès d'une clientèle de jeunes victimes de mauvais traitements (De Bellis et Kutchibhatla, 2006), dont des difficultés de sommeil, de mémoire ou d'attention, des comportements d'évitement, des difficultés de régulation émotionnelle, de l'hypervigilance à certains indices rappelant le trauma et même des épisodes de dissociation.

L'apparition de tels symptômes traumatiques chez l'enfant maltraité est généralement tributaire d'altérations physiologiques (De Bellis *et al.*, 1999a et 1999b; Teicher *et al.*, 2003), notamment en ce qui concerne le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), aussi appelé « l'axe du stress » et de changements dans la production de différentes catécholamines comme l'adrénaline, la noradrénaline et la sérotonine (voir page suivante, figure 1.7).

Figure 1.7. Activation du système noradrénergique



Source : Tiré de La mémoire aux prises avec les émotions et le stress: un impact nécessairement dommageable?, par Maheu et Lupien, 2003, *Médecine et Sciences*, 19(1), p. 119.

Lorsqu'une menace importante est perçue, un signal d'alerte est aussitôt lancé sous la forme de messagers chimiques. L'hypothalamus sollicite alors le système nerveux autonome (SNA) et par le biais de l'activation de la médullosurrénale, s'en suit une sécrétion de catécholamines noradrénergiques dans le locus coeruleus du tronc cérébral qui atteindront les noyaux sensibles à la noradrénaline de l'amygdale et de l'hippocampe. La stimulation noradrénergique de l'hippocampe et de l'amygdale enclenche également l'activation de l'axe du stress (HHS) et s'en suit une cascade d'événements hormonaux. L'hypothalamus envoie des messagers chimiques, de la

corticolibérine (CRH), à l'hypophyse. À son tour, cette glande libère de l'adrénocorticotrophine (ACTH), une hormone corticotrope. Par le biais de la circulation sanguine, ce peptide va stimuler les glandes endocriniennes surrénales qui vont libérer du cortisol, la principale hormone du stress chez l'humain.

La noradrénaline est le neurotransmetteur qui signale la présence d'un danger et qui, en agissant sur différents systèmes, favorise une réponse rapide et efficace à une situation stressante. Par exemple, une libération de noradrénaline est responsable de l'augmentation du rythme cardiaque et de la pression sanguine, ce qui permet des réponses comportementales optimales de fuite ou de combat. Quant à l'ACTH et au cortisol, ils ont comme fonction de permettre aux différents systèmes de s'adapter au stress et de favoriser un retour à la normale en inhibant l'activité de l'hypothalamus et donc, en mettant fin au signal d'alarme. Toutefois, le système noradrénergique n'est pas conçu pour être activé de manière prolongée et il en va de même pour l'axe du stress. À long terme, des effets délétères sur le cerveau sont recensés (Gould *et al.*, 2012; Teicher *et al.*, 2003; Twardosz et Lutzker, 2010). Des taux anormaux de cortisol chez les victimes de mauvais traitements sont associés à une cooccurrence de problèmes physiques et psychiatriques (Ehlert, 2013).

L'hippocampe, l'amygdale et le cortex préfrontal seraient les régions du cerveau les plus vulnérables au stress (Lupien, McEwen, Gunnar, et Heim, 2009; Wilson, Hansen et Li, 2011). L'hippocampe et l'amygdale sont des structures appartenant au système limbique toutes deux impliquées dans le traitement émotionnel de l'information. L'hippocampe agirait comme siège de la mémoire, tandis que l'amygdale déterminerait la valeur émotionnelle d'un événement. Le cortex préfrontal, où sont localisées les fonctions exécutives, permettrait par exemple d'adopter des comportements orientés vers un but, de se conduire de manière rationnelle et de raisonner. L'atteinte de ces différentes structures compromettrait l'habileté à répondre à des stimuli neutres et des stimuli chargés émotionnellement, ce qui favoriserait la dysrégulation émotionnelle

(Wilson, Hansen, et Li, 2011). Comme ces structures n'ont pas la même trajectoire développementale, les effets néfastes sur le fonctionnement du cerveau diffèreraient en fonction du moment où l'enfant est exposé aux événements anxiogènes. Conséquemment, l'exposition chronique à des événements de vie stressants se reflèterait par des atteintes plus étendues sur les plans physiologique et fonctionnel. L'impact du stress chronique ne se limite pas aux structures limbiques et au cortex préfrontal. Les changements qui s'opèrent dans système noradrénergique et l'axe HHS favorisent à leur tour l'activation du système sérotoninergique. La sérotonine joue un rôle déterminant concernant la gestion émotionnelle et le contrôle de l'impulsivité, mais également pour l'apprentissage, la régulation endocrinienne, le sommeil et l'alimentation (Morin *et al.*, 2012). Une libération accrue de sérotonine ne peut être maintenue face à des situations chroniques de stress, si bien que le corps semble à la longue épuiser les ressources de ce neurotransmetteur (Miller, Chen, et Zhou, 2007).

L'expérience chronique de stress, comme c'est le cas pour les victimes de mauvais traitements parentaux, engendrerait des effets délétères sur le cerveau en raison de deux mécanismes principaux. D'une part, la suractivité prolongée des différents systèmes de réponse au stress s'exprimerait par des changements métaboliques aux effets néfastes sur le cerveau (Beers et De Bellis, 2002; De Bellis, 2001), ce qui expliquerait les répercussions concernant le fonctionnement cognitif, psychosocial et physique des victimes leur vie durant. D'autre part, l'exposition à des situations de stress chronique viendrait modifier la réactivité au stress (Luecken, Appelhans, Kraft et Brown, 2006). Il est maintenant démontré que par un phénomène de méthylation, l'expérience vécue serait susceptible de modifier l'expression du gène GR impliqué dans l'activité des récepteurs glucocorticoïdes sensibles au cortisol (McGowan *et al.*, 2009). Cette altération de l'épigénome pourrait même se transmettre à la génération subséquente. Ainsi, certaines personnes pourraient présenter une sensibilité accrue au stress les rendant susceptibles de développer différents troubles physiques et mentaux (Obradović, Bush, Stamperdahl, Adler, et Boyce, 2010). Cette vulnérabilité toute

particulière pourrait aussi collaborer au phénomène de transmission intergénérationnelle de la maltraitance et également, à celui de la résilience (De Bellis, 2001).

En résumé, le modèle de la traumatologie développementale s'appuie sur les propositions suivantes (De Bellis, 2001):

1. S'il est vrai qu'un nombre infini de situations est susceptible de provoquer le sentiment d'être envahi par le stress (détresse), le cerveau et le corps, eux, n'ont que des moyens bien limités de répondre aux situations de stress.

2. Dans le cas de mauvais traitements parentaux, le traumatisme vient du caractère dysfonctionnel de la relation parent-enfant et en conséquence, la capacité à long terme de la victime à établir de saines relations interpersonnelles risque fort d'être affectée. Le fait d'être confronté à certains indices rappelant le traumatisme relationnel est susceptible d'induire une réponse traumatique inadaptée.

3. En raison du fait que plusieurs processus de maturation neurodéveloppementaux sont programmés durant l'enfance, les traumatismes survenant dans cette période critique risquent d'être plus dommageables que s'ils surviennent à l'âge adulte.

4. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer les impacts de la maltraitance dont des facteurs liés aux caractéristiques de l'événement traumatique (par exemple, nature des sévices, âge de l'enfant lorsque surviennent les mauvais traitements, durée/chronicité de la maltraitance) et plusieurs autres variables biopsychosociales (par exemple, tempérament de la victime, gènes, réactivité au stress de l'enfant, soutien social au jeune et à sa famille).

5. Les symptômes traumatiques sont considérés comme des réponses naturelles à des situations perçues comme menaçantes et hautement stressantes.

6. Des changements neurobiologiques dans les systèmes de réponse au stress engendrent des réponses traumatiques qui peuvent être assimilables à un ÉSPT. Ces changements dans le fonctionnement neurobiologique peuvent être persistants. Le fait de présenter plusieurs symptômes traumatiques après un événement stressant est un indicateur de risque accru de présenter un état de stress chronique, d'autres psychopathologies, un dysfonctionnement cognitif ou psychosocial à long terme.

7. Lorsque le trauma se déclare pendant la période de développement, que les répercussions chez la victime évoquent un état de stress chronique, les risques sont importants que cette condition soit associée à des dysfonctions cognitives et des difficultés d'ajustement sur le plan socioaffectif et finalement, que les situations de violence et de négligence se perpétuent à la génération suivante.

Le modèle de De Bellis (2001) présenté n'est pas le seul à considérer la maltraitance comme un traumatisme responsable des difficultés fréquemment rencontrées chez les victimes de maltraitance dans l'enfance. Dans une conceptualisation du problème similaire, Cook et ses collaborateurs (2005) ont identifié sept sphères d'atteintes chez les victimes: l'attachement, le domaine biologique ou médical, la régulation émotionnelle, la régulation comportementale, l'altération de l'état de conscience (dissociation), le fonctionnement cognitif et l'identité. L'appellation *traumatisme complexe* y fait référence (Herman, 1992). D'autres auteurs du domaine de la traumatologie développementale s'efforcent depuis plusieurs années déjà de faire reconnaître l'entité diagnostique de *trouble du développement traumatique* pour rendre compte de l'étendue des atteintes auprès de cette clientèle (Cloitre *et al.*, 2009; van der Kolk, 2005).

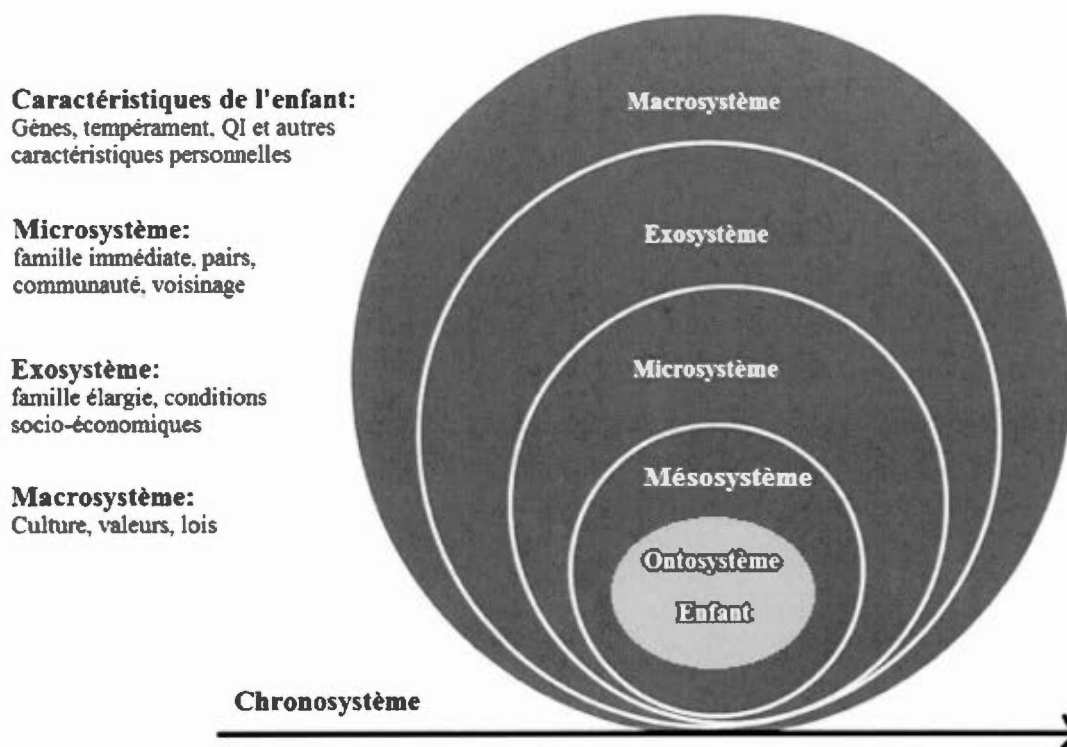
Le modèle de la traumatologie développementale s'intéresse donc aux interrelations complexes qui existent entre les gènes et l'expérience, en considérant l'enfance comme une période critique pour le développement. Dans les années à venir, il serait judicieux d'investiguer davantage l'interaction gènes et environnement dans un contexte de

maltraitance pour mieux saisir la complexité de cette clientèle vulnérable et disparate (Bellani, Nobile, Bianchi, van Os, et Brambilla, 2012; Belsky et De Haan, 2011; Ehlert, 2013; Liberman, Chu, Van Horne, et Harris, 2011). Le modèle de la traumatologie développementale devrait aussi permettre de mieux connaître les facteurs favorisant la résilience de certaines victimes de mauvais traitements (Cicchetti, 2013), car toutes les personnes touchées ne développent pas de trouble complexe du développement. Ce modèle renseigne sur les processus par lesquels le développement des enfants est compromis ou risque de l'être, c'est-à-dire un modèle des conséquences de la maltraitance, mais il est tout aussi essentiel de se doter d'un modèle explicatif des causes de la maltraitance afin de lutter contre le phénomène et ainsi, prévenir les atteintes.

1.6 Modèle écologique transactionnel de la maltraitance

Les travaux de Bronfenbrenner (1977, 1979) et de Belsky (1980, 1993) ont grandement inspiré le développement du modèle écologique transactionnel de Cicchetti et Lynch (1993). Selon cette conceptualisation, la maltraitance serait un phénomène multidéterminé : un ensemble de variables interreliées, et se situant à différents niveaux d'analyses seraient impliquées dans l'étiologie de la maltraitance (Cicchetti et Lynch, 1993). Ce modèle systémique tient compte de l'influence réciproque des multiples systèmes qui composent le contexte dans lequel elle survient. Comme illustré à la figure 1.8 à la page suivante., le contexte écologique est composé de différents systèmes imbriqués les uns dans les autres : l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème.

Figure 1.8. Modèle écologique transactionnel de la maltraitance



Source : Tiré et adapté de Wilmschurst, L. (2013). *Clinical and Educational Child Psychology: An Ecological Transactional Approach to Understanding Child Problems and Interventions*. Hoboken, É.-U.: John Wiley et Sons, p. 48. Traduction libre.

L'ontosystème réfère aux caractéristiques de l'individu ciblé (sexe, âge, niveau de développement, par exemple), c'est-à-dire dans le cas présent, l'enfant victime de mauvais traitements. Le microsystème inclut toutes les personnes avec qui l'enfant interagit régulièrement. Le microsystème d'un enfant englobe généralement ses parents, ses frères et sœurs, ses amis, *etc.* Le microsystème a une influence directe et particulièrement importante sur le développement et l'adaptation de l'individu (Lynch et Cicchetti, 1998). Puisque l'enfant et ses parents interagissent de manière soutenue et

qu'ils partagent aussi la même «niche écologique», c'est-à-dire un environnement et des conditions écosystémiques similaires, ils coévoluent et se transforment mutuellement. Le mésosystème réfère à toutes les interrelations entre les microsystèmes telles l'école et la famille. L'attention est alors portée sur la nature des liens (relations conflictuelles, collaboration, *etc.*) qui a pu s'établir entre ceux-ci et leur portée sur l'enfant et son entourage immédiat. Quant à l'exosystème, il renvoie à l'influence de l'ensemble des milieux où l'enfant n'est pas étroitement impliqué, mais pour lesquels une perturbation est néanmoins susceptible de l'affecter. À titre d'exemple, les conditions d'emploi des parents vont se répercuter sur la vie de leurs enfants en imposant des contraintes de temps et un statut socioéconomique particulier. À un niveau d'analyse plus élevé, le macrosystème est défini par l'ensemble des croyances, des valeurs, des idéologies partagées par la communauté dans laquelle évolue l'enfant. Bref, il s'agit des normes culturelles qui régissent les comportements de l'individu, mais également des lois et des politiques en vigueur. Ces normes établissent entre autres ce que les membres d'une société partagent comme attentes quant aux pratiques disciplinaires des parents à l'endroit de leurs enfants. Enfin, le chronosystème réfère au temps et permet d'inclure divers facteurs environnementaux qu'ils soient historiques ou contemporains. Sur la base de ce modèle, l'impact de la maltraitance sur l'enfant peut être étudié en tenant compte, par exemple, de l'effet particulier du moment où les sévices surviennent et le stade de développement de l'enfant correspondant. Le modèle permet aussi de considérer des facteurs historiques du côté des parents, tels que le fait d'avoir eux-mêmes été victimisé dans l'enfance, afin d'expliquer la récurrence d'épisodes de violence ou de négligence (Dixon, Browne, et Hamilton-Giachritsis, 2005).

D'un point de vue écologique, un problème se développe chez un individu en raison d'un mauvais appariement entre les caractéristiques de la personne (les besoins de l'enfant en termes de soins particuliers, par exemple) et celles des différents systèmes qui composent son environnement (le manque de moyens des parents pour assurer les

soins appropriés à leur enfant, par exemple). D'un point de vue écologique, aucun facteur personnel ou environnemental spécifique n'engendre à lui seul des problèmes d'adaptation (Belsky, 1993). Concernant l'étiologie de la maltraitance, les variables historiques ou actuelles, sociales ou situationnelles, de même que les caractéristiques personnelles des parents et des enfants s'influencent réciproquement pour mettre en place des conditions favorisant la survenue de la maltraitance (facteurs de risque) ou au contraire, des conditions soutenant, la rendant plus improbable (facteurs de protection). Les différents facteurs de risque et de protection associés à la maltraitance peuvent se combiner, accentuer ou diminuer l'action de l'un ou de l'autre par un effet cumulatif ou d'interaction (Grizenko et Fisher, 1992).

Comme le sous-tend le modèle écologique transactionnel, certains facteurs de risque tels que les inégalités de revenus au sein d'une même communauté (variables de l'exosystème) contribuent à un risque accru de mauvais traitements, et cela d'autant plus quand les niveaux de pauvreté dans une communauté sont élevés (Eckenrode, Smith, McCarthy et Dineen, 2014). En contrepartie, le fait de bénéficier d'un support social étroit de la part de la communauté pourrait modérer les effets négatifs à long terme de la maltraitance sur la santé mentale des victimes devenues adultes, qu'il s'agisse de troubles anxieux ou de dépression (Sperry et Widom, 2013). Dans la même veine, une méta-analyse examinant les résultats de 155 différentes études a fait ressortir 39 facteurs de risques associés aux mauvais traitements envers les enfants (Sith *et al.*, 2009). Comme facteur de risque associé aux agressions envers les enfants, certaines variables du microsystème sont apparues comme particulièrement influentes: la surréactivité et la colère du parent ($r = 0,34$), la cohésion familiale ($r = - 0,32$) et les conflits intrafamiliaux ($r = 0,39$) (Stith *et al.*, 2009). Les facteurs de risque associés le plus étroitement à la négligence concernaient la qualité de la relation parent-enfant ($r = - 0,48$), la perception du parent voulant que l'enfant soit la cause du problème ($r = 0,41$), le niveau de stress parental ($r = 0,38$), l'estime personnelle du parent ($r = - 0,33$), de même que la surréactivité et la colère du parent ($r = 0,35$) (Stith *et al.*, 2009).

Toujours au niveau du microsysteme, à des degrés divers, un environnement familial stable et des relations sociales soutenantes sont des variables qui se sont affirmées comme facteurs de protection (Afifi et MacMillan, 2011; Algood, Hong, Gourdine, et Williams, 2011). Sur le plan des facteurs personnels liés à l'ontosysteme, certains traits de personnalité (par exemple, bonne estime personnelle, intelligence) influenceraient aussi positivement les suites de la maltraitance (Afifi et MacMillan, 2011), tandis que le fait de présenter des difficultés comportementales internalisées ou externalisées ou de pauvres compétences sociales exacerberait les tares (Stith *et al.*, 2009).

Lorsque les facteurs de risque ne sont pas atténués par l'effet de facteurs de protection, la probabilité de mauvais traitements augmente. Dans cette optique, les programmes de lutte à la maltraitance devraient non seulement viser une diminution des facteurs de risque, mais également une augmentation des facteurs de protection (Afifi et MacMillan, 2011; Belsky, 1993; Thomas, Chenot, et Reifel, 2005). Les efforts devraient également s'orienter de façon à assurer la sécurité et le bien-être de l'enfant dans sa famille, car le placement des enfants en milieu substitut entraînerait des difficultés supplémentaires (Kerker et Dore, 2006; Fantuzzo et Pearlman, 2007; Tremblay, 1999; Uliano et Mellor, 2012).

En contexte québécois, ces recommandations ont pris une signification particulière pour les milieux d'intervention des services de protection de la jeunesse en juin 2006. Le gouvernement provincial a alors adopté le projet de loi 125, modifiant la LPJ, marquant de la sorte sa volonté de favoriser autant que possible le maintien des enfants dans leur milieu familial d'origine, réaffirmant le droit des parents d'obtenir des services pour les soutenir dans leur rôle parental et ainsi, assurer la sécurité et le développement de leurs enfants en continuant d'en assurer eux-mêmes la garde. Dans cette visée, divers programmes psychosociaux de préservation de la famille sont offerts aux familles recevant les services des centres jeunesse.

1.7 Interventions psychosociales visant la préservation de la famille

Les organismes issus des milieux communautaires, du réseau de la santé et des services sociaux et les instances de protection de la jeunesse du Québec et d'ailleurs ont mis de l'avant différentes initiatives cliniques pour lutter contre la maltraitance et promouvoir le bien-être des enfants au sein de leurs familles. Certaines d'entre elles s'articulent autour de programmes de prévention destinés aux familles n'ayant pas connu d'épisodes de maltraitance, afin d'agir en amont du phénomène. Ces programmes sont qualifiés d'universels s'ils cherchent à rejoindre la population générale, indépendamment des facteurs de risque et de protection des familles, et ils sont sélectifs s'ils s'adressent aux familles dont les enfants sont identifiés à risque de mauvais traitement. Rae-Grant (1994) propose que les programmes de prévention universels et sélectifs appartiennent tous deux à la catégorie des programmes proactifs. Les interventions proactives se concrétisent par exemple, à travers la tenue d'ateliers de stimulation précoce, de visites à domicile, de groupes de soutien à la parentalité, de groupes d'entraide, *etc.* Mais du moment où les interventions sont conçues pour les familles réputées maltraitantes, il s'agit alors de programmes réactifs (Rae-Grant, 1994). Dans de tels cas, ces programmes cherchent à prévenir la récurrence des mauvais traitements, la victimisation d'autres membres de la famille ou encore à contrer les effets négatifs à long terme de la maltraitance (MacLeod et Nelson, 2000). Les programmes psychosociaux de préservation de la famille sont généralement assimilés à cette deuxième catégorie de programmes, c'est-à-dire aux interventions réactives (MacLeod et Nelson, 2000).

Aussi, d'ordre général, les programmes de préservation de la famille déploient une variété de moyens pour parvenir à rétablir le fonctionnement psychosocial de la famille et à assurer le bien-être de l'ensemble de ses membres. Compte tenu de ce qui précède,

les programmes psychosociaux de préservation de la famille sont bien souvent de type multimodal, ou autrement dit, « à cibles et stratégies multiples » (Vitaro et Carbonneau, 2000, p. 358). Les interventions peuvent non seulement concerner l'enfant, mais impliquer également d'autres acteurs de l'écosystème dans lequel le phénomène de maltraitance s'immisce (par exemple, parents, enseignants, membres de la communauté). Les stratégies mises en œuvre sont diversifiées et elles sont d'intensité variable en fonction des objectifs particuliers qui sont poursuivis. Certains programmes de préservation de la famille sont orientés vers la résolution à court terme de crises familiales par le biais d'interventions intensives, tandis que d'autres se déroulent sur une période de temps plus étendue de moindre intensité. Certaines interventions cherchent à prévenir le placement de l'enfant, tandis que d'autres visent la réunification de la famille. La clientèle visée par ces programmes est aussi hétéroclite : il peut s'agir de familles dont le risque de placement est imminent ou de familles à moindre risque. Les services sont parfois offerts au domicile, mais peuvent aussi se donner à l'externe ou dans des milieux de soins. Les raisons du dysfonctionnement familial menant à craindre le placement de l'enfant sont tout aussi variables. Des problèmes de consommation, de délinquance ou de santé mentale du jeune peuvent être en cause, mais il peut aussi s'agir de problèmes familiaux de longue haleine découlant d'une situation de défavorisation socioéconomique importante ou de pratiques parentales inadéquates. Tout cela considéré, il va sans dire que la définition du construit « programme de préservation de la famille » n'est pas univoque, mais réfère à un ensemble diversifié de services et d'interventions psychosociales généralement offerts par les services de protection de l'enfance (MacLeod et Nelson, 2000).

Le programme *Homebuilders*® est l'un des modèles d'intervention les plus largement implantés et documentés, ce qui en fait un programme quasi incontournable lorsqu'il s'agit de définir la nature d'une intervention visant la préservation des familles. Selon le California Evidence-Based Clearing House, il jouit de bons appuis scientifiques auprès d'une clientèle maltraitante. Il est caractérisé par une réponse rapide (le jour

même de la référence) et d'une grande intensité (8-10 heures/semaine de contact direct et contacts téléphoniques fréquents) offerte au domicile par des intervenants hautement qualifiés (Kinney, Haapala, et Booth, 2004). Les équipes d'intervention sont formées de trois à cinq thérapeutes (c'est-à-dire des détenteurs d'un diplôme de maîtrise en psychologie, en travail social ou en counseling ou encore, d'un baccalauréat dans l'une de ces disciplines avec plus de deux années d'expérience), d'un superviseur clinique (c'est-à-dire une personne détenant une maîtrise en psychologie, travail social ou counseling ou un baccalauréat et plus de deux années d'expérience à titre de thérapeute dans le programme, ainsi qu'au moins une année d'expérience à titre de superviseur ou de gestionnaire) et d'un agent de bureau. Le modèle prévoit une évaluation étendue des besoins et ressources de la famille. Une approche collaborative avec les parents est privilégiée afin de déterminer les moyens qui seront mis en branle pour permettre à l'enfant de demeurer dans sa famille ou d'y retourner après un bref placement. Le thérapeute utilise des stratégies d'intervention cognitives comportementales pour favoriser le changement et il met en place les conditions nécessaires pour permettre aux membres de développer leurs habiletés (par exemple, formuler efficacement des consignes ou une réprimande). Des efforts sont consacrés au réseautage dans la communauté et du soutien concret est apporté, selon les besoins particuliers des familles. La flexibilité est une caractéristique fondamentale du modèle. La famille peut joindre un intervenant à toute heure du jour ou de la nuit tout au long du suivi (4 à 6 semaines). La faisabilité du modèle repose notamment sur un nombre limité de familles suivies par un même thérapeute (2-5 familles).

Des efforts considérables sont déployés depuis quelques années au sein des instances de protection de la jeunesse pour mettre en œuvre des interventions fondées sur des données probantes (Self-Brown, Whitaker, Berliner, et Kolko, 2012). Cependant, même s'il existe des interventions réputées efficaces (par exemple, *Homebuilders®*, *The Incredible Years*, *Triple P®*), il n'est pas aisé d'implanter fidèlement ces services dans les milieux de pratique (Horwitz, Chamberlain, Landsverk, et Mullican, 2010).

Schoenwald et Hoagwood (2001) soulignent le problème lié à l'implantation partielle en milieu de pratique de programmes éprouvés par la recherche. Les auteurs se montrent préoccupés de l'engouement que peuvent susciter les travaux de recherche démontrant des effets positifs et de l'empressement des milieux à implanter ces services sans s'être préalablement assurés de pouvoir mettre en place les conditions originales d'efficacité de ces programmes.

Au Québec, le programme *PRIME* (Projet d'intervention massive à l'enfance), inspiré du modèle *Homebuilders*®, a été adapté puis introduit au CJM-IU. Son implantation et ses effets ont fait l'objet d'une évaluation sur une période de 5 années (Dagenais, Bastien, Bégin, Bouchard, et Fortin, 2003). Concernant l'évaluation de l'implantation du programme, les données ont été recueillies sur une période de deux ans, et ce, à deux différentes périodes d'implantation (1993-1995 et 1995-1997) par les intervenants du CJM-IU par le biais de formulaires et d'instruments de mesure développés par les chercheurs et permettant de documenter les caractéristiques de l'intervention octroyées à 69 familles dont 88 enfants (Dagenais, Bastien, Bégin, Bouchard, et Fortin, 2003). Afin de mesurer les effets de ce programme sur le placement des enfants (taux et durée moyenne de placement après 3, 6 et 12 mois, délai moyen entre la demande de service et le 1^{er} placement), les données utilisées sont celles qui étaient accessibles à partir de l'ordinateur central du DPJ concernant 88 enfants du groupe expérimental PRIME et 21 enfants du groupe de comparaison (Dagenais, Bastien, Bégin, Bouchard, et Fortin, 2003). Enfin, de manière à estimer les effets du programme sur le fonctionnement des familles et des enfants, 38 familles, dont 40 enfants ayant bénéficié du programme PRIME, ainsi que 18 enfants provenant de 18 familles du groupe de comparaison ont été sondés par les membres de l'équipe de recherche à deux reprises, soit au début de l'intervention et six mois plus tard. Des questionnaires normés leur étaient distribués pour mesurer le fonctionnement familial, le bien-être des parents, le comportement de l'enfant, le risque de placement et un formulaire développé par les chercheurs servait

à documenter l'élargissement du réseau de soutien de la famille (Dagenais, Bastien, Bégin, Bouchard, et Fortin, 2003).

Concernant l'évolution des enfants et des familles ayant reçu l'intervention PRIME, les chercheurs ont relevé certains gains. En général, le comportement des enfants s'était amélioré, de même que le fonctionnement familial et le bien-être des parents. Toutefois, ces améliorations ne sont pas apparues différentes de celles observées chez les familles composant le groupe de comparaison qui témoignaient d'une évolution similaire (Dagenais, Bastien, Bégin, Bouchard, et Fortin, 2003). De plus, aucune incidence significative du programme n'était rapportée en ce qui a trait aux risques et taux de placement en milieu substitut dans les 3, 6 et 12 mois après la demande de service, de même qu'aucun élargissement notable du réseau social des familles n'était mesuré (Dagenais, Bastien, Bégin, Bouchard, et Fortin, 2003). Des failles concernant l'implantation du programme étaient mises en cause.

En effet, la mise en œuvre incomplète de certaines caractéristiques du programme (par exemple, implication de l'ensemble de la famille, souplesse d'horaire, soutien concret à la famille) a pu faire en sorte de compromettre l'efficacité de l'intervention (Dagenais, Bastien, Bégin, Bouchard, et Fortin, 2003). Compte tenu de la mouvance organisationnelle qui s'opérait au sein du CJM-IU au moment de la collecte de données, des changements successifs concernant les superviseurs des équipes d'intervention et un manque de formation quant aux caractéristiques cruciales du programme auraient contribué au relâchement observé en ce qui a trait à l'implantation du programme au fil du temps (Dagenais, Bastien, Bégin, Bouchard, et Fortin, 2003). De même, certaines caractéristiques des familles ont également pu faire en sorte de rendre difficile l'objectivation de réels progrès grâce à l'intervention. C'est que les familles orientées vers PRIME constituaient une clientèle disparate qui témoignaient de besoins très diversifiés pour lesquels une tout aussi grande diversité d'instruments de mesure aurait été nécessaire pour en suivre l'évolution. En conséquence, la détection d'un effet global

à partir d'un nombre limité d'instruments a pu masquer certains changements attribuables au programme. D'autant que, les chercheurs ne pouvaient pas compter sur un grand échantillon de participants pour augmenter la puissance statistique des analyses et cela, surtout concernant la composition d'un groupe de comparaison suffisamment ressemblant au groupe expérimental (Dagenais, Bastien, Bégin, Bouchard, et Fortin, 2003).

Ces années incroyables est un second programme d'intervention adapté et implanté au CJM-IU depuis 2003 sur la base d'un programme américain empiriquement validé, *The Incredible Years* (Normandeau et Venet, 2000; Webster-Stratton et Hancock, 1998). Il s'agit d'un programme unimodal d'entraînement aux habiletés parentales proposé aux parents d'enfants âgés de 5 à 10 ans. *Ces années incroyables* poursuit ces trois objectifs proximaux: 1- améliorer la relation parent-enfant; 2- consolider les habiletés interpersonnelles des parents ainsi que leur réseau de soutien; 3- amener les parents à établir des limites claires, un encadrement précis, une discipline non punitive et des plans de gestion de comportement (Thomassin, 2008). Le programme s'échelonne sur 16 semaines d'intervention à raison de deux heures par semaine en groupe. Lors de ces rencontres, les thèmes suivants sont abordés: le jeu avec les enfants, le renforcement positif, comment établir des limites, la gestion des comportements difficiles, la résolution de problèmes, les problèmes scolaires (Thomassin, 2008). Des discussions, des jeux de rôle et des vignettes d'interaction parent-enfant sont présentés et animés par des intervenants. La liste des thèmes abordés et le contenu de chacune des séances de groupe sont bien définis. Le rationnel du programme sous-entend qu'après leur participation à *Ces années incroyables*, les parents devraient avoir bonifié leurs pratiques parentales et gérer plus adéquatement les comportements de leur enfant (objectifs proximaux), ce qui devrait se refléter par un sentiment d'efficacité parental amélioré, une baisse du risque de mauvais traitements (objectifs intermédiaires) et enfin, la prévention du placement en milieu substitut (objectif terminal).

Une équipe de chercheurs s'est engagée à vérifier les retombées du programme en ce qui a trait aux pratiques parentales, au sentiment d'efficacité parentale et à la perception des parents à l'égard des problèmes de comportements de leur enfant (Letarte, Normandeau, et Allard, 2010). L'analyse des données recueillies avant et après les semaines d'intervention ont montré que comparativement aux bénéficiaires des services réguliers du CJM-IU dans l'attente de recevoir ce programme ($n = 9$), les parents du groupe expérimental ($n = 26$) ont vu leurs pratiques parentales se bonifier et dans l'ensemble, ils ont perçu que les problèmes de comportements de leur enfant avaient diminués (Letarte, Normandeau, et Allard, 2010). La magnitude des changements observés correspondait à des effets de taille moyenne selon les données du questionnaire sondant les pratiques parentales aux échelles mesurant la discipline punitive et inconstante ($\hat{\eta}^2 = 0,26$), l'utilisation de félicitations et récompenses ($\hat{\eta}^2 = 0,26$) et le recours à des pratiques disciplinaires appropriées ($\hat{\eta}^2 = 0,31$). La taille d'effet mesurée pour l'augmentation de la discipline verbale positive était petite ($\hat{\eta}^2 = 0,23$) suivant la participation au programme. Les chercheurs ont aussi noté que les parents du groupe expérimental supervisaient moins leurs enfants au deuxième temps de mesure (effet de petite taille, où $\hat{\eta}^2 = 0,18$). Le programme d'intervention n'avait pas l'effet escompté concernant le sentiment d'efficacité parental, bien que la confiance des participants à l'endroit de leurs compétences parentales n'ait pas non plus diminué. Par ailleurs, une diminution des problèmes de comportement des enfants était rapportée, se reflétant tant par une diminution du nombre de comportements jugés problématiques par le parent (effet de grande ampleur où $\hat{\eta}^2 = 0,41$) qu'en matière d'intensité (effet de taille moyenne, où $\hat{\eta}^2 = 0,26$). En raison de ces résultats positifs et en considérant de plus que les rencontres de groupe ont été appréciées par 96% des parents participants les chercheurs ont estimé que le programme était prometteur auprès d'une clientèle de familles maltraitantes (Letarte, Normandeau, et Allard, 2010). La collaboration entre l'équipe de recherche et les partenaires en milieu clinique (intervenants, gestionnaires), de même que certaines caractéristiques du programme (contenus et modalités de présentation bien définies séance par séance, soutien de

l'équipe de recherche), auraient conduit au succès de l'intervention et de son intégralité (Letarte, Normandeau, et Allard, 2010).

Les études traitant de l'efficacité des interventions psychosociales de préservation de la famille montrent qu'en majorité, le placement de l'enfant en milieu substitut est effectivement évité et les familles demeurent unies (Berry, 1993; Dagenais, Bégin, Bouchard, et Fortin, 2004; Dufour et Chamberland, 2004; Duppong Hurley *et al.*, 2012). Par exemple, Duppong Hurley et ses collaborateurs (2012) ont montré que 94% des familles ayant bénéficié d'un service bref, mais intensif sont demeurées intactes et que des améliorations significatives étaient observées sur les principales cibles proximales et intermédiaires du programme. Une des raisons invoquées pour justifier le faible taux de placement des enfants dont la famille reçoit des interventions de préservation est la difficulté de cerner les familles qui sont vraiment en situation de risque imminent de placement (Dufour et Chamberland, 2004). Aussi, comme c'est le cas de plusieurs recherches portant sur l'efficacité des interventions visant la préservation des familles, le devis de recherche de Duppong Hurley et ses collaborateurs ne comportait pas de groupe de comparaison.

Plusieurs auteurs déplorent le fait que peu d'études comparent le taux de placement des familles bénéficiaires de ces programmes psychosociaux de préservation de la famille avec un groupe de comparaison (Bagdasaryan, 2005; Dagenais, Bégin, Bouchard, et Fortin, 2004; Dufour et Chamberland, 2004). Il faut reconnaître que la formation d'un groupe de comparaison composé de familles identifiées à risque de placement soulève des préoccupations éthiques : serait-ce convenable de placer certaines familles à risque de placement en attente de services ou de ne pas leur offrir d'interventions particulières dès que possible? Quoi qu'il en soit, sans groupe de comparaison, il n'y a pas de manière fiable d'estimer dans quelle proportion le placement de l'enfant aurait pu être évité malgré l'absence de telles interventions.

Lorsque seules les études avec un groupe de comparaison mesurant l'efficacité de ces programmes sont considérées, les résultats s'avèrent mitigés. Certaines études proposent que les enfants des groupes expérimentaux présentent des taux de placement comparables aux enfants témoins (Al *et al.*, 2012; Dagenais, Bégin, Bouchard, et Fortin, 2004; Tyuse, Hong, et Stretch, 2010) ou similaires à ceux des familles ayant mis fin prématurément à leur participation aux programmes (Chaffin, Bonner, et Hill, 2001). D'autres font état de résultats plus encourageants au sens où ces programmes pourraient effectivement contribuer à prévenir le placement des enfants en milieu substitut (Huebner, Robertson, Roberts, Brock, et Geremia, 2012; MacLeod et Nelson, 2000). MacLeod et Nelson (2000) ont comparé des programmes de lutte à la maltraitance proactifs et réactifs. Dans leur méta-analyse, ils rapportent des effets positifs de taille moyenne (entre 0,34 et 0,61) pour les programmes réactifs de préservation de la famille. Les chercheurs ont cependant observé que les effets positifs rapportés diminuaient dans le temps, comparativement aux effets des interventions proactives qui tendraient au contraire à se consolider. Plus récemment, une équipe de chercheurs s'est attardée à documenter les effets de programmes visant la prévention du placement ou la réunification familiale. En s'appuyant sur les données de leur étude, ils ont développé un argumentaire en faveur de la rentabilité de ces programmes qui, selon eux, permettent pour chaque dollar investi d'éviter des coûts de 3,01\$ liés au placement d'enfants en milieu substitut (Huebner, Robertson, Roberts, Brock et Geremia, 2012).

Il est difficile d'estimer dans quelle mesure les améliorations observées sont suffisantes pour assurer la sécurité et le développement des enfants dans leur milieu familial d'origine (Dagenais, Bégin, Bouchard, et Fortin, 2004). Les familles orientées vers des programmes psychosociaux de préservation de la famille sont typiquement des familles dont les enfants vivent des situations chroniques d'abus et de négligence, et dont les familles connaissent plusieurs épisodes de services par les instances de la protection de la jeunesse (Huebner, Robertson, Roberts, Brock, et Geremia, 2012). De plus,

l'évaluation qualitative de l'appréciation des parents à l'égard des services de ces services psychosociaux fait ressortir des résultats tout aussi mitigés. Certains parents apprécient le soutien reçu, tandis que d'autres se montrent plutôt insatisfaits (Mullins, Cheung, et Lietz, 2012). Il demeure donc impossible de statuer raisonnablement sur l'efficacité de telles interventions au sein des pratiques actuelles.

Puisque les programmes psychosociaux de préservation la famille prennent différentes formes et sont conçus de sorte à répondre à des problèmes variés présentés par une clientèle très hétérogène, Ryan et Schuerman (2004) estiment pour leur part qu'il est préférable de s'enquérir de l'adéquation entre les services offerts et les besoins des familles. Selon eux, une réponse adaptée aux besoins de la clientèle risque davantage de diminuer les mauvais traitements et de prévenir le placement des enfants. Puisque les familles desservies expriment un large éventail de besoins, la flexibilité de l'intervention est primordiale. Les chercheurs jugent que si une intervention est offerte, mais qu'elle ne constitue pas une réponse aux besoins réels des familles, peu importe l'intensité des interventions, le service ne pourra pas démontrer son efficacité. Les propos de ces chercheurs rejoignent ceux de Bagdasaryan (2005) qui pose la question suivante : au-delà de la question de l'efficacité relative des programmes, quel service est efficace auprès de quelle clientèle? Vraisemblablement, l'offre de service doit être adaptée en tenant compte de plusieurs paramètres. S'agit-il d'interventions qui poursuivent l'objectif de maintenir l'enfant dans sa famille d'origine ou d'interventions visant à faciliter le retour de l'enfant placé? L'enfant présente-t-il d'importants problèmes de comportement ou de santé mentale? Les parents sont-ils aux prises avec des problèmes financiers qui limitent considérablement leurs possibilités de répondre aux besoins de leurs enfants? Considérant les risques qu'implique le maintien de l'enfant dans un milieu familial inadéquat, le placement de l'enfant pourrait-il s'avérer tout simplement inévitable (Al *et al.*, 2012)?

Au Québec, les interventions psychosociales visant la préservation des familles sont typiquement offertes comme mesure de réadaptation par les centres jeunesse. Lorsque le signalement est retenu et que l'évaluation réalisée par les intervenants des centres jeunesse démontre que la situation de l'enfant dans sa famille compromet ou risque de compromettre sa sécurité ou son développement, le DPJ détermine quelles sont les mesures qui doivent être prises à partir d'une entente volontaire avec les parents ou à la suite d'une ordonnance du Tribunal de la Chambre de la jeunesse (MSSS, 2010).

L'intervenant responsable, appelé l'intervenant demandeur ou la personne autorisée, élabore un plan d'intervention, sollicitant la participation active des parents, du jeune et d'autres partenaires impliqués s'il y a lieu (centres de santé et des services sociaux et autres ressources de la communauté : école, police, centres hospitaliers, centres de la petite enfance, *etc.*). Des actions spécifiques en regard à la situation particulière de l'enfant dans sa famille doivent alors être mises en application. Ces mesures d'aide aux familles maltraitantes constituent les services réguliers des centres jeunesse.

Comme ils découlent d'un plan d'intervention spécifique pour chaque famille, les interventions sont de nature et d'intensité très variable, liée en partie au niveau de risque encouru par l'enfant dans sa famille. Les interventions sont généralement offertes dans le milieu familial et peuvent inclure ou non de l'aide concrète apportée aux familles (par exemple, aide pour le transport, aide financière ou alimentaire) (MSSS, 2010).

Les centres jeunesse ont aussi développé certains programmes psychosociaux ayant comme objectif la préservation de la famille, dont le programme *Ces années incroyables*, une intervention psychosociale décrite de manière plus détaillée précédemment. Ce programme unimodal conçu pour répondre aux besoins des familles dont le niveau de risque encouru par l'enfant du fait d'être maintenu dans son milieu familial est modéré ou afin de préparer le milieu à une réunification familiale.

Dans l'espoir d'offrir une réponse plus adaptée à une clientèle encore plus vulnérable que celle desservie par le programme *Ces années incroyables*, le CJM-IU a développé un programme multimodal visant également la préservation de la famille. Les données d'efficacité portant sur des programmes américains de préservation de la famille incitent à penser que c'est effectivement auprès des clientèles à haut risque, dont les besoins des familles et les risques pour l'enfant sont les plus importants, que les taux d'efficacité sont les moins élevés (Dore et Alexander, 1996). La mesure objective du risque de placement est cependant excessivement complexe (Thieman et Dall, 1992), ce qui rend difficile l'objectivation des retombées de ces programmes. De plus, le concept même de familles à haut risque est couramment assimilé, à tort ou à raison, à celui de risque de placement, de récurrence de mauvais traitements ou encore de risque pour l'enfant concernant sa sécurité ou son développement :

« La notion de risque pour l'enfant est trop souvent non précisée ou mal définie. Elle réfère typiquement à différents niveaux de gravité de la situation pour l'enfant tel qu'évalué par les intervenants sociaux en regard aux risques de compromission de sa sécurité et/ou de son développement à un point donné (risque faible ou léger, modéré, haut risque, très haut risque ou risque sévère). Les notions de risque de placement et de récurrence de mauvais traitements y sont aussi généralement étroitement reliées bien que ces phénomènes comportent probablement des facteurs distincts » (Young et Morin, 2000, p. 166).

Les programmes multimodaux se distinguent de ceux unimodaux, car ils comportent des interventions diversifiées pour répondre à des besoins tout aussi éparés. Les programmes de type multimodal permettent donc de multiplier les cibles de l'intervention (enfant, parent, dyade enfant-parent, enseignant, par exemple) et de diversifier les moyens d'intervention (intervention individuelle, de groupe, dans le milieu familial, dans la communauté, par exemple). La démonstration de la supériorité des programmes de type multimodal comparé aux programmes de type unimodal pour les clientèles à haut risque est probable, mais encore incertaine.

1.8 Le programme multimodal *Grandir ensemble*

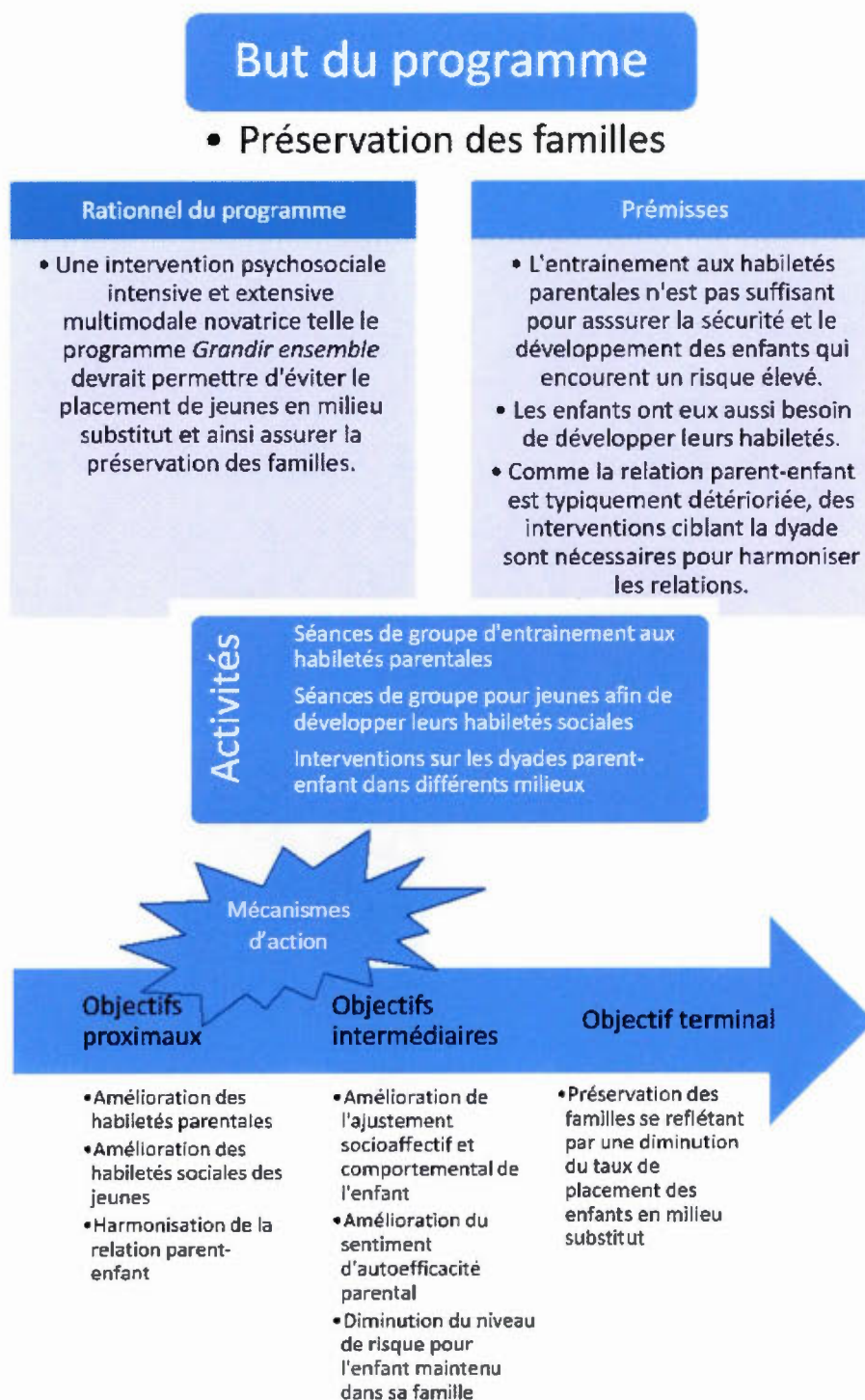
Grandir ensemble est un programme psychosocial multimodal de préservation de la famille spécialement conçu de manière à répondre aux besoins des familles desservies par le CJM-IU dont les niveaux de sévérité de la problématique sont les plus élevés (Young et Morin, 2010). Ce programme est le fruit d'une démarche de développement clinique des praticiens du CJM-IU. Ces derniers se sont concertés suivant le constat qu'il fallait développer un service particulier alternatif au placement, puisque les demandes de placement excédaient alors de manière importante l'offre d'hébergement.

À partir de leur connaissance de cette clientèle, les cliniciens (c'est-à-dire par exemple, les intervenants en réadaptation psychosociale, agents en relations humaines, éducateurs, techniciens en assistance sociale, spécialistes en activités cliniques, conseillers cliniques) ont dressé le portrait des familles dont les enfants étaient à risque de placement. Ils ont fait état de situations de parents présentant des difficultés personnelles, qui se montrent bien souvent dépassés par les comportements de leur enfant, envisageant même le placement de leur enfant dans certains cas. Les cliniciens reconnaissaient chez eux leur besoin de développer leurs habiletés parentales pour les soutenir dans leur rôle et affermir leur sentiment de compétence parentale. Ils faisaient remarquer que dans la majorité des cas, les parents nécessitaient un accompagnement plus soutenu pour parfaire leurs compétences, incluant des stratégies de *modeling* appliquées dans leur quotidien. Concernant les enfants, ceux-ci ont dans une large proportion des difficultés comportementales et de faibles habiletés sociales. Quant à la relation parent-enfant, celle-ci serait trop souvent détériorée. Pour l'ensemble de ces raisons, l'enfant présenterait un risque d'être exclu de sa famille.

Certaines orientations ont été dégagées par les cliniciens dans l'espoir de bonifier l'adéquation entre les services jusqu'alors offerts au CJM-IU et les besoins de ces familles (Young et Morin, 2010). Premièrement, l'entraînement aux habiletés parentales était une composante de l'intervention nécessaire, mais insuffisante. Deuxièmement, les besoins des jeunes de 6-11 ans se distinguent de ceux des enfants d'âge préscolaire et des adolescents et par conséquent, il serait nécessaire de développer une offre de service consacrée à ce groupe d'âge. Troisièmement, comme les enfants présentent typiquement des problèmes de comportement, ils doivent développer leurs habiletés sociales pour leur permettre d'être mieux adaptés dans leurs différents milieux de vie. Quatrièmement, puisque la relation parent-enfant est souffrante, des interventions ciblant la dyade devaient être intégrées au programme. Considérant de plus que plusieurs familles font face à des défis supplémentaires en raison d'une situation socioéconomique défavorable, il fallait envisager d'accorder un soutien concret aux familles.

Les intervenants ayant participé à l'élaboration de ce programme estimaient donc qu'en améliorant les pratiques parentales, les habiletés sociales des enfants et la relation parent-enfant (objectifs proximaux), le niveau de risque encouru par l'enfant du fait d'être maintenu dans sa famille devrait diminuer (objectif intermédiaire), ce qui devrait se refléter par des taux inférieurs de placement des enfants. Afin d'atteindre ces objectifs, le programme *Grandir ensemble* devait comporter des interventions diversifiées, intensives et extensives. C'est ainsi que ce programme multimodal porte sur plusieurs cibles d'interventions (parents, enfants, dyade) et qu'il prévoit différentes modalités d'interventions (groupe de parents, groupe d'enfants, activités combinées, interventions dans le milieu familial offertes par les intervenants demandeurs du programme *Grandir ensemble*). La figure à la page suivante (figure 1.9) le modèle logique du programme, c'est-à-dire qu'il illustre la théorie implicite concernant l'action du programme *Grandir ensemble*, tel que retenu suivant ce travail de développement clinique.

Figure 1.9. Modèle logique du programme *Grandir ensemble*



Comme le précise la figure 1.10 ci-bas, le programme *Grandir ensemble* se réalise en 23 semaines et offre une intensité d'interventions directes à la famille pouvant atteindre plus de 4 heures par semaine, selon les besoins singuliers de la clientèle.

Figure 1.10. Principales étapes du programme *Grandir ensemble*

Durée	Actions à poser
<i>En continu</i>	Référence
3 semaines	Grille d'observation Comité d'inscription
	Interventions auprès de la famille
3 semaines	Rencontre d'accueil à la maison
	Interventions auprès de la famille
6 semaines	Activités de groupe pour les enfants Activités de groupe pour les enfants et les parents Interventions auprès de la famille
	La concertation entre les intervenants de <i>Grandir ensemble</i> et l'intervenant psychosocial demandeur se fait tout au long de la programmation
1 semaine	Entrevue à la maison durant les activités de groupe
6 semaines	Mêmes activités que pendant les six premières semaines (interventions auprès de la famille et concertation entre intervenants)
3 semaines	Interventions auprès de la famille
1 semaine	Rencontre bilan

Source : Tiré de Young, S., et Morin, J. (2010). *Grandir ensemble : un programme d'interventions intensives et diversifiées de préservation de la famille*. Dans J. Boislard, M.-M. Cousineau, D. Lafortune, et C. Tremblay (dir.). *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficultés*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, p. 170.

Les trois premières semaines du programme sont consacrées au traitement de la demande faite par l'intervenant attribué au dossier de la famille (intervenant demandeur). Celui-ci doit parfaire sa connaissance des membres de la famille, octroyer les services usuels de réadaptation et remplir une grille d'observation qu'il soumettra au comité

d'inscription. Le comité d'inscription est formé d'intervenants animateurs du programme *Grandir ensemble* et du responsable du programme. Le comité accueille les intervenants demandeurs qui souhaitent soumettre des candidats pour une période d'échanges concernant les besoins des familles et afin de proposer des solutions. Une décision consensuelle est prise en ce qui a trait au statut de la demande (accepté, refusé, en attente). Lorsque la candidature de la famille est retenue par le comité d'inscription, l'intervenant demandeur travaille à la préparation et à la formulation d'un plan d'intervention spécifique pour la famille, parents et enfants. L'accent est mis sur la mobilisation des familles, bien que celles-ci participent de manière volontaire au programme. Les intervenants cherchent à augmenter leur motivation à l'égard de leur participation au programme, car la motivation serait une caractéristique faisant typiquement défaut auprès de cette population en situation de grande détresse (Dore et Alexander, 1996). C'est également à cette étape du programme que la question du transport et du gardiennage est abordée. Il est essentiel de s'assurer qu'en aucun cas le manque de ressources des familles n'empêche leur participation au programme (Young et Morin, 2010). Au besoin, des ententes sont convenues pour offrir du soutien concret aux familles (par exemple, assurer le transport, remboursement des frais de garde).

Ensuite, une première série d'activités de groupe sont programmées chaque semaine pendant 6 semaines. Ces séances sont d'au moins 90 minutes pour le groupe d'enfants et de parents. L'animation est assurée par une équipe d'intervenants du programme *Grandir ensemble*. Selon les objectifs hebdomadaires ciblés, parents et enfants sont regroupés soit pour une partie ou la totalité de la rencontre. Les principaux thèmes abordés sont les suivants : 1- la connaissance et l'estime de soi; 2- la communication; 3- la routine et les règles de vie; 4- l'expression des émotions; et 5- la résolution de conflits et la discipline (Young et Morin, 2010). Le programme ne prescrit pas de moyens particuliers pour couvrir l'ensemble de ces thèmes. Les intervenants doivent au contraire faire preuve de flexibilité et d'adaptation en choisissant des modalités

d'intervention qui tiennent compte des besoins et des intérêts des participants (par exemple, échanges de groupe, jeux coopératifs, arts, présentation de vidéos, etc.).

Après cette première série de six rencontres bihebdomadaires, les activités d'animation en groupe sont suspendues pour une semaine, afin de conduire un premier bilan de participation avec la famille. Les intervenants animateurs du programme *Grandir ensemble* et les intervenants demandeurs visitent alors conjointement les familles à leur domicile au cours de cette semaine. Cette rencontre se veut un moment privilégié pour faire le point et apporter les ajustements requis concernant l'évolution de la famille en fonction des objectifs fixés. S'en suit une deuxième série de 6 semaines d'intervention de groupe pour les parents et les enfants. Par ailleurs, les intervenants demandeurs visitent les familles à leur domicile dans le but de faciliter l'intégration des apprentissages développés tout au long de l'intervention, soit de la première à la 23^e semaine du programme *Grandir ensemble*.

En plus de viser l'intégration des nouveaux apprentissages dans le milieu familial, les dernières semaines du programme visent à affermir et consolider les acquis. Des efforts sont aussi déployés pour réseauter la famille dans sa communauté (par exemple, entourage de la famille, milieu scolaire, organismes communautaires, services de loisirs). Le tout, afin de favoriser le maintien des acquis malgré la fin des interventions à venir. Au cours de la 23^e semaine de programme, les intervenants complètent de nouveau la grille d'observation soumise au comité d'inscription et ils rencontrent la famille pour le bilan de fin d'intervention. Grâce aux grilles et au partage d'observations qui s'opère entre les intervenants et la famille, les progrès peuvent être mis en lumière de même que les besoins qui subsistent. Dépendamment du degré d'atteinte des objectifs, le plan d'intervention est révisé, les intervenants du programme *Grandir ensemble* se retirent et les interventions usuelles du CJM-IU se poursuivent par l'entremise de l'intervenant demandeur.

En somme, programme *Grandir ensemble* se distingue d'autres modalités d'intervention, car il intègre des caractéristiques de plusieurs types de programmes. L'intervention est d'une intensité élevée, comparable à celle consentie en intervention de crise. Les interventions ciblent plusieurs aspects du système familial (enfants, parents et dyades) comme le font les programmes multisystémiques (Henggeler, Melton, et Smith, 1992). Des interventions sont aussi livrées dans le milieu familial et de l'assistance concrète peut être apportée aux familles le nécessitant. L'originalité du programme repose également sur son caractère extensif (23 semaines). Pour ces raisons, le milieu d'intervention du CJM-IU suggère que le programme *Grandir ensemble* serait encore mieux adapté à la clientèle à haut risque que les services réguliers ou le programme unimodal *Ces années incroyables*. Toutefois, il est à considérer que le programme *Grandir ensemble* nécessite des investissements particulièrement importants, qu'il est offert aux familles les plus vulnérables et que ses effets n'ont pas été documentés.

Les méthodes quasi expérimentales sont indiquées pour mesurer les retombées d'un programme offert en contexte naturel et lorsque l'attribution aux groupes ne peut être laissée entre les mains du hasard (Henry, 2015). Tandis que les méthodes expérimentales portent sur la mesure des effets d'une intervention dont les conditions de mise en œuvre sont rigoureusement contrôlées et dont l'assignation des participants est randomisée, les méthodes quasi expérimentales permettent d'estimer la valeur réelle d'une intervention en toute conscience des irrégularités qu'une démarche de cette nature comporte. Les participants, qu'ils soient recrutés afin de constituer le groupe expérimental ou le groupe de comparaison, doivent être aussi semblables que possible. La sélection des participants est un enjeu crucial en ce qui a trait à ce genre de devis de recherche. Pour assurer la comparabilité des participants dans les deux groupes, la prise de mesure avant l'intervention est fort utile, car elle permet de prendre en considération des différences *a priori* entre les groupes, le cas échéant ou du moins, elles permettent de renseigner sur le degré de comparabilité des groupes. Mais pour que ce genre de

devis soit valable, il faut raisonnablement penser que les sujets des deux groupes, s'il n'y avait pas eu d'intervention particulière, devraient suivre des trajectoires similaires. Enfin, c'est sur la base de ces réflexions qu'un devis de recherche quasi expérimentale devrait s'organiser: 1) aucun groupe de comparaison n'est parfaitement équivalent au groupe expérimental, ce qui induit un biais de sélection parfaitement inévitable; 2) certains groupes de comparaison sont mieux constitués que d'autres et 3) puisque les décideurs disposent de ressources limitées pour les guider dans leurs choix, il vaut mieux faire preuve d'ingéniosité dans la composition du groupe de comparaison et 4) dans un monde imparfait, les évaluateurs doivent parfois se résoudre à choisir entre des conditions d'évaluation élémentaires ou aucune évaluation, puisque des conditions irréprochables sont rarement concrétisables (Henry, 2015).

C'est ainsi que l'approche réaliste en évaluation de programme serait mieux adaptée à la prise de décision fondée sur les preuves scientifiques et cela, d'autant plus concernant les politiques et programmes sociaux (Pawson, 2006). En toute considération des études expérimentales, il demeure que les conclusions finales quant à la valeur d'une intervention sociale ne sont que trop souvent diminuées, du fait d'un manque de validité écologique (Pawson, 2006). En fait, l'approche réaliste en évaluation de programme cherche à tirer profit des contraintes sur le plan des ressources et de la méthode pour se consacrer à apprécier l'impact d'une intervention dans les conditions où elles sont livrées (étude d'effectivité). Concrètement, au-delà de la question «l'intervention fonctionne-t-elle?», cette approche explore la question du « comment, pour qui et dans quelles circonstances? » (Robert et Ridde, 2013). Les résultats présentés concernent alors ce qu'il advient raisonnablement d'une intervention ou d'un programme plutôt que ce qui en résulte hors de tout doute raisonnable. Dans la pratique, ces démarches contribuent à donner certains éléments de réponse pour comprendre pourquoi une intervention produit un effet particulier, de même que quelles sont les variables clés liées au contexte, aux caractéristiques des participants et aux mécanismes d'action du programme (Robert et Ridde, 2013).

1.9 Objectifs de recherche

L'objectif général de l'étude concerne l'évaluation du programme *Grandir ensemble*, un programme multimodal offert aux familles prises en charge par le CJM-IU dont l'enfant est identifié comme étant à risque de placement en milieu substitut. Il s'agit donc d'estimer les effets du programme tel qu'il est offert dans la pratique au sein de l'organisation sur les principales cibles de l'intervention. Pour y parvenir, un groupe de familles ayant bénéficié du programme *Grandir ensemble* est comparé à un autre groupe, un échantillon de convenance, formé lui aussi d'utilisateurs du CJM-IU. Ceci, dans le but de limiter les obstacles à la validité, notamment les effets de maturation et de régression vers la moyenne avec le passage du temps.

Les objectifs spécifiques de ce premier volet sont : 1- comparer les effets du programme *Grandir ensemble* à ceux mesurés auprès du groupe de comparaison (variable indépendante) concernant les variables suivantes : les habiletés sociales de l'enfant, la qualité de la relation parent-enfant et les pratiques parentales telles que perçues par les parents (variables dépendantes); 2- décrire l'évolution des participants avant et après leur participation au programme *Grandir ensemble* sur les variables suivantes : les difficultés de comportements de l'enfant selon le parent, le sentiment d'autoefficacité parental et le niveau de risque encouru par l'enfant du fait d'être maintenu dans sa famille d'après l'intervenant familial au dossier (variables dépendantes). Il est attendu que le groupe composé de familles ayant bénéficié du programme *Grandir ensemble* se démarque du groupe de comparaison par un effet d'interaction par l'amélioration des habiletés sociales de l'enfant, de la relation parent-enfant et des pratiques parentales. De même, l'efficacité du programme *Grandir ensemble* devrait se refléter par une diminution des problèmes de comportement de l'enfant, une diminution du

niveau de risque encouru par l'enfant du fait d'être maintenu dans sa famille et par une augmentation du sentiment d'autoefficacité des parents (variables dépendantes).

Considérant d'une part, les effets délétères de la maltraitance sur le développement des enfants et d'autre part, que les variables liées au développement de l'enfant sont susceptibles de moduler la réponse à l'intervention (Jaudes et Mackey-Bilaver, 2008), il est apparu important de dresser le portrait du développement des enfants orientés vers le programme *Grandir ensemble*. Le deuxième volet de la présente étude vise par conséquent à décrire le développement cognitif et l'ajustement socioaffectif des enfants bénéficiaires du programme *Grandir ensemble*. Les objectifs spécifiques de ce deuxième volet sont : 1- décrire les dimensions suivantes du développement cognitif des enfants: le fonctionnement intellectuel, la mémoire de travail, l'attention visuelle, l'attention auditive et les fonctions exécutives (variables dépendantes); 2- décrire les dimensions suivantes de l'ajustement socioaffectif des enfants : les problèmes de comportement internalisés, externalisés, de même le score global de problèmes de comportement (variables dépendantes). Compte tenu de la clientèle desservie, l'hypothèse émise conçoit que les enfants orientés vers le programme *Grandir ensemble* présentent davantage de problèmes sur le plan de leur développement cognitif et de leur ajustement socioaffectif que ce que l'on retrouve dans la population générale.

Le devis de recherche est quasi expérimental de type prétest posttest avec groupe de comparaison équivalent sans assignation aléatoire. Pour un bon nombre de variables, les données n'ont pas pu être recueillies auprès d'un échantillon comparable au groupe expérimental. Le cas échéant, les résultats concernent l'évolution des familles du programme *Grandir ensemble* avant et après leur participation à l'intervention. Enfin, il s'agit d'une étude dite d'effectivité dans la mesure où comme le veut l'approche réaliste en évaluation de programme, en dépit des contraintes sur le plan de la faisabilité, la présente entend explorer les effets de l'intervention sur les principales cibles du programme en toute conscience des limites que cela représente. Ainsi, la

qualité de l'implantation n'est pas prise en compte dans l'interprétation des résultats *a posteriori*, mais plutôt *a priori* acceptable puisqu'elle reflète les conditions réelles de pratique et de mises en œuvre du programme au CJM-IU.

CHAPITRE II

MÉTHODE

2.1 Participants

Les critères d'inclusion et d'exclusion qui ont été retenus pour la sélection des participants qui constituent l'échantillon total (n max. = 67) comprenaient des critères propres à l'étude, auxquels se sont ajoutés les critères d'exclusion du programme expérimental *Grandir ensemble*. Les critères d'inclusions ont donc été les suivants:

- 1- la famille est identifiée à risque de placement (modéré, élevé ou très élevé) par le CJM-IU à l'aide de leurs procédures régulières d'évaluation;
- 2- l'enfant est âgé entre 6 et 11 ans;
- 3- l'enfant demeure dans sa famille naturelle.

Quant aux critères d'exclusions retenus, ils concernaient les situations suivantes:

- 1- dans le passé, la famille a déjà participé au programme *Grandir ensemble*;
- 2- le parent ou l'enfant a une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (trouble dans le spectre de l'autisme);
- 3- le parent a un problème de toxicomanie ou de santé mentale important et non contrôlé (critère d'exclusion du programme *Grandir ensemble*);

- 4- la situation de l'enfant est prise en charge pour un motif principal d'abus sexuel (critère d'exclusion du programme *Grandir ensemble*).

Le groupe expérimental (n max. = 35) a été formé de familles bénéficiant du programme *Grandir ensemble*, dont 40 enfants (21 filles et 19 garçons) issus de 35 différentes familles. Le groupe de comparaison (n max. = 32) est un échantillon qui a été composé de familles recevant d'autres services du CJM-IU, lequel offre diverses interventions psychosociales visant la préservation des familles par le biais des services réguliers ou d'autres programmations, tels que le programme *Ces années incroyables*. Il n'y a pas eu d'assignation aléatoire aux groupes. Le groupe de comparaison est un échantillon de convenance. Il n'y avait pas de liste d'attente pour le service *Grandir ensemble* au moment où se déroulait la collecte de données. Les chercheurs n'ont pas été impliqués dans le processus d'orientation des familles aux diverses modalités d'intervention offertes au CJM-IU. Les données colligées permettent de clarifier que bien que les deux groupes sollicités sont comparables quant à leur revenu familial (tableau 2.1) et l'âge de l'enfant (tableau 2.2), certaines différences subsistent. Les tableaux suivants apportent des précisions quant aux caractéristiques sociodémographiques des familles de l'étude.

Tableau 2.1

Nombre de familles sous le seuil et au-dessus du seuil de la pauvreté pour le groupe de familles inscrites au programme *Grandir ensemble* et le groupe de comparaison au début de leur participation à l'étude

Mesure	GE		GC		Interprétation
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Sous le seuil de la pauvreté	27	79,4%	26	81,3%	§ Pas de différence entre les groupes concernant le revenu familial en fonction du seuil de la pauvreté : $p = 0,85$
Au-dessus du seuil de la pauvreté	7	20,6%	6	18,7%	
Total :	34	100%	32	100%	

$$\chi^2(1, 66) = 0,35, p = 0,85$$

Tableau 2.2

Moyennes d'âge (en mois) pour le groupe d'enfants issus du programme *Grandir ensemble* et ceux du groupe de comparaison au début de leur participation à l'étude

Mesure	GE <u>M</u> (É-T)	GC <u>M</u> (É-T)	dl	t	Interprétation
Moyenne d'âge en mois	111,11 (20,93)	105,50 (28,12)	70	1,03	§ Différence des moyennes d'âge des enfants non significative $p = 0,31$

* $p \leq 0,05$

† $p < 0,10$, mais $> 0,05$

§ $p =$ non significatif

Tableau 2.3

Configurations familiales au sein du groupe expérimental *Grandir ensemble* et pour le groupe de comparaison au début de leur participation à l'étude

Mesure	GE		GC		Interprétation
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Biparentale et reconstituée	11	32,4%	18	46,2%	* Différence significative entre les groupes concernant la configuration familiale $p < 0,00$
Monoparentale	23*	67,6%*	8*	20,5%*	
Au moins un enfant de la famille est placé en milieu substitut	0*	0%*	13*	33,3%*	
Total :	34	100%	39	100%	

$\chi^2(1, 73) = 21,71$, où $p < 0,001$

Tableau 2.4

Scolarité des mères des familles du groupe expérimental *Grandir ensemble* et du groupe de comparaison au début de leur participation à l'étude

Mesure	GE		GC		Interprétation
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
(Primaire)	5	15,6%	0	0%	* Différence significative entre les groupes concernant la scolarité de la mère où $p < 0,001$
(Secondaire)	23	71,9%	8	30,8%	
Pas d'études post secondaires	28*	87,5%*	8*	30,8%*	
(Collégial)	1	3,1%	7	26,9%	
(Universitaire)	3	9,3%	11	42,3%	
Études post secondaires	4*	12,5%*	18*	69,2%*	
Total :	32	100%	26	100%	

* $p \leq 0,05$

† $p < 0,10$, mais $> 0,05$

§ $p =$ non significatif

Comme le montre le tableau 2.3 à la page précédente, les configurations familiales des deux groupes à l'étude se distinguent: près de 7 familles sur 10 (68%) du groupe du programme *Grandir ensemble* sont chapeautées par un parent seul sans autre conjoint. La situation s'avère inverse au sein du groupe de comparaison où près de 70% des familles sont biparentales, qu'il s'agisse de familles traditionnelles intactes ou de familles reconstituées. La différence la plus flagrante concerne le fait que dans le groupe expérimental, aucune famille n'a d'enfant placé, alors que 50% des familles du groupe de comparaison ont au moins un enfant placé en milieu substitut. Il faut comprendre à ce propos que cette différence s'explique par le fait que pour être admissibles au programme *Grandir ensemble*, les enfants devaient résider chez leurs

parents. Cette condition n'était pas aussi clairement énoncée dans les procédures de recrutement des familles composant le groupe de comparaison. Aussi, les mères du groupe du programme *Grandir ensemble* sont moins scolarisées que le sont celles du groupe de comparaison (tableau 2.4). La majorité des mères du groupe expérimental ont fréquenté l'école secondaire, mais elles n'ont pas poursuivi leurs études. Tandis que dans le groupe de comparaison, c'est plus de la moitié des mères qui ont fréquenté un programme d'étude collégiale ou universitaire.

2.2 Déroulement et procédures

L'équipe de recherche de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et celle de l'équipe de la professeure Sylvie Normandeau de l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal (UdeM) ont convenu d'une entente de collaboration concernant le recrutement des participants et la coordination du projet. L'équipe de l'UQAM a assuré le recrutement et la coordination des opérations impliquant la participation des usagers inscrits au programme *Grandir ensemble* pour la collecte des données concernant les effets du programme et pour la prise de mesures cognitives. L'équipe de l'UdeM a quant à elle contribué au recrutement et à la coordination des opérations auprès des usagers formant le groupe de comparaison. Les deux équipes de recherche ont ensuite partagé les données recueillies à des fins de recherche et de publication. Dès l'automne 2007, des rencontres ont été organisées entre les cliniciens et gestionnaires du CJM-IU et l'équipe de recherche, afin de s'entendre sur les modalités d'évaluation du programme *Grandir ensemble*. Il y avait un fort intérêt de la part du CJM-IU de connaître les effets de cette intervention novatrice auprès des

familles particulièrement vulnérables visées par le programme. À l'automne 2008, une fois que les procédures ont été clarifiées et qu'elles ont été soumises avec succès au comité d'éthique de la recherche du CJM-IU, une rencontre entre les intervenants animateurs du programme *Grandir ensemble* et l'équipe de recherche a eu lieu afin d'informer les intervenants et leur permettre de se familiariser avec les objectifs de l'étude tels qu'ils ont été présentés aux parents. Un document résumant les informations communiquées a été envoyé à chacun par courriel (Annexe A).

Avant le début des rencontres de groupe, les intervenants demandeurs devaient informer les parents inscrits au programme *Grandir ensemble* qu'une recherche était en cours et qu'en raison de leur participation au programme, ceux-ci allaient recevoir un appel téléphonique de la coordonnatrice qui allait solliciter leur participation sur une base volontaire. Au début des rencontres de groupe, la coordonnatrice a joint par téléphone les familles inscrites au programme pour leur présenter brièvement les objectifs de l'étude et planifier une rencontre au domicile de la famille. Cette rencontre effectuée par un assistant de recherche avait pour but de présenter aux parents le formulaire d'information et de consentement, répondre à leurs questions et le cas échéant, leur faire signer le formulaire de consentement (Annexe B). Après avoir reçu les formulaires de consentement dûment signés, un code a été assigné à chacune des familles participantes par la coordonnatrice.

Il avait été convenu de recruter des participants jusqu'à l'obtention du nombre recherché de participants par groupe (45 familles) de manière à obtenir une puissance statistique $(1 - \beta)$ satisfaisante de 0,83 pour détecter un effet de taille moyenne ($d = 0,5$) à un seuil de signification (p) conventionnel de 0,05 pour un test de différence bilatéral ou une puissance de 0,68 pour détecter un effet de petite taille ($d = 0,3$) en conservant le même seuil de signification et le même nombre de participants. Cependant, en raison de difficultés de recrutement, plus spécialement pour former le

groupe de comparaison, il a été résolu de cesser le recrutement en 2012 après quatre années d'expérimentation.

En effet, il s'est avéré particulièrement difficile de recruter des familles dont, d'une part, le niveau de risque encouru par l'enfant pour sa sécurité ou son développement du fait d'être maintenu dans sa famille d'origine était jugé élevé ou très élevé, et d'autre part, qui ne recevait pas le service *a priori* indiqué pour cette clientèle du CJM-IU, soit le programme *Grandir ensemble*. Au nombre des embûches, notons que bien que le CJM-IU soit doté d'une mission universitaire, il demeure des défis de collaboration entre les milieux de pratique et de recherche. Dans le cas particulier de la présente étude, comme il n'existe pas de banque de données institutionnelles permettant de cerner spécialement les familles dont l'enfant est à haut risque de placement, il fallait pouvoir compter sur les intervenants pour recruter des participants. D'une part, plusieurs intervenants étaient inconfortables avec ce mandat qui consistait à faire une première approche auprès des familles dont l'enfant était à risque de placement afin d'obtenir leur autorisation pour que l'équipe de recherche les joigne par téléphone pour leur présenter le projet. Les intervenants ont fait part de certaines de leurs craintes à la coordonnatrice de recherche indiquant que de solliciter eux-mêmes les familles puisse nuire à leur relation avec les parents. Dans d'autres cas, les intervenants estimaient qu'il était inutile de tenter de recruter certaines familles, car les parents étaient trop méfiants ou instables pour s'investir dans une démarche avec une équipe de recherche. Lorsque ces premiers obstacles étaient surmontés et que l'équipe de recherche avait l'occasion de discuter avec les familles ciblées, il était plus difficile d'obtenir l'accord des parents ciblés pour constituer le groupe de comparaison que pour ceux du groupe expérimental. À cet effet, le fait que les enfants du groupe expérimental puissent participer à une séance d'évaluation cognitive lors d'une des rencontres de groupe d'enfants semble avoir contribué à un meilleur taux de réponse. Les parents du groupe expérimental s'estimaient chanceux que leur enfant puisse rencontrer un professionnel et faire certains examens neuropsychologiques. Enfin, dans les deux groupes, il était

régulièrement difficile de joindre les familles, car les coordonnées des parents étaient rapidement désuètes. De même, plusieurs rencontres fixées avec les parents pour la collecte de données ont donné lieu à des rendez-vous manqués. Dans bien des cas et pour différents motifs, les rencontres n'ont pas été remises. Ainsi, *a posteriori*, le nombre de participants recrutés pour former les deux groupes permet d'atteindre une puissance statistique $(1 - \beta)$ de 0,78 pour la détection des effets de moyenne taille ($d = 0,5$) à partir d'un test de différence bilatéral et en utilisant un seuil de signification conventionnel et de 0,64 pour les effets de plus petite taille ($d = 0,3$).

C'est une équipe d'environ dix psychotechniciens, tous étudiants au doctorat en psychologie ou psychologues, formée aux questions éthiques et détenant les compétences requises pour l'administration de tests qui a procédé à l'évaluation des fonctions cognitives des enfants. Ces évaluations ont impliqué une rencontre individuelle avec chaque enfant, d'une durée maximale de deux heures. L'évaluation du fonctionnement cognitif comportait plusieurs activités de courtes durées (5 à 10 minutes chacune). Les évaluations ont eu lieu en dehors des heures de cours et se déroulaient dans des locaux mis à la disposition des chercheurs par le CJM-IU. Une seule séance a été requise pour l'évaluation du fonctionnement cognitif des enfants.

En début de programme (T1) et en fin de programme (T2), soit dans les quatre semaines suivant la fin des rencontres de groupe, les intervenants demandeurs ont rempli un questionnaire d'évaluation et de réévaluation du niveau de risque de l'enfant maintenu dans sa famille. De la même manière, en début (T1) et en fin de programme (T2), soit dans les quatre semaines suivant la fin des rencontres de groupe, des assistants de recherche ont accompagné les parents pour remplir les questionnaires (environ 2 heures pour chaque passation).

2.3 Instruments de mesure

Les critères ayant mené au choix des instruments de mesure sont: 1) les qualités métrologiques de l'instrument original ou de sa traduction sont satisfaisantes; 2) il mesure avec sensibilité la dimension ciblée (capacité discriminante); 3) son temps de passation requis n'est pas trop contraignant; 4) son contenu peut être formulé en français de manière à être bien compris; 5) il donne une image précise des forces et des faiblesses des dimensions évaluées et non pas la seule identification ou classification de dysfonctions ou désordres; 6) il est largement utilisé en recherche, fournissant des possibilités de comparaison avec d'autres études; 7) il est aussi utilisé en recherche au Québec ou dans d'autres pays francophones.

2.3.1 Séance d'évaluation cognitive avec l'enfant

Pour l'évaluation du développement cognitif des enfants bénéficiaires du programme *Grandir ensemble*, des tests standardisés ont été passés une seule fois comme mesure de l'intelligence, de l'attention et du fonctionnement exécutif.

Le fonctionnement intellectuel a été mesuré à l'aide de la version francophone et des normes québécoises de l'Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants (WISC-IV, 2005) (environ 1 heure 15 minutes). Ce test fournit un score de fonctionnement intellectuel global tout en permettant d'obtenir des scores pondérés pour la compréhension verbale, le raisonnement perceptif, la mémoire de travail et la vitesse

de traitement de l'information. Le coefficient de consistance interne du WISC-IV est très élevé (0,96) (Wechsler, 2005), ce qui en fait un instrument psychométrique de premier ordre.

Deux sous-tests du *Test d'Évaluation de l'Attention Chez l'Enfant* (TEA-Ch), version française (15 minutes) ont été administrés. La tâche *Recherche dans le ciel* sollicite l'attention visuelle sélective. Elle tient compte de la rapidité et de la précision avec lesquelles un enfant peut parcourir visuellement un ensemble de stimuli, localiser et encercler des stimuli cibles malgré la présence de distracteurs. Le coefficient de cohérence interne à ce sous-test est élevé (0,90) (Manly *et al.*, 2001). Le sous-test *Coups de fusils* est une tâche d'attention auditive soutenue. L'enfant doit compter mentalement le nombre de stimuli entendus sans décrocher de la tâche, bien que celle-ci soit peu stimulante. Le coefficient de cohérence interne est acceptable (0,64) (Manly *et al.*, 2001). Les normes australiennes ont été utilisées à des fins d'interprétation.

Pour mesurer les habiletés des enfants à l'égard de leur fonctionnement exécutif, le choix des tests s'est fait en fonction de l'âge des enfants. Pour les enfants de 8 à 11 ans, deux sous-tests du *Delis-Kaplan Executive Function Scale* (D-Kefs) ont été passés : *Interférence couleur-mot* et *Tour* (Delis, Kaplan, et Kramer, 2001). Très fortement inspirée de la tâche classique *Stroop* (1935), *Interférence couleur-mot* offre une mesure d'inhibition (contrôle de l'interférence) où l'enfant doit inhiber sa capacité automatique à lire des mots pour nommer la couleur de l'encre avec laquelle le mot est écrit. Les indices de fidélité et de cohérence interne sont adéquats (0,70-0,79) pour ce sous-test (Delis, Kaplan, et Kramer, 2001). Le sous-test *Tour* de la même batterie implique les habiletés d'anticipation et de planification dans le but de résoudre des problèmes. L'enfant doit déplacer des disques sur des tiges de bois de manière à former des tours conformes aux modèles présentés, et ce, le plus efficacement possible. L'indice de fidélité test-retest est faible ($\leq 0,59$) et l'indice de cohérence interne est acceptable (0,60-0,69) (Delis, Kaplan, et Kramer, 2001). Pour les enfants âgés de 6 ou 7 ans, chez

qui l'automatisation de la lecture n'est pas encore acquise, le choix de l'instrument de mesure pour l'inhibition s'est arrêté sur la tâche *Attention expressive* tirée de la *Cognitive Assessment System* (CAS; Naglieri et Das, 1997). L'enfant doit rapidement et efficacement dire si les animaux sont gros ou petits dans la vie sans tenir compte de la taille de l'image représentant l'animal. La cohérence interne est élevée (0,80-0,89) et la fidélité test re test est acceptable (0,60-0,69) auprès du groupe d'âge (5-7 ans) visé par l'étude (Strauss, Sherman, et Spreen, 2006). Enfin, c'est l'épreuve de la *Tour* du Bilan neuropsychologique de l'enfant (NEPSY) qui a permis d'estimer les capacités d'anticipation et de planification des enfants les plus jeunes. Ceux-ci devaient déplacer trois boules colorées sur trois tiges suivant un nombre de déplacements spécifié. La cohérence interne de cette épreuve est élevée (0,80-0,89), mais la fidélité par test-retest est très variable selon le groupe d'âge (0,49-0,75) (Korkman, Kirk et Kemp, 1998), si bien que certains auteurs ont qualifié de faible l'indice de fidélité test-retest (Strauss, Sherman, et Spreen, 2006).

2.3.2 Questionnaires remplis par les parents

Les variables sociodémographiques ont été documentées à une occasion seulement à l'aide d'un questionnaire maison (Annexe C) conçu à l'attention des parents (environ 10 minutes). Des renseignements ont été colligés concernant l'enfant et la famille : âge, scolarité, occupation, revenu familial, structure familiale, résidence familiale. Mis à part le questionnaire sociodémographique, les questionnaires d'évaluation ont été remplis deux fois par les parents au cours de l'étude : au début (T1) et en fin de programme (T2) à un intervalle de 23 à 26 semaines.

L'ajustement socioaffectif de l'enfant est estimé à partir de l'inventaire des comportements du *Système d'évaluation empirique Achenbach* (ASEBA) (Achenbach, 2001; version française) rempli par le parent (15 minutes). Ce questionnaire permet de détecter divers problèmes de développement et de comportement aux sous-échelles suivantes : anxiété/déprime, retrait/déprime, plaintes somatiques, problèmes sociaux, problèmes cognitifs, problèmes d'attention, non-respect des règles et comportement agressif. Il comporte 113 items sur une échelle 0-2 indiquant la présence et la sévérité des problèmes. Le coefficient de consistance interne est élevé (0,87). Cet outil permet de dégager trois scores principaux: les problèmes internalisés, externalisés et un score global pour les problèmes totaux sur le plan de l'ajustement socioaffectif.

Les habiletés sociales de l'enfant ont été mesurées à l'aide de la version traduite en français de l'échelle d'habiletés sociales du questionnaire *Social Skills Rating Scale* (Gresham et Elliott, 1990). Cette échelle est conçue pour les parents d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire (10 minutes). Elle comprend 38 items et permet de situer l'enfant en regard des sous-échelles suivantes : la responsabilisation, l'autocontrôle, la coopération et l'affirmation de soi. Il permet aussi d'obtenir un aperçu général des habiletés sociales de l'enfant par le biais d'un score total. Les mesures effectuées avec l'instrument original démontrent une fidélité test-retest (0,85 à 0,93) satisfaisante, de même qu'une consistance interne et une validité de convergence adéquate (Gresham et Elliott, 1990). Une étude suggère que la version québécoise possède la même structure factorielle, de même que les mêmes qualités de validité et de fidélité que la version américaine (Fortin *et al.*, 2001).

Le questionnaire sondant les pratiques parentales élaboré par Webster-Stratton et Hammond (1998) et traduit en version française par l'équipe de Dre Sylvie Normandeau de l'Université de Montréal a été utilisé comme mesure des compétences parentales (15 minutes). Ce questionnaire de 80 items rempli par les parents comprend ces 7 sous-échelles d'intérêt: discipline punitive et inconstante, punition physique,

discipline verbale positive, félicitations et récompenses, discipline appropriée, clarté des attentes et supervision. Les coefficients de cohérence interne de la version originale varient selon l'échelle entre 0,54 et 0,82 (Webster-Stratton et Hammond, 1998).

Pour mesurer le sentiment d'autoefficacité parental, il a été convenu de recourir au même instrument que celui utilisé par l'équipe de Dre Normandeau mentionnée précédemment (moins de 5 minutes). Le questionnaire est composé de certains items du questionnaire de Dumka et ses collaborateurs (1996), le *Parenting Self-Agency Measure*, dont le coefficient de cohérence interne est de 0,70, auxquels ont été ajoutés certains items du *Maternal Confidence in Toddlerhood*. Le coefficient de cohérence interne de ce questionnaire est de 0,95 et s'avère particulièrement élevé (Gross et Rocissano, 1988). Au total, l'instrument comporte 19 items pour lesquels le parent indique son niveau d'accord sur une échelle de type Likert allant de fortement d'accord (1) à fortement en désaccord (5). La moyenne des scores aux items est retenue à des fins interprétatives : plus le score est élevé, plus la confiance du parent est faible.

La relation parent-enfant est évaluée à partir d'items de l'Échelle d'attitude des figures parentales, version développée par Comeau et Boisvert (1985) et tirée de l'*Index of Parental Attitude* (Hudson, 1982). Il s'agit d'un questionnaire de 25 items de type Likert en cinq points allant de «Rarement ou jamais» à «La plupart du temps ou toujours», qui sert à évaluer la qualité de la relation parent-enfant (5 minutes). Une cote égale ou supérieure à 30 indique que le parent perçoit sa relation avec son enfant comme passablement détériorée. Les données de validation de l'instrument original montrent que l'indice de cohérence interne se situe à 0,90 et que l'indice de validité discriminante est de 0,88 (Hudson, 1982), ce qui en ferait un instrument à la fois fiable et doté d'une bonne capacité discriminante.

2.3.3 Questionnaires remplis par les intervenants

En début de programme, les intervenants ont rempli la version française du Ontario Family Risk Assessment (Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2007), un questionnaire adapté du *California Family Risk Assessment* (Wagner et Johnson, 2006). Ce court questionnaire est largement utilisé dans les services de protection de l'enfance en Amérique du Nord comme mesure des risques encourus par l'enfant sur le plan de sa sécurité et de son développement du fait d'être maintenu dans sa famille. L'instrument offrirait de bons indices de validité et s'avèrerait utile pour prédire la récurrence d'épisodes de maltraitance, ainsi que pour déterminer l'intensité de services requise par la famille (Johnson, 2011; Lee *et al.*, 2014). Il comprend 25 items et permet l'obtention de deux scores distincts, dont l'un représentant le niveau de risque de négligence et l'autre ciblant les risques d'abus. Le score total est obtenu par l'addition des deux scores et permet de qualifier le risque, selon quatre niveaux: faible, modéré, élevé ou très élevé. Cependant, avant que soit retenu comme tel le niveau de risque, l'intervenant doit vérifier si certaines situations particulières s'appliquent à la situation de l'enfant dans la famille. Si l'intervenant répond «oui» à l'une ou l'autre de ces «Conditions qui prévalent », le score correspond automatiquement à un risque très élevé. Par exemple, si l'enfant victime d'abus sexuel réside avec la personne qui l'a agressé, le risque est évidemment considéré comme très élevé. À la fin du questionnaire, une section titrée «Avis discrétionnaire» donne l'occasion à l'intervenant de signifier si son évaluation correspond bel et bien au score obtenu en remplissant le questionnaire. Si les évaluations ne correspondent pas, l'intervenant doit attribuer un nouveau score à la famille et justifier cette décision. Au deuxième temps de mesure et pour réévaluer le risque encouru par l'enfant du fait d'être maintenu dans sa famille, la version franco-ontarienne du *California Family Risk Reassessment for In-Home Cases* a été retenue (Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2007).

CHAPITRE III

RÉSULTATS

Le présent chapitre documente l'issue de cette démarche évaluative en lien avec les deux principaux volets de l'étude. Rappelons que le premier volet vise à décrire les effets du programme *Grandir ensemble* offert au CJM-IU. Le second volet s'attarde à la description du développement des enfants du groupe expérimental afin de mieux connaître la clientèle desservie par ce nouveau programme. Avant de présenter les résultats, fruits de la démarche, le plan d'analyse des données sera précisé, de même que les analyses préliminaires opérées afin de s'assurer de la normalité de la distribution de chacune des variables.

3.1 Plan d'analyse des données

Concernant le premier volet de l'étude, de manière à vérifier l'évolution des participants de l'étude entre le début (T1) et la fin de l'intervention (T2) selon le type de services reçus, des analyses de variance à mesures répétées (2 groupes X 2 temps de mesure) ont été effectuées sur les variables dépendantes suivantes: les pratiques parentales, les habiletés sociales de l'enfant et la qualité de la relation parent-enfant.

Pour ces variables, les données ont été recueillies auprès des familles du groupe expérimental ($n \text{ max.} = 35$) et celles du groupe de comparaison ($n \text{ max.} = 32$), avant et après l'intervention.

Pour les autres variables dépendantes colligées avant et après l'intervention, mais uniquement auprès des familles du groupe expérimental, c'est-à-dire les variables continues estimant les difficultés de comportement de l'enfant et le sentiment d'auto efficacité des parents, des tests de différences pour échantillons de valeurs appariés ont été réalisés pour rendre compte de la réponse des participants à l'intervention expérimentale. Quant à la variable mesurant le niveau de risque encouru par l'enfant sur les plans de sa sécurité et de son développement, les données colligées ont préalablement été réorganisées de manière à obtenir une variable dichotomique. Les niveaux « léger » et « modéré » ont été regroupés pour former la catégorie « faible risque », tandis que les niveaux « élevé » et « très élevé » ont été fusionnés pour former la catégorie « haut risque ». Ensuite, un tableau de contingence entre les deux temps de mesure a été dressé, ce qui a permis de clarifier l'évolution de la situation du groupe d'enfants avant et après leur participation au programme *Grandir ensemble*. Il a ensuite s'agit de vérifier si les proportions de jeunes à faible et à haut risque avaient évolué significativement entre les deux temps de mesure à l'aide d'un test non paramétrique pour petits échantillons de type Mc Nemar.

En ce qui concerne le deuxième volet de l'étude, dans un premier temps, de simples analyses descriptives (moyennes et écarts-types) ont été utilisées pour dresser le portrait du développement des enfants ayant bénéficié de l'intervention expérimentale ($n \text{ max.} = 40$). Dans un deuxième temps, les résultats moyens du groupe d'enfants inscrits au programme *Grandir ensemble* aux différentes mesures cognitives ont été comparés aux normes des tests utilisés en fonction de l'âge de l'enfant et lorsque cela est possible, en fonction du sexe de l'enfant. Il s'agit donc d'apprécier les performances des enfants du groupe expérimental aux tests cognitifs en fonction des normes et

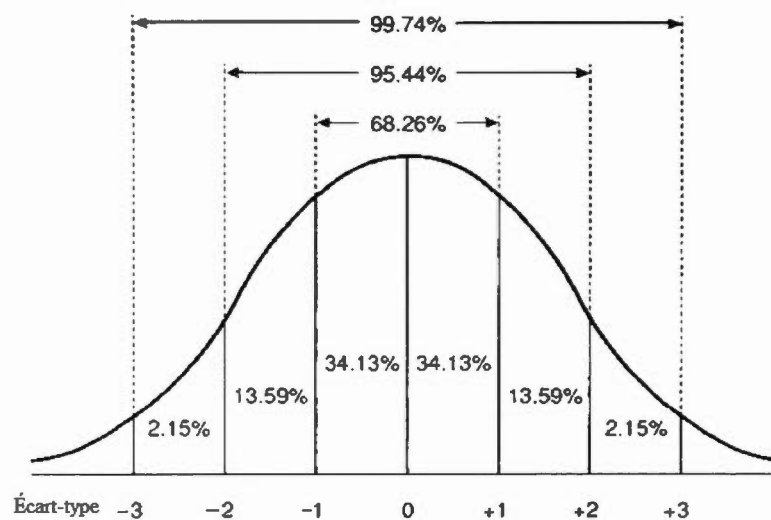
ensuite, de vérifier par le biais d'un test de Student, si les différences mesurées sont suffisamment importantes pour conclure que les enfants du groupe expérimental se distinguent significativement de la population générale.

Au sujet du développement cognitif de ces jeunes, les variables suivantes sont examinées : le fonctionnement intellectuel, incluant les indices de compréhension verbale, de raisonnement perceptif, de mémoire de travail et de vitesse de traitement de l'information, les habiletés d'attention visuelle, d'attention auditive et deux fonctions exécutives, soit l'inhibition et les capacités de planification dans une tâche de résolution de problèmes. En corolaire, les variables suivantes du développement socioaffectif des enfants sont analysées: leurs problèmes de comportement internalisés (par exemple, problèmes liés à une humeur déprimée, présence d'anxiété, fonctionnement social altéré, présence de plaintes somatiques), externalisés (par exemple, comportement agressif, désobéissance), de même que leurs problèmes de comportement totaux (incluant les problèmes internalisés, externalisés et autres problèmes tels que des difficultés alimentaires, de sommeil, de poids, *etc.*).

Les résultats aux tests cognitifs égaux ou inférieurs à deux écarts-types sous la moyenne sont exprimés en termes de déficits, car ils correspondent à un rendement significativement inférieur à la moyenne. Les résultats se situant entre 1 et 2 écarts-types sous la moyenne sont qualifiés de limite, puisqu'il s'agit de performances inférieures à la moyenne. Enfin, les résultats compris entre 1 écart-type sous la moyenne et 1 écart-type au-dessus de la moyenne sont dits moyens et correspondent à un rendement conforme aux normes attendues en fonction de l'âge de l'enfant. De la même façon, les résultats au questionnaire permettant de décrire le développement socioaffectif des enfants sont présentés dans le respect du barème clinique suivant : un score T compris entre 50 et 64 est qualifié de moyen ou normal, un score T de 65 à 70 inclusivement est décrit comme étant près du seuil clinique (limite), tandis qu'un score T supérieur à 70 est jugé cliniquement significatif.

Dans les deux cas et comme l'illustre la figure 3.1 ci-bas, la distribution théorique des scores prévoit que 68,26% des mesures de développement devraient se situer à l'intérieur des normes, 13,59% devraient correspondre à un rendement dans la zone limite ou près du seuil et 2,15% à un rendement déficitaire ou au-dessus du seuil clinique.

Figure 3.1. Distribution théorique des scores, selon la loi normale



Source : Tiré et adapté de Locurto, C. (1991). Sense and nonsense about IQ: The case for uniqueness. Praeger: New York, p. 5. Traduction libre.

3.2 Analyses préliminaires

Les variables ont d'abord été explorées sur les plans descriptifs afin de vérifier que leur distribution au sein de l'échantillon était normale, selon les critères proposés par Tabachnick et Fidell (2007). Dans de tels cas, il est présumé que ces mêmes variables

sont distribuées normalement au sein de la population générale. La grande majorité des variables s'avère distribuée normalement et les données ont été utilisées telles quelles lors des procédures d'inférence. Cependant, certaines variables continues du questionnaire mesurant les pratiques parentales et du questionnaire portant sur développement socioaffectif de l'enfant ne satisfont pas les critères de normalité. Plus spécifiquement, la variable mesurant les comportements de supervision des enfants par les parents a dû être transformée. La distribution initiale était particulièrement étendue et caractérisée par une asymétrie positive. Afin de corriger cette distribution platykurtique, l'opération faite sur la variable d'origine en est une logarithmique ($1 - \log_{10}(8 - \text{valeur initiale})$). De plus, un très fort effet plancher est observé pour la variable mesurant l'utilisation de la punition physique par les parents. Comme les parents répondaient invariablement ne pas avoir recours à de telles pratiques disciplinaires, cette variable n'a pu être transformée et conséquemment, elle n'a pu être utilisée à des fins d'inférence. La variable mesurant la présence de problèmes internalisés présentait elle aussi une distribution asymétrique positive. Par conséquent, les analyses inférentielles portent sur la racine carrée de la valeur initiale plus un ($\sqrt{\text{valeur initiale} + 1}$). La même opération de transformation des données a été faite sur la variable représentant les problèmes totaux des enfants concernant leur développement socioaffectif.

Pour toutes les opérations d'inférence statistique, le seuil de signification sans équivoque est fixé à $p = 0,05$. Cependant, puisqu'il s'agit d'une étude d'effectivité pragmatique aux visées cliniques, les résultats présentés dans la section suivante comprennent également ceux qui seront qualifiés de marginalement significatifs lorsque $p \leq 0,10$, mais $> 0,05$. Lorsqu'un résultat apparaît significatif, le pourcentage de variance expliquée est précisé. Le libellé (petite, moyenne, grande taille d'effet) pour qualifier la taille de l'effet est celui proposé par Cohen (1988).

3.3 Effets du programme multimodal *Grandir ensemble*

Comme en témoigne le tableau 3.1, comparativement au groupe de comparaison, le programme *Grandir ensemble* a un effet marginal sur l'augmentation de la discipline adéquate, tel que rapporté par les parents participants. L'effet d'interaction entre temps et groupe est marginal et de petite taille ($F(1,59) = 2,845, p = 0,097, \eta^2 = 0,05$).

Tableau 3.1

Scores moyens des parents du groupe expérimental *Grandir ensemble* aux sous-échelles mesurant les pratiques disciplinaires comparativement à ceux des parents du groupe de comparaison

Pratiques parentales	Avant		Après		Interprétation
	GE $\bar{m}$ (σ)	GC $\bar{m}$ (σ)	GE $\bar{m}$ (σ)	GC $\bar{m}$ (σ)	
Discipline adéquate	4,65 (0,17)	4,32 (0,17)	4,81 (0,19)	4,26 (0,19)	[†] Interaction Temps x Groupe: $p = 0,10, \eta^2 = 0,05$
Discipline verbale positive	5,33 (0,15)	5,55 (0,15)	5,26 (0,15)	5,31 (0,15)	[†] Effet de temps : $p = 0,07, \eta^2 = 0,05$
Supervision	0,63 (0,03)	0,58 (0,03)	0,65 (0,03)	0,61 (0,03)	
Clarté des attentes	3,86 (0,19)	4,03 (0,19)	3,77 (0,17)	4,12 (0,17)	
Félicitations et récompenses	4,37 (0,17)	4,39 (0,17)	4,45 (0,16)	4,43 (0,16)	
Punition physique	1,18 (0,07)	1,23 (0,07)	1,12 (0,06)	1,31 (0,05)	Fort effet de plancher
Discipline punitive et inconstante	3,04 (0,17)	2,58 (0,17)	2,79 (0,16)	2,55 (0,15)	[†] Effet de temps : $p = 0,09, \eta^2 = 0,05$
[*] $p \leq 0,05$		[†] $p \leq 0,10$, mais $> 0,05$		[§] $p =$ non significatif	

Les parents du groupe du programme *Grandir ensemble* et ceux formant le groupe de comparaison ne diffèrent pas quant à leur utilisation de stratégies disciplinaires adéquates telles que le retrait de privilèges, le temps d'arrêt et la réparation lors du premier temps de mesure. Toutefois, un certain accroissement de ces stratégies disciplinaires est mesuré au sein du groupe expérimental, tandis que les parents du groupe de comparaison ne modifient pas leurs pratiques à cet égard. Les résultats recueillis font aussi ressortir que les participants de l'étude, qu'ils aient ou non bénéficié de l'intervention expérimentale, rapportent que leurs pratiques disciplinaires sont moins punitives et inconstantes au deuxième temps de mesure ($F(1,59) = 2,892, p = 0,094, \eta^2 = 0,05$). Ils seraient légèrement moins portés à hausser la voix ou à démontrer leur colère à leurs enfants lorsqu'ils interviennent auprès d'eux, les menaceraient un peu moins souvent et appliqueraient davantage et de manière plus cohérente les conséquences annoncées. Cependant, il appert que les parents des deux groupes emploient moins fréquemment la discipline verbale positive comme stratégies disciplinaires au deuxième temps de mesure. Cet effet importun est par contre de petite taille et n'expliquerait que 5% de la variance ($F(1,59) = 3,297, p = 0,074, \eta^2 = 0,05$). Les parents feraient moins de retours sur des situations problématiques avec leur enfant et ils seraient moins susceptibles de les complimenter verbalement. Les résultats soulignent également un fort effet plancher concernant la punition physique : les parents n'admettent pas avoir recours à de telles pratiques coercitives. Ils déclarent presque invariablement ne pas leur infliger de correction physique.

Concernant maintenant les habiletés sociales des enfants ayant participé à la présente étude, les résultats indiquent que de manière générale, les enfants du programme *Grandir ensemble* ont des habiletés sociales plus faibles que les jeunes issus du groupe de comparaison. Au premier temps de mesure, les enfants du groupe du programme *Grandir ensemble* semblent moins responsables et coopératifs que les jeunes du groupe de comparaison. Leur score moyen d'habiletés sociales totales s'avère également inférieur à celui du groupe de comparaison.

Tableau 3.2

Scores moyens aux sous-échelles mesurant les habiletés sociales des enfants du groupe *Grandir ensemble* comparativement à ceux du groupe de comparaison

Habiletés sociales	Avant		Après		Interprétation
	GE	GC	GE	GC	
	$\bar{m}$	$\bar{m}$	$\bar{m}$	$\bar{m}$	
	(σ)	(σ)	(σ)	(σ)	
Responsabilité	1,26 (0,36)	1,55 (0,30)	1,34 (0,33)	1,57 (0,31)	
Autocontrôle	1,09 (0,40)	1,37 (0,43)	1,18 (0,42)	1,37 (0,36)	
Coopération	1,12 (0,43)	1,41 (0,41)	1,15 (0,46)	1,50 (0,38)	*Effet de temps : $p = 0,04$, $\eta^2 = 0,07$
Affirmation de soi	1,43 (0,36)	1,58 (0,36)	1,42 (0,38)	1,61 (0,31)	
Habiletés sociales Totales	1,23 (0,31)	1,48 (0,32)	1,27 (0,33)	1,51 (0,27)	
$*p \leq 0,05$ $\dagger p \leq 0,10$, mais $> 0,05$ $\S p = \text{non significatif}$					

Par ailleurs, avec le passage du temps, les enfants des deux groupes font des gains comparables concernant leur coopération. Cet effet de taille moyenne ($F(1,59) = 4,396$, $p = 0,04$, $\eta^2 = 0,07$) pourrait se refléter au quotidien par une meilleure gestion de leurs temps libres ou une légère augmentation de leur participation aux tâches ménagères.

Tableau 3.3

Scores moyens mesurant la relation parent-enfant chez les familles du groupe expérimental *Grandir ensemble* comparativement à celles du groupe de comparaison

Relation	Avant		Après		Interprétation
	GE	GC	GE	GC	
	$\bar{m}(\sigma)$	$\bar{m}(\sigma)$	$\bar{m}(\sigma)$	$\bar{m}(\sigma)$	
Relation parent/enfant	108,72 (1,71)	115,40 (1,68)	106,97 (1,45)	113,70 (1,43)	*Effet de temps : $p = 0,02$, $\eta^2 = 0,10$
$*p \leq 0,05$ $\dagger p \leq 0,10$, mais $> 0,05$ $\S p = \text{non significatif}$					

La relation parent-enfant ne s'en trouve pas pour autant améliorée. Si l'on se fie aux données qui sont résumées dans le tableau 3.3 à la page précédente, la qualité de la relation parent- enfant diminue plutôt entre les deux temps de mesure chez les deux groupes de participants. Il s'agit d'une taille d'effet moyenne ($F(1,57) = 6,155, p = 0,016, \eta^2 = 0,10$). Qu'ils aient reçu le programme *Grandir ensemble* ou d'autres services du CJM-IU, les parents de l'étude rapportent que la qualité de leur relation avec leur enfant est quelque peu diminuée cinq mois après le début des interventions. Ainsi, tandis que la relation parent-enfant paraît se détériorer entre les deux temps de mesure, l'ajustement comportemental des jeunes s'améliore légèrement. De manière générale, les enfants du groupe expérimental présentent significativement moins de problèmes intériorisés et extériorisés après l'intervention qu'au début du programme *Grandir ensemble* ($p = 0,02, \eta^2 = 0,10$). Le tableau 3.4 montre les moyennes obtenues pour les variables mesurant la présence de problèmes de comportements intériorisés, extériorisés et les problèmes totaux.

Tableau 3.4

Scores moyens aux échelles de l'ASEBA mesurant l'ajustement socioaffectif pour les enfants du groupe expérimental *Grandir ensemble* avant et après l'intervention

Mesure	Avant $\bar{m} (\sigma)$	Après $\bar{m} (\sigma)$	dl	t	Interprétation
Problèmes internalisés	3,29 (1,39)	3,16 (1,37)	29	0,81	
Problèmes externalisés	17,57 (11,18)	14,73 (10,94)	29	1,85	[†] Baisse des problèmes extériorisés : $p = 0,07, \eta^2 = 0,11$
Problèmes totaux	5,70 (1,93)	5,27 (1,97)	29	2,01	[*] Baisse des problèmes totaux : $p = 0,05, \eta^2 = 0,12$
[*] $p \leq 0,05$ [†] $p \leq 0,10$, mais $> 0,05$ [§] $p =$ non significatif					

Les données recueillies montrent qu'après avoir bénéficié de l'intervention, les enfants du groupe ayant reçu le programme *Grandir ensemble* manifestent moins de problèmes de comportement extériorisés. Cette échelle issue du questionnaire ASEBA tient compte des problèmes d'obéissance des enfants, de leurs comportements oppositionnels ou déviants s'il y a lieu, et de leurs comportements agressifs. La différence entre les scores moyens au premier temps de mesure et au second n'est que marginalement significative et la taille de l'effet mesuré est moyenne ($T(29) = 1,854$, $p = 0,074$, $\eta^2 = 0,11$). Une évolution similaire est relevée à l'échelle Problèmes totaux. Cette échelle considère les problèmes intériorisés, extériorisés, ainsi que d'autres difficultés telles que des problèmes alimentaires, de poids ou de sommeil. De fait, les données suggèrent que la participation des familles au programme *Grandir ensemble* contribue à une baisse significative des problèmes totaux des enfants ($T(29) = 2,006$, $p = 0,054$, $\eta^2 = 0,12$). Quant aux problèmes de comportements intériorisés, aucune différence n'est relevée. C'est donc dire que les enfants présentent sensiblement les mêmes difficultés sur le plan de l'humeur, de l'anxiété et qu'ils formulent des plaintes somatiques à une fréquence comparable avant et après les interventions. En d'autres termes, le programme *Grandir ensemble* semble favoriser une diminution des problèmes de comportements extériorisés et des problèmes totaux chez l'enfant, mais ne pas avoir d'incidence sur la présence de problèmes intériorisés chez ces derniers.

Si les enfants connaissent une amélioration de leurs comportements, les parents, eux, ne se montrent pas plus confiants à l'égard de leurs compétences parentales. La variable mesurant le sentiment d'autoefficacité parental ne change pas selon que les réponses aient été colligées avant ou après l'intervention auprès des parents du groupe de bénéficiaires du programme *Grandir ensemble* (tableau 3.5 à la page suivante).

Tableau 3.5

Scores moyens mesurant le sentiment d'autoefficacité du groupe de parents du groupe expérimental *Grandir ensemble* avant et après l'intervention

Mesure	Avant $\bar{m} (\sigma)$	Après $\bar{m} (\sigma)$	dl	t	Interprétation
Sentiment d'autoefficacité parental	4,26 (0,45)	4,28 (0,45)	28	- 0,57	
$*p \leq 0,05$ $\dagger p \leq 0,10$, mais $> 0,05$ $\S p = \text{non significatif}$					

Les intervenants sociaux attitrés aux familles dirigées vers le programme *Grandir ensemble* ont également été sondés, afin de considérer leurs observations quant aux effets de l'intervention. Les données au cœur du tableau 3.6 ci-après précisent l'évolution du niveau de risque encouru par l'enfant sur le plan de sa sécurité ou de son développement du fait d'être maintenu dans sa famille d'origine (risque faible ou haut risque), tel qu'évalué à partir des réponses des travailleurs sociaux à un questionnaire prévu à cet effet en début et en fin de programme. Les données recueillies montrent que comme souhaité, la proportion de familles dont l'enfant encourt un risque élevé diminue significativement entre le début et à la fin du programme *Grandir ensemble* ($\chi^2 (1, 35) = 12,07, p < 0,001, \eta^2 = 0,34$). La taille de l'effet est considérable et correspond à un effet d'une grande ampleur.

Tableau 3.6

Évolution du niveau de risque encouru par l'enfant avant et après l'intervention offerte par le biais du programme *Grandir ensemble*, selon l'intervenant familial

Avant	Après		Total :	Interprétation
	Faible risque	Haut risque		
Faible risque	8 (22,9%)	0 (0%)	8 (22,9%)	* Changement significatif concernant les proportions de familles identifiées à faible risque et à haut risque entre les deux temps de mesure : $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,34$ (grande taille d'effet)
Haut risque	14 (40%)	13 (37,1%)	27 (77,1%)	
Total :	22 (62,9%)	13 (37,1%)	35 (100%)	
* $p \leq 0,05$		† $p \leq 0,10$, mais $> 0,05$		§ $p =$ non significatif

En général les familles du groupe issues du programme *Grandir ensemble* connaissent une évolution favorable suivant leur participation au programme. Chez 40% des familles du groupe ayant bénéficié du programme *Grandir ensemble*, le risque encouru par l'enfant sur les plans de sa sécurité ou de son développement du fait qu'il soit maintenu dans sa famille d'origine passe de haut risque à faible risque. Ceci constitue l'une des visées principales du programme *Grandir ensemble*. D'un autre côté, c'est donc dire que chez 60% des familles participantes, aucune amélioration n'est perçue par les travailleurs sociaux. Du moins, aucun enfant n'aurait vu sa situation empirer entre le début et la fin des interventions, passant d'une situation correspondante à un risque faible pour sa sécurité ou son développement à une situation dite à haut risque.

3.4 Portrait du développement des enfants du programme *Grandir ensemble*

3.4.1 Développement cognitif des enfants

Pour décrire le développement intellectuel des jeunes participants du programme *Grandir ensemble*, les cinq indices principaux du WISC-IV sont pris en compte: 1) l'Indice de Compréhension verbale (ICV), 2) l'Indice Raisonnement perceptif (IRP), 3) l'Indice Mémoire de travail (IMT), 4) l'Indice Vitesse de traitement de l'information (IVT) et 5) l'Échelle globale (EGQI). Comme en témoigne le tableau 3.7 ci-bas, les résultats montrent des différences significatives entre le fonctionnement intellectuel des enfants participants et ceux d'âge équivalent de la population générale dite « normale » pour l'ensemble de ces variables.

Tableau 3.7

Rendement moyen des jeunes du groupe expérimental *Grandir ensemble* aux épreuves mesurant le fonctionnement intellectuel

Indices	$\bar{m}$	Σ	Taille de l'effet
ICV	81.68	12.90	$\eta^2 = 0,67$
IRP	81.35	15.30	$\eta^2 = 0,63$
IMT	88.58	14.62	$\eta^2 = 0,40$
IVT	90.45	14.31	$\eta^2 = 0,37$
EGQI	81.35	12.83	$\eta^2 = 0,70$

Note : Pour ces mesures, le rendement moyen de l'échantillon normatif est de 100 et l'écart-type de 15.

L'indice de Compréhension verbale comporte trois sous-tests distincts. Ceux-ci sollicitent les capacités d'abstraction verbale des enfants, l'étendue de leur vocabulaire et leur compréhension de situations sociales du quotidien. L'examen des données révèle que les enfants du groupe du programme *Grandir ensemble* ont des habiletés verbales conformes au niveau attendu en fonction de leur âge dans 33% des cas seulement. Chez 45% d'entre eux, leur rendement situe leurs habiletés verbales au niveau inférieur à la moyenne (limite) et pour 22% de l'échantillon, leur rendement évoque même un déficit des habiletés verbales. Il s'agit d'un effet de grande ampleur, puisque 67% de la variance mesurée peut être expliquée par l'appartenance au groupe d'enfants issus du programme *Grandir ensemble* ($T(38) = - 8,700, p < 0,001, \eta^2 = 0,67$).

Des résultats similaires sont observés concernant l'Indice de Raisonnement perceptif. Il comporte une mesure d'habiletés visuoconstructives, de raisonnement logique et d'habiletés en conceptualisation non verbale à l'aide d'images. Moins de la moitié des participants de l'échantillon obtient des scores moyens (45%), 33% d'entre eux offrent un rendement limité et 22%, un rendement déficitaire.

En ce qui a trait à l'indice Mémoire de travail, il mesure les habiletés de l'enfant à garder en mémoire à court terme des informations et à les manipuler ou à les transformer au besoin. Les jeunes bénéficiaires du programme *Grandir ensemble* montrent en moyenne des habiletés inférieures aux normes. Ainsi, bien que 63% des participants de l'échantillon n'éprouvent pas de difficulté particulière à cet égard, un enfant sur cinq (20%) obtient un score limité et pour 17% d'entre eux, leur score s'inscrit au niveau déficitaire.

Concernant le développement intellectuel des enfants dirigés vers le programme *Grandir ensemble*, c'est la vitesse de traitement de l'information qui paraît la moins affectée. En effet, 60% des enfants du programme *Grandir ensemble* n'éprouvent pas de difficulté et s'exécutent aussi rapidement que leurs pairs du même âge issus de la

population générale. Néanmoins, le groupe obtient un score moyen qui se distingue de l'échantillon normatif : 28% des scores obtenus par les jeunes du groupe expérimental se situent à un écart-type sous la moyenne (rendement limite), tandis que 12% des participants obtiennent des scores significativement inférieurs à la moyenne (rendement déficitaire).

De manière générale, au sein de l'échantillon d'enfants inscrits au programme *Grandir ensemble*, les filles ($n = 21$) ne se distinguent pas des garçons ($n = 18$) composant ce même échantillon de participants concernant leur fonctionnement intellectuel. Indifféremment, ils ont donc des scores moyens inférieurs à la moyenne des enfants du même âge pour les indices de Compréhension verbale, de Raisonnement perceptif, de Mémoire de travail, de même qu'un quotient intellectuel inférieur à la moyenne. Cependant, les jeunes participants de sexe masculin présentent une vitesse de traitement de l'information qui se rapproche davantage des normes attendues en fonction de l'âge de l'enfant. Le groupe d'enfants du programme *Grandir ensemble* âgés entre 6 et 7 ans ne diffère pas du groupe d'enfants plus âgés (8-11 ans). Ces jeunes dirigés vers le programme obtiennent indistinctement des scores moyens inférieurs aux normes pour l'ensemble des variables liées à leur fonctionnement intellectuel. Leur potentiel intellectuel est globalement inférieur à la moyenne des enfants d'âge équivalent.

Tableau 3.8

Rendement moyen des jeunes du groupe expérimental *Grandir ensemble* aux épreuves mesurant les fonctions attentionnelles

Mesures	$\bar{m}$	σ	Taille de l'effet
Attention visuelle sélective	8.20	2.66	$\eta^2 = 0,32$
Attention auditive soutenue	7.08	3.12	$\eta^2 = 0,47$

Note : Pour ces mesures, le rendement moyen de l'échantillon normatif est de 10 et l'écart-type de 3.

Les mesures obtenues aux épreuves *Coups de fusil* et *Recherche dans le Ciel* du TEA-Ch ont été utilisées pour documenter les capacités d'attention visuelle sélective et d'attention auditive soutenue des jeunes. Globalement, les enfants du programme *Grandir ensemble* ont de moins bonnes capacités d'attention que les enfants d'âge équivalent issus de la population générale. Ils obtiennent des scores se situant dans la moyenne inférieure concernant leur capacité d'attention visuelle sélective et au niveau limite en ce qui a trait à leur attention auditive soutenue. Plus exactement, 68% de l'échantillon offre un rendement adéquat en attention visuelle sélective, 27% démontrent des capacités limitées et 5% d'entre eux fournissent un rendement déficitaire. L'attention auditive soutenue est plus sévèrement atteinte. Seulement 35% de l'échantillon paraît présenter des aptitudes adéquates dans ce registre. L'attention auditive soutenue est limitée chez 53% des participants de l'échantillon et déficitaire pour 12% d'entre eux. Au cœur de l'échantillon d'enfants inscrits au programme *Grandir ensemble*, aucune différence significative n'est observée, selon le sexe ou l'âge des participants.

Les données rapportées pour rendre compte du fonctionnement exécutif des enfants inscrits au programme *Grandir ensemble* résultent de la passation de diverses épreuves : *Interférence couleur-mot* et *Tour* (D-Kefs) pour les enfants âgés de 8 ans et plus, de même qu'*Attention expressive* (CAS) et *Tour* (NEPSY) pour les enfants plus jeunes. Le tableau 3.9 à la page suivante résume les résultats moyens des enfants de l'échantillon concernant deux mesures du fonctionnement exécutif : la capacité d'anticipation, de planification en vue de résoudre un problème, de même que l'inhibition permettant le contrôle de réponses impulsives.

Tableau 3.9

Rendement moyen des jeunes du groupe expérimental *Grandir ensemble* aux épreuves mesurant le fonctionnement exécutif

Mesures	$\bar{m}$	σ	Taille de l'effet
Planification en vue de résoudre des problèmes	9.57	2.63	$\eta^2 = 0,03$
Inhibition	8.57	2.60	$\eta^2 = 0,24$

Note : Pour ces mesures, le rendement moyen de l'échantillon normatif est de 10 et l'écart-type de 3.

Le rendement moyen du groupe d'enfants bénéficiaires du programme *Grandir ensemble* mesurant les capacités à résoudre des problèmes ne se distingue pas sur le plan statistique des normes développementales. Ainsi, dans l'ensemble, leurs habiletés dans ce domaine sont adéquates, peu importe leur âge et leur sexe. Par contre, les enfants obtiennent des scores globalement inférieurs à la moyenne lors d'épreuves mesurant leurs capacités d'inhibition. L'inhibition est fortement liée au contrôle de l'impulsivité (voir par exemple la méta-analyse de Cyders et Coskunpinar, 2011). Ainsi, les enfants du programme *Grandir ensemble* sont généralement moins inhibés, du moins sur le plan cognitif et ils sont aussi plus sensibles à l'interférence. L'examen des différences entre les sexes suggère que cette affirmation est particulièrement signifiante pour les garçons ($T(16) = -2,604$, $p = 0,019$, $\eta^2 = 0,30$). Les résultats qui incluent seulement les filles ne sont que marginalement significatifs ($T(16) = -2,071$, $p = 0,053$, $\eta^2 = 0,19$), mais expliquent néanmoins près de 20% de la variance. Une différence est également relevée entre les groupes d'âge. L'inhibition semble particulièrement lacunaire dans le groupe d'âge des 8 à 11 ans ($T(23) = -3,386$, $p = 0,003$, $\eta^2 = 0,33$). Chez les petits (6-7 ans), les capacités d'inhibition paraissent conformes aux normes ($T(11) = -1,034$, $p = 0,323$).

3.4.2 Ajustement socioaffectif des enfants du programme *Grandir ensemble*

Les différentes échelles du questionnaire ASEBA (Achenbach et Recorla, 2001) rempli par les parents permettent de dresser le portrait des enfants concernant leur ajustement socioaffectif. Les résultats montrent que les parents des jeunes du programme *Grandir ensemble* rapportent des scores moyens se situant globalement dans la zone limite pour les troubles internalisés et dans l'intervalle clinique pour les problèmes externalisés.

Tableau 3.10

Résultats aux principales échelles de l'ASEBA mesurant l'ajustement socioaffectif des jeunes du groupe expérimental *Grandir ensemble*, selon le sexe de l'enfant

Échelles de l'ASEBA		Filles		Garçons	
		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Problèmes internalisés	Normal	7	41,2%	8	50,0%
	Limite	6	35,3%	2	12,5%
	Clinique	4	23,5%	6	37,5%
	Total :	17	100%	16	100%
Problèmes externalisés	Normal	6	35,3%	4	25,0%
	Limite	4	23,5%	2	12,5%
	Clinique	7	41,2%	10	62,5%
	Total :	17	100%	16	100%
Problèmes totaux	Normal	11	64,7%	10	62,5%
	Limite	1	5,9%	4	25,0%
	Clinique	5	29,4%	2	12,5%
	Total :	17	100%	16	100%

Certaines caractéristiques distinctives sont ainsi relevées sur le plan socioaffectif chez ces enfants du programme *Grandir ensemble*. Ces jeunes sont apparemment bien plus enclins à se comporter de manière agressive et à enfreindre les règles que leurs pairs

du même âge issus de la population générale. L'échelle du questionnaire ASEBA mesurant les problèmes extériorisés se situe à un niveau cliniquement significatif chez environ un enfant sur deux de l'échantillon (41,2% des filles et 62,5% des garçons). Les résultats montrent donc qu'au moment où ils sont orientés vers le programme *Grandir ensemble*, ces jeunes participants, filles et garçons, semblent plus souvent qu'à leur tour s'opposer aux adultes, s'en prendre aux autres physiquement, faire des crises de colère ou s'investir dans des conduites à risque.

Non seulement les enfants du programme *Grandir ensemble* présentent davantage des problèmes extériorisés, mais ils sont aussi plus nombreux à éprouver des problèmes intériorisés. Les garçons de l'échantillon paraissent particulièrement affectés par une humeur déprimée et des comportements de retrait social : 25% des garçons présentent des scores près du seuil clinique à la sous-échelle Retiré / Déprimé, tandis que 25% d'entre eux s'inscrivent bel et bien dans l'intervalle clinique. Cette caractéristique dégagée chez les garçons ne sied pas aux filles de l'échantillon. Celles-ci semblent en revanche plus souvent affligées d'autres difficultés telles que des problèmes de poids, d'alimentation ou des problèmes de sommeil, par exemple.

On relève également une surreprésentation de problèmes d'attention chez les jeunes du groupe expérimental. Pour 12 des 16 garçons de l'échantillon (75%), l'attention apparaît comme problématique selon leur répondant : 25% des jeunes auraient une attention jugée limitée par leur parent, tandis que pour 50% des garçons, les problèmes d'attention rapportés seraient d'une ampleur cliniquement significative. Les filles présenteraient également des problèmes d'attention, mais l'intensité paraît moindre : 17,7% des filles obtiennent un score près du seuil clinique et 23,5% d'entre elles, un score qualifié de clinique.

Tableau 3.11

Résultats aux sous-échelles de l'ASEBA mesurant l'ajustement socioaffectif des jeunes du groupe expérimental *Grandir ensemble*, selon le sexe de l'enfant

Sous-échelles de l'ASEBA		Filles		Garçons		
		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Problèmes internalisés	Anxieux/Déprimé	Normal	13	76,4%	13	81,3%
		Limite	3	17,7%	1	6,2%
		Clinique	1	5,9%	2	12,5%
		Total :	17	100%	16	100%
	Retiré/Déprimé	Normal	15	88,2%	8	50,0%
		Limite	2	11,8%	4	25,0%
		Clinique	0	0%	4	25,0%
		Total :	17	100%	16	100%
	Plaintes somatiques	Normal	15	88,2%	12	75,0%
		Limite	0	0%	3	18,8%
		Clinique	2	11,8%	1	6,2%
		Total :	17	100%	16	100%
Problèmes sociaux	Normal	13	76,4%	10	62,5%	
	Limite	3	17,7%	4	25,0%	
	Clinique	1	5,9%	2	12,5%	
	Total :	17	100%	16	100%	
Problèmes cognitifs	Normal	12	70,5%	14	87,5%	
	Limite	2	11,8%	0	0%	
	Clinique	3	17,7%	2	12,5%	
	Total :	17	100%	16	100%	
Problèmes d'attention	Normal	10	58,8%	4	25,0%	
	Limite	3	17,7%	4	25,0%	
	Clinique	4	23,5%	8	50,0%	
	Total :	17	100%	16	100%	
Problèmes externalisés	Non-respect des règles	Normal	9	52,9%	7	43,8%
		Limite	5	29,4%	4	25,0%
		Clinique	3	17,7%	5	31,2%
		Total :	17	100%	16	100%
	Comportement agressif	Normal	10	58,8%	6	37,5%
		Limite	2	11,8%	6	37,5%
		Clinique	5	29,4%	4	25,0%
		Total :	17	100%	16	100%

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Malgré la volonté des acteurs de divers paliers décisionnels oeuvrant dans le domaine de la protection de l'enfance et la sensibilité grandissante de la population et des chercheurs impliqués dans le développement et l'implantation de programmes d'intervention empiriquement validés, il reste beaucoup à faire pour lutter efficacement contre la maltraitance envers les enfants et ses conséquences.

La population visée par la présente étude en est une particulièrement vulnérable. Les participants ont été recrutés, car les intervenants sociaux jugeaient que l'intégrité de la famille était menacée; le placement de l'enfant en milieu substitut étant envisagé si la situation de compromission devait perdurer malgré les mesures d'aide mises en place. En effet, *Grandir ensemble* est un programme psychosocial visant la préservation des familles dont la problématique d'abus ou de négligence est jugée élevée ou sévère. En raison des conjonctures complexes dans lesquelles elles évoluent, ces familles constituent une population clinique spécialement difficile à aider.

Le premier objectif de l'étude consistait à documenter les effets du programme *Grandir ensemble*. Cette question de recherche émanait de l'intérêt des cliniciens et décideurs du CJM-IU qui souhaitaient en connaître davantage sur l'adéquation entre les services offerts aux familles et leurs besoins. D'autant que, comparativement à d'autres interventions, le programme *Grandir ensemble* exige d'importants investissements financiers et humains. Ce dernier est un programme multimodal comprenant des interventions de groupes auprès des jeunes, un programme d'entraînement aux

habiletés parentales, des visites à domicile régulières et des activités parents-enfants. La fréquence des interventions peut s'élever à trois ou quatre rencontres par semaine pendant les douze semaines les plus intensives du programme. Il s'avère conséquemment plus coûteux que les interventions régulières offertes au CJM-IU et celles d'autres programmes tels que *Ces années incroyables*, un programme unimodal d'entraînement aux habiletés parentales. Cependant, il était attendu que les familles orientées vers le programme *Grandir ensemble* étaient aux prises avec des difficultés de fonctionnement familial plus graves et, par extension, les interventions se devaient d'être justement plus intensives et extensives.

L'examen de l'équivalence des groupes a pourtant démontré que les familles orientées vers le programme *Grandir ensemble* et celles constituant le groupe de comparaison, c'est-à-dire celles bénéficiant d'autres services du CJM-IU, étaient similaires à bien des égards. Leur revenu familial, les pratiques parentales et la qualité de relation entre parent et enfant se sont avérés comparables. Néanmoins, il faut entrevoir la comparabilité des groupes avec précaution. D'une part, les données concernant le niveau de risque encouru par l'enfant du fait d'être maintenu dans sa famille, les difficultés sur le plan de l'ajustement socioaffectif, du comportement ou du développement cognitif de l'enfant, de même que le sentiment d'autoefficacité parentale n'ont été colligées qu'auprès du groupe expérimental. D'autre part, les familles du programme *Grandir ensemble* se distinguaient de celles du groupe de comparaison en étant plus nombreuses à être monoparentales, les répondants étaient moins scolarisés et les enfants moins habiles sur le plan social. Il y avait également significativement plus de familles dont un enfant était placé en milieu substitut dans le groupe de comparaison ($n = 13$), comparativement à aucun enfant placé dans le groupe expérimental. Il serait donc hasardeux de supposer hors de tout doute que les familles du programme *Grandir ensemble* ne présentaient pas un niveau de dysfonctionnement supérieur à celles du groupe de comparaison. Pour ces raisons, la comparabilité des

groupes ne devrait pas être considérée équivalente à celle présumée lorsqu'il y a assignation aléatoire des participants aux groupes.

Concernant les principales visées du programme, il était attendu que le programme d'intervention psychosocial multimodal *Grandir ensemble* contribue à l'amélioration des habiletés sociales de l'enfant, des pratiques parentales et qu'elle rehausse la qualité de la relation parent-enfant (objectifs proximaux). L'intervention se devait également de contribuer à diminuer les problèmes émotionnels et comportementaux des enfants, d'augmenter le sentiment d'autoefficacité parental et de diminuer le niveau de risque encouru par l'enfant sur le plan de sa sécurité et de son développement du fait d'être maintenu dans sa famille d'origine (objectifs intermédiaires). Le modèle logique sous-jacent au programme concevait que par le biais de ces divers mécanismes d'action, il devait préserver les familles du placement d'enfants en milieu substitut.

En définitive, les données montrent que comparativement au groupe de comparaison, le principal effet positif à court terme du programme *Grandir ensemble* est une toute modeste amélioration de certaines pratiques disciplinaires. Après avoir bénéficié de l'intervention, lorsque leur enfant commet une bêtise, les parents du groupe expérimental sont plus enclins à réagir de manière appropriée à la situation en retranchant un privilège, en imposant un temps d'arrêt ou en exigeant un geste réparateur. Par contre, cet effet positif concernant l'un des trois objectifs proximaux du programme n'est que marginalement significatif sur le plan statistique et de surcroît, de petite taille ($p = 0,10$, $\eta^2 = 0,05$). Son impact pourrait ne pas se solder par une amélioration clinique notable des pratiques parentales au quotidien. Un autre effet positif de l'intervention réside dans le fait que, bien que cela soit indépendant du type d'intervention reçu par les services de protection de l'enfance, les parents rapportent qu'au deuxième temps de mesure, leurs pratiques disciplinaires tendent à être plus positives sur le plan verbal ($p = 0,07$, $\eta^2 = 0,05$), de même que moins punitives et inconstantes ($p = 0,09$, $\eta^2 = 0,05$). De la même façon, sans égard à l'intervention

octroyée, les habiletés de coopération des jeunes sont légèrement à la hausse ($p = 0,04$, $\eta^2 = 0,07$). Ces quelques améliorations concernant les objectifs proximaux du programme sur le plan des pratiques parentales et des habiletés sociales des jeunes pourraient avoir contribué à l'atteinte de certaines visées intermédiaires du programme. Les données recueillies reflètent en effet une diminution marginale des problèmes émotionnels et comportementaux des enfants bénéficiaires du programme *Grandir ensemble*. Ces derniers tendent à présenter moins de problèmes de comportements extériorisés ($p = 0,07$, $\eta^2 = 0,11$) et moins de problèmes totaux ($p = 0,05$, $\eta^2 = 0,12$) au deuxième temps de mesure.

Au-delà de ces gains, ce qui est plus frappant encore concerne l'absence de changement significatif entre les deux temps de mesure concernant plusieurs dimensions liées aux habiletés sociales des enfants et aux pratiques parentales. Par exemple, les enfants ne démontreraient pas un meilleur contrôle de soi après plusieurs mois d'intervention, ils ne seraient pas plus habiles pour s'affirmer dans leurs relations avec les autres, ni plus responsables. Quant aux parents, ceux-ci ne seraient pas davantage portés à énoncer clairement leurs attentes, à superviser plus étroitement leur enfant, ni à les féliciter ou les récompenser au temps opportun. Les données reflètent également que la relation parent-enfant n'a pas connu d'amélioration après la participation des familles au programme. Il y aurait même une subtile détérioration de la qualité de la relation ($p = 0,02$, $\eta^2 = 0,10$) entre les deux temps de mesure tant au sein du groupe expérimental du programme *Grandir ensemble* que du groupe de comparaison. Par contre, un examen attentif des données révèle que les réponses des parents au questionnaire sondant cette variable du fonctionnement familial laissent entendre que la relation parent-enfant était très positive dès le premier temps de mesure. Ce fait contraste avec l'impression clinique des intervenants du CJM-IU qui émettaient des préoccupations à cet égard, qualifiant la relation parent-enfant comme passablement détériorée dans une large proportion des cas. Ceci mène à formuler différentes hypothèses explicatives de ce résultat inopiné.

Tel que discuté dans l'article de Vickers et Altman (2001), même s'il est courant d'utiliser les mêmes questionnaires aux différents temps de mesure dans le cadre d'essais cliniques de type prétest-posttest, l'effet de régression vers la moyenne pourrait à lui seul expliquer des améliorations significatives. Cela est d'autant plus vrai dans les cas où les scores au premier temps de mesure sont extrêmes. Dans le cas présent, les données suggèrent un score moyen très élevé concernant la qualité de la relation parent-enfant au moment du prétest. Ainsi, il est plausible qu'un simple effet de régression vers la moyenne explique la baisse observée concernant les relations familiales auprès des deux groupes interrogés. Cependant, il ne s'agit pas de la seule hypothèse valable. Un biais de désirabilité sociale a pu participer au partage d'une perception magnifiée de la relation parent-enfant, d'autant que le contexte dans lequel a été conduit l'étude induisait une pression contextuelle particulièrement forte. En effet, difficile de reconnaître en tant que parent que notre enfant éveille en nous des sentiments d'exaspération, qu'il nous arrive parfois de détester notre enfant ou d'avoir honte de lui. Plus difficile encore de livrer de manière authentique ces sentiments à l'égard de notre enfant lorsque l'on sait que celui-ci pourrait nous être retiré par la protection de l'enfance. Le questionnaire utilisé pour mesurer la relation parent-enfant incluait des items sondant précisément la fréquence de ces presque inavouables sentiments négatifs. Pour les mêmes raisons, les parents ont pu répondre ne jamais avoir recours à la punition physique pour discipliner leur enfant. Bien qu'il ait été clarifié dès le départ avec les participants que leurs réponses ne seraient pas divulguées à leur intervenant social, il est possible que les parents aient néanmoins choisi de protéger l'intégrité de leur famille en offrant des réponses socialement acceptables sur des sujets aussi délicats. Comme la pression contextuelle est un facteur déterminant de l'ampleur de l'effet de désirabilité sociale mesuré en recherche (Juhel et Rouxel, 2005), ce phénomène pourrait avoir considérablement influencé les résultats de l'étude en favorisant un patron de réponses défensives de la part des parents.

Une autre hypothèse pouvant expliquer les données recueillies suggérant une détérioration de la relation parent-enfant entre les deux temps de mesure mérite d'être avancée. L'explication résiderait dans l'effet du programme *Grandir ensemble* dans lequel s'inscrivent des interventions d'autonomisation (*empowerment*) (Young et Morin, 2010) et dont le processus thérapeutique implique la mise en place de stratégies visant à augmenter la conscientisation des participants (Lemay, 2007). Au cours de leur participation au programme, les parents ont ainsi pu prendre conscience de certaines difficultés relationnelles préexistantes à l'intervention, d'où une perception de la qualité de la relation parent-enfant à la baisse. Poursuivant ce raisonnement hypothétique, une conscientisation accrue des parents participants au programme *Grandir ensemble* pourrait même annoncer un processus d'engagement vers le changement dans une perspective d'autonomisation, car l'étape de la conscientisation précède typiquement celle du changement (Lemay, 2007). Cependant, rien ne permet de conclure que ce scénario mettant de l'avant une lecture plutôt optimiste des données est davantage fondé que les autres éventualités, soit un simple effet de régression vers la moyenne ou un biais de désirabilité sociale exacerbé par le contexte.

Concernant l'ultime objectif intermédiaire du programme, l'examen des preuves met en évidence qu'en général, les parents sont très peu confiants à l'égard de leurs capacités parentales, et ce, même après avoir bénéficié du programme. Le sentiment d'autoefficacité parentale apparaît remarquablement faible lorsque les parents débutent l'intervention et il ne semble pas s'apprécier. Par exemple, les parents estiment qu'ils manquent de confiance en eux quant à l'exercice de leur rôle parental, ils ne se sentent pas outillés pour gérer une crise ou pour aider leur enfant à s'adapter à une situation nouvelle. Le cadre clinique du programme *Grandir ensemble* vise pourtant l'autonomisation des familles par l'établissement d'une collaboration étroite entre les intervenants et les parents. D'après la conceptualisation de Bandura (2003), ceci aurait dû avoir une incidence positive sur le sentiment d'efficacité des parents. À cet égard, les résultats paraissent plutôt décevants.

À ce sujet, comme le mentionnaient Letarte, Normandeau et Allard (2010) en commentant leurs propres résultats de recherche, il est important de souligner que certaines perceptions exigent davantage de temps pour se modifier. De plus, les questionnaires comportementaux n'offrent pas toujours la sensibilité requise pour rendre compte adéquatement de changements récents ou en voie de se concrétiser. Il est possible que les parents aient fait des gains sur le plan des pratiques parentales et qu'ils soient davantage habiletés à gérer les situations difficiles avec leur enfant au quotidien. Cela, sans toutefois en avoir pris conscience au point où leur sentiment de compétence connaisse une amélioration mesurable par le biais d'un questionnaire sommaire comme celui utilisé dans la présente étude. Même si les mesures obtenues par questionnaires sont fréquemment utilisées pour mesurer l'efficacité d'intervention en raison de leur facilité d'utilisation, elles présentent néanmoins certaines limites qui imposent des conclusions toutes en nuance. Le sentiment d'autoefficacité parental n'est pas la seule variable à avoir été mesurée strictement par le biais de questionnaires. Il en a été de même pour mesurer les changements sur le plan des habiletés sociales des enfants, des pratiques disciplinaires des parents et de la relation parent-enfant, *etc.*

Le choix de procéder à l'estimation des effets du programme par le seul recours à des questionnaires est critiquable et a pu minimiser les effets réels de l'intervention. Comme les retombées du programme ont été mesurées immédiatement après la fin des interventions et que les changements prennent un certain temps pour s'actualiser, il est possible que des gains n'aient pas été décelés à partir des réponses des parents aux questionnaires qui sondaient leur perception. Des observations directes auraient pu suppléer au manque d'objectivité et de sensibilité des questionnaires comportementaux. Il aurait aussi été pertinent de prendre une nouvelle mesure quelques mois après la fin des interventions, afin de pouvoir détecter des changements progressifs avec une plus grande portée.

Rappelons la théorie du programme *Grandir ensemble* prévoyait qu'une augmentation des habiletés sociales des enfants, des pratiques parentales et une harmonisation des relations familiales amèneraient une diminution des problèmes d'ajustement socioémotionnel et comportemental de l'enfant, une augmentation du sentiment d'autoefficacité parental et une diminution du niveau de risque encouru par l'enfant du fait d'être maintenu dans sa famille d'origine (mécanismes d'action sous-jacents au programme). Or, l'étude suggère peu de bénéfices sur ces cibles proximales et parallèlement, d'après les intervenants sociaux, l'objectif intermédiaire visant à diminuer le risque pour l'enfant serait tout de même atteint dans 40% des cas et le comportement des jeunes s'améliorerait de manière notable entre le début et la fin des interventions offertes dans le cadre du programme *Grandir ensemble*.

Puisque les facteurs liés au développement de l'enfant sont susceptibles de moduler la réponse des familles à l'intervention (Jaudes et Mackey-Bilaver, 2008), dans un second volet, cette étude s'est attardée à mieux connaître la jeune clientèle desservie par ce programme expérimental. Il était pressenti que les enfants du programme *Grandir ensemble* aient davantage de problèmes développementaux que ceux de la population générale. Les résultats de l'étude ont montré que de toute évidence, les enfants orientés vers le programme *Grandir ensemble* présentent substantiellement plus de problèmes que les enfants d'âge équivalent issus de la population générale. Les atteintes objectivées concernent leur développement cognitif et leur ajustement socioaffectif et comportemental.

Concernant leur développement cognitif, le fonctionnement intellectuel moyen des jeunes de l'échantillon se situe précisément à plus d'un écart-type sous la moyenne concernant le fonctionnement intellectuel global, la compréhension verbale et le raisonnement perceptif. Moins d'un enfant sur trois se développe conformément aux normes concernant la compréhension verbale et moins de la moitié des jeunes seulement réussissent comme attendu les épreuves liées au raisonnement perceptif. Les

résultats des participants sont aussi plus faibles en ce qui a trait à leur mémoire de travail et leur vitesse de traitement de l'information. Le portrait cognitif obtenu montre aussi que l'attention soutenue et l'inhibition sont des facultés moins bien développées chez ces jeunes victimes de maltraitance. Ainsi, les enfants ont en général des capacités intellectuelles plus faibles, mais également, un style cognitif impulsif. En d'autres mots, non seulement les aptitudes intellectuelles générales de ces jeunes sont lacunaires, mais en raison des difficultés relevées sur le plan de certaines autres fonctions cognitives, l'efficacité cognitive générale est diminuée de surcroît.

Pour illustrer ce propos, examinons le retentissement potentiel des limitations cognitives des enfants de l'échantillon sur leur cheminement scolaire. Bien qu'il soit généralement admis que les aptitudes intellectuelles générales prédisent la réussite scolaire des enfants (par exemple : Gagné et St Père, 2001), certaines autres fonctions cognitives exercent un rôle crucial en ce qui a trait aux apprentissages. Par exemple, les capacités en mémoire de travail, plus encore que le rendement intellectuel, détermineraient les habiletés de lecture des enfants (Dickerson Mayes, Calhoun, Bixler, et Zimmerman, 2009). La mémoire de travail est d'ailleurs typiquement défaillante chez les enfants présentant un trouble du déficit de l'attention (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone, et Pennington, 2005) ou un trouble spécifique d'apprentissage, tel que la dyslexie-dysorthographe (Swanson, Zheng, et Jerman, 2009) ou la dyscalculie (Swanson, 2012). La mémoire de travail est une fonction exécutive impliquée dans la récupération de l'information, la régulation de l'attention et le raisonnement (Baddeley, 2010). Même en présence d'un fonctionnement intellectuel adéquat, une faiblesse en mémoire de travail gêne un ensemble de processus clés de l'apprentissage. Puisque les données de la présente étude suggèrent un cumul de lacunes cognitives, les enfants de l'échantillon évoluant dans un contexte de maltraitance ont sans doute beaucoup plus de mal à cheminer sur le plan des apprentissages que les enfants issus de la population générale. Les facteurs de risques associés à la maltraitance, incluant ceux en lien avec leur développement cognitif, les rendent hautement à risque d'échec scolaire (par

exemple : Coohey, Renner, Hua, Zhang, et Whitney, 2011; Fantuzzo, Perlman, et Dobbins, 2011).

Plusieurs facteurs contributifs peuvent être évoqué pour expliquer les faibles performances des enfants du programme *Grandir ensemble* aux épreuves cognitives: la pauvreté, le manque de stimulation dans le milieu de vie de l'enfant, l'héritabilité de certaines défaillances cognitives, l'exposition à des conditions environnementales délétères, une histoire personnelle de traumatismes physiques pendant la période de développement cérébral, un manque de motivation ou d'investissement cognitif dans les tâches, la présence de problèmes affectifs (tel un ÉSPT, par exemple) ou comme le formule le modèle de la traumatologie développementale, un ensemble de stressors venant altérer le développement des fonctions cognitives. Ainsi, comme le sous-tendent ces quelques exemples, les déficits cognitifs pourraient tout aussi bien être secondaires aux sévices et aux conditions de vie adverses ou encore, préexistants. Dans tous les cas, il est bien entendu impossible de relier de façon causale les piètres résultats des enfants du programme *Grandir ensemble* à leur condition d'enfant victimisé. Les résultats obtenus par le biais de cette étude sont à tout le moins cohérents avec ceux d'autres écrits scientifiques s'attardant aux impacts de la maltraitance sur le développement cognitif des enfants (Beers et De Bellis, 2002; De Bellis, 2005; Irigaray *et al.*, 2013; Masson, Bussières, East-Richard, R-Mercier, et Cellard, 2015; Masson, East-Richard, et Cellard, 2015; Nolin et  thier, 2007; Perna et Kiefner, 2013).

Plus spécifiquement, le profil des enfants de l'échantillon correspondrait au profil « déficits étendus » proposé par Frigon (2011), car la quasi-totalité des domaines évalués comporterait des lacunes. L'exception concerne les habilités de résolution de problèmes des jeunes de l'échantillon qui ont obtenu, indépendamment de leur sexe et de leur âge, des scores normatifs en ce qui a trait au nombre d'épreuves réussies. Ce résultat n'est pas sans rappeler l'étude de Nolin et  thier (2007) dans laquelle les auteurs rapportaient que les enfants négligés sans abus physique avaient mieux

performé en résolution de problèmes que les enfants témoins sans antécédent de mauvais traitement. Dans le cas présent, les capacités des jeunes ne dépassent pas les attentes développementales. Tous groupes d'âge confondus, il s'agit toutefois du seul domaine cognitif apparemment intact. Il n'est donc pas question ici de compétence particulière. Et s'il est vrai que ce résultat semble consistant avec la thèse adaptative voulant que les capacités de résolution de problèmes des jeunes soient préservées, car celles-ci sont sollicitées ardemment du fait d'un manque de supervision parental par exemple, rien dans la présente étude ne permet de soutenir cette supposition. En revanche, la méthode ayant permis d'estimer les capacités cognitives des jeunes participants pourrait être en cause. L'instrument utilisé pour mesurer les capacités de résolution de problèmes des jeunes âgés de 8 à 11 ans (*Tour de la D-Kefs*) est reconnu pour sa pertinence tant en clinique qu'en recherche et aurait dû être suffisamment sensible pour relever des difficultés s'il y en avait eu (Homack, Lee, et Riccio, 2007). Le manque de sensibilité de la tour de la NEPSY pourrait expliquer l'absence de déviations à la norme chez les plus jeunes (6-7 ans). Ce sous-test a d'ailleurs été retiré de la seconde édition de cette batterie d'évaluation neuropsychologique pour cette raison (Korkman, Kirk, et Kemp, 2007).

Les plus jeunes enfants de l'échantillon (6-7 ans) se sont distingués de ceux âgés de 8 à 11 ans en témoignant de capacités d'inhibition adéquates, tandis que leurs pairs plus âgés ont offert un rendement statistiquement inférieur à la moyenne normative. Cette différence relativement à l'âge des participants pourrait s'expliquer par le fait que ce ne sont pas les mêmes tâches qui ont été utilisées pour mesurer l'inhibition cognitive, bien que toutes deux impliquent le contrôle de l'interférence. Il aurait été préférable de recourir au même outil d'évaluation, afin de mesurer un même construit auprès de l'ensemble des participants. C'est que les différentes tâches de contrôle de l'interférence, bien qu'en apparence similaires, elles solliciteraient différentes sous-fonctions dont la maîtrise serait dépendante de l'âge (Garon, Smith, et Bryson, 2014). Les tâches d'inhibition présenteraient des sensibilités singulières, selon notamment les

modalités de réponses, le degré d'automatisation de la réponse et l'ampleur des demandes imposées à la mémoire de travail (Best et Millner, 2010).

Des chercheurs japonais (Ikeda, Okuzumi, et Kokubun, 2014) se sont intéressés aux tâches analogues à celle du *Stroop* impliquant une représentation picturale comme celle utilisée pour mesurer l'inhibition cognitive des plus jeunes participants de la présente étude. Deux conditions ont été étudiées. Dans la première, la condition *Real Animal Size Test*, les participants devaient signifier le plus rapidement possible si l'animal représenté de manière picturale était gros ou petit dans la vie, indépendamment de la taille de l'image présentée (Ikeda, Okuzumi, et Kokubun, 2014). L'interférence serait générée par l'incongruence entre l'information visuelle et la connaissance sémantique de l'enfant concernant la taille réelle de l'animal (par exemple, petite image représentant un gros animal). Dans la seconde, la condition *Pictorial Animal Size Test*, les participants devaient nommer la taille de l'image sans égard à la taille réelle de l'animal (Ikeda, Okuzumi, et Kokubun, 2014). Des différences relatives à l'âge des participants se sont affirmées. Ainsi, les auteurs ont démontré que les jeunes enfants ne sont pas aussi sensibles à l'interférence que leurs pairs plus âgés dans une tâche de type *Real Animal Size Test*, mais tout autant dans une condition de *Pictorial Animal Size Test* (Ikeda, Okuzumi et Kokubun, 2014). Puisque la tâche *Attention expressive* de la batterie neuropsychologique utilisée dans cette étude requiert l'inhibition de la taille picturale au profit de la dénomination de la taille réelle de l'animal, des difficultés sur le plan de l'inhibition cognitive ont pu passer inaperçues dans le groupe d'âge des 6-7 ans.

La différence observée entre les compétences d'inhibition cognitive des plus jeunes enfants (6-7 ans) de l'échantillon et des plus âgés (8-11 ans) pourrait aussi être conséquente au fait que le point de césure entre ces tranches d'âges correspond à une période cruciale dans le développement des fonctions exécutives. En effet, les techniques d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle ont permis de

démontrer, images à l'appui, que seuls les enfants de plus de 7 ans étaient en mesure d'inhiber certains biais de raisonnement quantitatif (Houdé *et al.*, 2011). Il semble donc qu'autour de 7 ans, des changements significatifs surviennent sur le plan de l'inhibition. Le développement des fonctions exécutives s'amorcerait avant même l'âge de deux ans, elles s'apprécieraient substantiellement entre l'âge de 5 et 8 ans (Anderson, 2002; Romine et Reynolds, 2005). Il est donc plausible que les normes disponibles pour ce groupe d'âge ne permettent pas de discriminer les performances évoluant vers la normalité de celles annonçant un dysfonctionnement, puisque l'inhibition est alors en plein essor.

La littérature scientifique suggère que les conséquences des mauvais traitements sur le développement des fonctions cognitives sont multiples et tendent à se maintenir dans le temps (Irigaray *et al.*, 2013; Masson, Bussières, East-Richard, R-Mercier, et Cellard, 2015). De telles séquelles constitueraient la toile de fond au développement de diverses psychopathologies. Les personnes ayant des troubles cognitifs sont plus vulnérables sur le plan de la santé mentale et subir de mauvais traitements parentaux semble alourdir leur fardeau. Les patients hospitalisés en psychiatrie ayant des antécédents de mauvais traitements souffrent généralement d'un dysfonctionnement cognitif plus important que ceux sans antécédents de mauvais traitements (Kavanaugh et Holler, 2014). C'est donc ainsi que l'interdépendance du développement cognitif et socioaffectif se dévoile (par exemple, Dumont et Moss, 1992). Dans le domaine de la maltraitance par exemple, les problèmes d'attention se révèlent être un médiateur entre l'occurrence des mauvais traitements parentaux et le développement ultérieur de troubles de comportements chez l'enfant (Garrido, Taussig, Culhane, et Raviv, 2011). Les mécanismes par lesquels la présence de stigmas cognitifs influence le développement ultérieur de troubles sur le plan social, affectif et comportemental se précisent peu à peu. Mais de toute évidence, les victimes de maltraitance présentent plus de problèmes de santé mentale affectant leur fonctionnement affectif et comportemental (Loughan et Perna, 2014).

Les données recueillies auprès des jeunes du programme *Grandir ensemble* signalent en effet des difficultés importantes concernant leur ajustement socioaffectif. Lorsque débute l'intervention, garçons et filles de l'échantillon se distinguent de manière franche des jeunes de la population générale d'âge équivalent. Les jeunes victimisés obtiennent aux échelles de l'ASEBA des scores supérieurs à la moyenne en ce qui a trait aux problèmes intériorisés et des scores cliniques pour les problèmes extériorisés. Ces résultats sont très similaires à ceux issus d'une vaste étude longitudinale, la *National Survey of Child and Adolescent Well-Being*, portant sur le bien-être psychologique de 5 501 jeunes signalés aux services américains de protection de l'enfance. La chercheuse McCrae (2009) rapporte que sur une période de trois ans, 46% de ces enfants signalés ont, à un moment ou un autre, présenté des problèmes cliniquement significatifs à l'échelle des comportements externalisés et 33% d'entre eux à l'échelle des problèmes internalisés. Les données concernant les jeunes participants du programme *Grandir ensemble* correspondent à 51,5% de scores cliniques pour les problèmes externalisés et 30% pour les problèmes internalisés. Cependant, les données de la présente étude concernent l'occurrence de problèmes externalisés et internalisés, tandis que ceux obtenus par McCrae correspondent à l'incidence de tels problèmes sur une période de trois ans. Ceci laisse à penser que, même en comparaison à d'autres enfants signalés aux services d'aide à l'enfance, les jeunes orientés vers le programme *Grandir ensemble* sont particulièrement vulnérables lorsque les interventions débutent.

Certaines différences liées au sexe s'affirment au sein de l'échantillon. Les garçons paraissent avoir plus de difficultés sur le plan des conduites externalisées (62,5% de scores cliniques chez les garçons comparativement à 23,5% chez les filles). Les garçons ne semblent pas pour autant présenter un meilleur fonctionnement sur le plan internalisé. Une augmentation plus marquée est observée à l'échelle Retiré/Déprimé (25% obtiennent un score cliniquement significatif) indiquant que plusieurs garçons semblent manquer d'énergie, qu'ils sont cachottiers ou de mauvaise humeur. Ils sont

aussi très nombreux à présenter des problèmes d'attention. De même, jusqu'à 75% d'entre eux présenteraient des indices d'un trouble attentionnel comme par exemple de l'impulsivité, de l'agitation, un manque de concentration, de la difficulté à terminer ce qu'ils entreprennent et un pauvre rendement scolaire. La proportion de garçons du programme *Grandir ensemble* qui ont des scores se situant dans la zone limite (25%) et clinique (50%) à l'échelle mesurant les problèmes attentionnels est bien plus importante que dans l'étude de McCrae (2009) où 18% des jeunes présentaient des scores cliniques.

Compte tenu des lacunes relevées par le biais des tests cognitifs en ce qui concerne l'attention et les fonctions exécutives chez les enfants du programme *Grandir ensemble* et considérant le nombre très important de jeunes présentant des problèmes attentionnels cliniquement significatifs au questionnaire comportemental, ces résultats laissent supposer qu'un bon nombre d'enfants de l'échantillon souffre d'un trouble de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH) dont la prise en charge n'est pas appropriée. Il est regrettable de ne pas avoir colligé systématiquement la prévalence de ce trouble auprès des parents lors de la cueillette de données, d'autant que le TDAH est un facteur de risque de maltraitance (Ouyang, Fang, Mercy, Perou, et Grosse, 2008) et que les enfants pris en charge par les services de protection de l'enfance qui présentent des troubles particuliers sont deux fois plus à risque d'être placés (Lightfoot, Hill, et LaLiberte, 2011). Les interactions entre parents et enfants TDAH sont souvent plus conflictuelles. Le fait de subir de la maltraitance parentale place l'enfant en situation de stress, ce qui a pour conséquence d'exacerber certains symptômes liés au TDAH (Richards, 2013). Ces enfants représentent sans doute un défi majeur pour les parents qui ont la responsabilité de gérer les comportements difficiles de leur enfant. Le TDAH toutefois n'explique pas l'étendue et l'ampleur des difficultés relevées auprès des jeunes orientés vers le programme *Grandir ensemble*. Ces derniers pourraient présenter un trouble plus compromettant encore, un trouble complexe du développement induit par des facteurs environnementaux (Cicchetti et Rogosch, 2001; De Bellis, 2001, 2005;

De Bellis *et al.*, 2002) ou trouble du développement traumatique (Cloitre *et al.*, 2009; Lawson et Quinn, 2013; van der Kolk, 2005).

Le concept de trouble complexe de développement découle du modèle de la traumatologie développementale, selon lequel l'exposition à des situations de stress chronique modifie le fonctionnement neurobiologique des victimes de mauvais traitements de la part de leurs parents de façon à augmenter leur vulnérabilité à diverses pathologies leur vie durant. Selon ce modèle explicatif des conséquences de la maltraitance, une altération du fonctionnement cognitif tout comme le développement de troubles relevant de la santé mentale résulterait d'une conjoncture particulière : une vulnérabilité endogène et des conditions environnementales adverses. De cette proposition découlent certaines orientations cliniques à privilégier.

D'abord, l'ampleur et l'étendue des difficultés reconnues chez les enfants dont la problématique de maltraitance est sévère commandent une évaluation systématique de leur santé et de leur développement. Au sein des pratiques actuelles en protection de la jeunesse, les intervenants peuvent recourir à la *Grille d'évaluation des enfants de 0 à 5 ans* (Vézina, 2005) pour dépister des retards de développement et identifier les jeunes enfants qui requièrent une évaluation approfondie. De tels outils ne sont pas encore offerts pour rendre compte du fonctionnement de jeunes d'âge scolaire. L'élaboration d'instruments analogues devrait susciter l'intérêt et l'engagement des cliniciens et chercheurs.

Ensuite, compte tenu du rôle central du stress dans l'étiologie du trouble complexe de développement, il apparaît incontournable de déployer des ressources thérapeutiques nécessaires, afin de résoudre les traumatismes interpersonnels avec lesquels composent les victimes de maltraitance parentale. En ce sens, les initiatives telles que le programme ARC (*Attachment, Self-Regulation, and Competency*; Blaustein et Kinniburgh, 2010) et le programme *ÊTRE* (Éthier, Nolin, Adam, Bourassa, et Simard,

2010), des interventions toutes deux mises à l'essai dans certains centres jeunesse du Québec méritent l'attention des décideurs et des cliniciens.

Incidemment, il ne faudrait pas se résigner devant les lacunes cognitives objectivées au sein de l'échantillon de jeunes, mais au contraire, promouvoir l'élaboration d'interventions visant cet aspect du développement des jeunes desservis par les centres jeunesse. Depuis peu, des interventions de remédiation cognitive sont offertes au CJM-IU dans le cadre d'une étude de faisabilité dirigée par Dre Cellard, professeure adjointe à l'École de psychologie de l'Université Laval (R. Mercier, Lemay et Cellard, 2015). L'initiative est tout à fait singulière dans le contexte des services de protection. Ainsi, l'équipe de recherche se consacre à l'implantation et l'évaluation de *CIRCuiTS* (*Computerized Interactive Remediation of Cognition Training for Schizophrenia*). Il s'agit d'un entraînement aux habiletés cognitives (par exemple, l'attention, la mémoire de travail et mémoire épisodique, les fonctions exécutives) réalisé à travers différentes tâches informatisées sur logiciel. Les jeunes sont accompagnés d'un thérapeute tout au long des séances de remédiation et ce *coach* favorise l'atteinte des objectifs du jeune (par exemple, apprendre à utiliser un agenda) et le développement de stratégies métacognitives permettant de composer plus efficacement avec les défis du quotidien. Les résultats concernant la faisabilité et les retombées de l'intervention ne sont pas encore démystifiés, mais le programme de remédiation reçoit, semble-t-il, un accueil positif de la part des participants (R. Mercier, Lemay et Cellard, 2015). L'initiative mérite que l'on s'y attarde dans la mesure où très peu d'interventions sont déployées pour favoriser spécialement le développement cognitif des jeunes victimisés et les besoins de cette clientèle en matière de réadaptation sont considérables comme en témoignent proprement les résultats de la présente étude.

La santé et le développement des jeunes exigent en effet que l'accessibilité aux soins des familles les plus vulnérables comme celles orientées vers le programme *Grandir ensemble* soit facilitée. À ce propos, bien que la question n'ait pas été posée directement

aux parents, nombreux sont ceux qui ont tenu à souligner que le manque de soins était un facteur aggravant leur fonctionnement familial. Il va sans dire que les intervenants psychosociaux pourraient s'avérer de précieux alliés en accompagnant les familles dans leurs démarches visant à se doter d'un médecin de famille ou à trouver les ressources spécialisées requises pour eux-mêmes ou leur enfant. Pour que cela soit possible cependant, au niveau organisationnel, d'importants efforts devront être consacrés pour accroître et affermir les liens avec le réseau de soins de la santé et de services sociaux, afin d'assurer continuité et complémentarité dans les services offerts à cette population particulièrement vulnérable. L'accessibilité à des soins efficaces en santé mentale est incontournable et cruciale au moment d'élaborer un plan de services approprié pour cette clientèle manifestant de criants besoins.

De manière générale, les programmes d'interventions psychosociaux tendraient outre mesure à concentrer leurs efforts à l'amélioration des pratiques parentales au dam d'interventions rééducatives auprès des enfants, de même qu'au détriment d'interventions écosystémiques (Young, 2011). Tandis que le modèle de la traumatologie développementale offre une conceptualisation permettant de définir les atteintes cognitives et socioaffectives telles que celles objectivées dans l'échantillon de jeunes orientés vers le programme (un modèle des conséquences de la maltraitance, pour ainsi dire), le modèle écologique définit la maltraitance comme un phénomène multidéterminé dont la lutte commande des interventions à plusieurs niveaux du système (modèle des causes de la maltraitance). Le programme psychosocial *Grandir ensemble* est, il est vrai, multimodal, mais cette critique lui sied néanmoins indéniablement. Le programme *Grandir ensemble* gagnerait à bonifier son volet rééducatif auprès des jeunes, mais également à investir d'autres cibles du système en fonction des besoins particuliers des familles. L'exclusion sociale qui affecte bon nombre de familles dont l'enfant est à risque de placement en milieu substitut requiert que l'on s'y consacre. À cet égard, le programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC) se positionne comme une intervention plus extensive, plus

respectueuse du modèle écologique et dont les retombées semblent encourageantes concernant certaines cibles de l'intervention, notamment en ce qui a trait à l'intégration sociale et communautaire des familles (Bérubé, *et al.*, 2014).

Enfin, l'originalité de ce travail doctoral réside dans son aspiration à mettre en perspective les résultats de sujets de recherche traités le plus souvent séparément, mais qui constituent indéniablement des champs d'études fortement reliés. En effet, il est rare qu'une même étude se dédie d'une part, à l'exploration des retombées réelles d'une intervention psychosociale et d'autre part, à la description approfondie du développement de la clientèle visée par le programme. Cela, quoiqu'à l'évidence, la réponse à l'intervention dépende des caractéristiques des participants qui en bénéficient. À ce propos, la littérature scientifique récente laisse entendre que la vulnérabilité endogène présumée propre aux victimes pourrait s'avérer un atout lorsque les conditions de vie deviennent favorables, c'est-à-dire lorsque le milieu familial se redéploie de manière à sécuriser et à stimuler adéquatement l'enfant. Ainsi, plutôt qu'une conceptualisation mettant de l'avant une vulnérabilité accrue et néfaste conséquemment aux mauvais parentaux, certains auteurs y voient une sensibilité dont il est possible de tirer avantage (« *vantage sensitivity* », Pluess et Belsky, 2013). C'est que ceux qui subissent le plus remarquablement les effets nocifs du stress sont aussi ceux qui profitent le plus du retour à un niveau de stress inférieur (Pluess et Belsky, 2013). Certains évoquent un effet « pour le meilleur et pour le pire » en fonction de la qualité des soins parentaux reçus (Belsky, Bakermans-Kranenburg, et van IJzendoorn, 2007). En définitive, il nous faut donc redoubler d'efforts pour développer des services qui sauront répondre avec justesse aux multiples besoins des familles les plus ardemment mises à l'épreuve, puis faire en sorte que les parents améliorent substantiellement leurs pratiques parentales, car les jeunes les plus affectés par leur victimisation sont aussi ceux qui risquent d'en profiter le plus.

CONCLUSION

Le programme d'intervention psychosocial *Grandir ensemble* poursuit l'objectif de la préservation des familles, c'est-à-dire autant que possible éviter le placement des enfants en milieu substitut. Il s'adresse aux familles dont la problématique est jugée sévère. Les intervenants composent avec des familles négligentes, bien que d'autres formes de mauvais traitements soient souvent présentes en concomitance. Dans tous les cas, le dysfonctionnement familial est tel que la famille requiert un accompagnement intensif et des interventions diversifiées. Le programme s'échelonne sur 23 semaines et est qualifié de multimodal puisqu'il implique des rencontres de groupe pour les enfants et leurs parents, des activités combinées réunissant les dyades et des interventions octroyées directement dans le milieu familial pour faciliter la mise en pratique des habiletés développées lors des rencontres de groupe.

Depuis l'implantation du programme en 2004, les intervenants et décideurs du CJM-IU manifestaient leur intérêt à en connaître les retombées cliniques. D'autant que, ce programme origine de l'initiative des cliniciens de l'organisation et jouit d'un certain succès d'estime. Cette thèse est l'issue d'une démarche de collaboration amorcée en 2007 entre le CJM-IU et l'équipe de recherche. La visée de l'étude est pratique. L'équipe entend répondre aux questionnements de l'organisation concernant l'adéquation entre les services offerts et les besoins des familles. Il s'agit d'une étude d'effectivité, s'intéressant aux retombées réelles de l'intervention dans le contexte singulier dans laquelle elle est effectivement rendue aux familles. En ce sens, elle se démarque d'autres démarches évaluatives par sa validité écologique. De plus, puisque l'équipe s'est attardée à dresser le portrait du développement cognitif et de l'ajustement

socioaffectif de ces enfants à risque de placement, elle contribue à l'avancement des connaissances dans le domaine du développement de l'enfant victimisé.

Les objectifs de cette étude se déclinent en deux volets. Premièrement, détailler les effets du programme *Grandir ensemble* sur les principales cibles de l'intervention tel qu'offert alors au CJM-IU et deuxièmement, décrire le développement cognitif et l'ajustement socioaffectif des enfants orientés vers ce programme. Afin de répondre à ces questions de recherche, 67 familles ont répondu à des questionnaires comportementaux. De ce nombre, 35 familles ont bénéficié du programme *Grandir ensemble* (groupe expérimental) et 32 familles d'autres services du CJM-IU (groupe de comparaison). Il n'y a pas eu d'assignation aléatoire; l'orientation des familles s'est réalisée par les intervenants du CJM-IU selon ce qu'ils estimaient être l'intervention la plus pertinente en fonction des besoins de ces dernières. La perception des intervenants sociaux a été sondée pour déterminer le risque encouru par l'enfant du fait d'être maintenu dans sa famille avant et après l'intervention. En outre, 40 enfants issus du groupe expérimental ont subi une évaluation cognitive. Le devis de recherche permet la comparaison des groupes concernant l'évolution des familles sur les cibles proximales du programme à l'étude. Cependant, certaines variables concernant les cibles intermédiaires du programme ne sont disponibles que pour le groupe expérimental en pré et post intervention.

La vérification de l'équivalence des groupes a montré que les familles du groupe expérimental et du groupe de comparaison sont semblables à bien des égards, permettant ainsi de procéder à des analyses de variance simples. Toutefois, certaines différences relevées mènent à penser que les familles du programme *Grandir ensemble* sont de manière générale plus vulnérables que celles formant le groupe de comparaison. Par exemple, les familles du groupe expérimental sont majoritairement monoparentales, tandis que le groupe de comparaison est formé de familles

biparentales dans la majorité des cas. Les familles du programme *Grandir ensemble* sont aussi moins scolarisées.

Concernant le premier volet de l'étude, les données colligées tendent à suggérer certaines améliorations attribuables à l'intervention expérimentale. En ce qui a trait aux objectifs proximaux du programme, comparativement aux parents du groupe de comparaison, ceux du programme *Grandir ensemble* témoignent d'une plus grande utilisation de stratégies disciplinaires adéquates (par exemple, lorsque l'enfant refuse d'obéir ou s'il se conduit mal, demander à l'enfant de faire un geste réparateur, retirer un privilège, retirer l'enfant quelques minutes) au deuxième temps de mesure. Cette différence inter-groupe est marginale d'un point de vue statistique et constitue le seul effet d'interaction principal du programme qui a été relevé aux termes de la démarche. Outre cet effet attendu, entre le début et la fin des interventions, peu importe l'intervention reçue, les parents semblent faire appel à des pratiques disciplinaires moins punitives et plus constantes, de même qu'ils paraissent recourir plus fréquemment à la discipline verbale positive. De plus, les enfants du groupe expérimental et du groupe de comparaison sont plus coopératifs au deuxième temps de mesure. Or, concernant les objectifs intermédiaires du programme, relevons qu'aucun changement n'est observé concernant le sentiment d'autoefficacité des parents du programme *Grandir ensemble*. La relation parent-enfant ne s'améliore pas malgré les interventions et tend même à se détériorer avec le passage du temps. Bien que les objectifs proximaux du programme ne soient que partiellement atteints et que les gains soient très modestes, le niveau de risque encouru par l'enfant du fait d'être maintenu dans sa famille diminue et les jeunes présentent moins de problèmes de comportement en fin de programme (objectifs intermédiaires). Il semble donc que le programme *Grandir ensemble* puisse concourir à préserver les familles dont la problématique de maltraitance est particulièrement élevée.

Concernant le deuxième volet de l'étude, des difficultés importantes sont mises en évidence chez les enfants du programme *Grandir ensemble* à l'égard de leur développement cognitif et leur ajustement socioaffectif. En ce qui a trait au fonctionnement cognitif de ces jeunes victimes de maltraitance dirigés vers le programme, le quotient intellectuel global, la compréhension verbale, le raisonnement perceptif, la mémoire de travail et la vitesse de traitement de l'information se révèlent inférieurs à la moyenne normative. En outre, les capacités d'attention sont altérées en moyenne chez les participants de l'échantillon, de même que l'inhibition chez les enfants de 8 à 11 ans. Concernant l'ajustement socioaffectif des jeunes, les résultats montrent que lorsqu'ils sont dirigés vers le programme, ces derniers témoignent d'un profil de difficultés interiorisées et exteriorisées. Les garçons sont particulièrement nombreux à présenter des symptômes de TDAH non contrôlés. En somme, lorsque sont comparées les données issues de cette étude à celles de la littérature portant sur le développement d'enfants maltraités, il s'en dégage que les jeunes orientés vers le programme *Grandir ensemble* semblent avoir substantiellement plus de problèmes cognitifs et d'ajustement socioaffectif, même en comparaison à d'autres enfants signalés aux services d'aide à l'enfance. Le tout porte à formuler l'hypothèse d'un état de trouble complexe du développement induit par des facteurs environnementaux pour un certain nombre d'entre eux.

Cette démarche comporte plusieurs limites méthodologiques qui doivent être considérées en regard à la validité de cette étude. D'abord, concernant la composition des groupes, un biais de sélection des participants a pu influencer les résultats, puisque tous les participants recrutés étaient volontaires. Dans le cas du groupe de participants orientés vers le programme *Grandir ensemble*, la représentativité de l'échantillon est sans doute bonne compte tenu du fait que près de 80% des familles sollicitées ont répondu favorablement à l'invitation des chercheurs. Cependant, la situation a été tout autre concernant la formation du groupe de comparaison où d'importantes difficultés ont caractérisé le processus de recrutement. Du strict point de vue déontologique, il

était difficilement concevable de recruter des familles dont la situation de compromission pour l'enfant était jugée élevée ou sévère, mais qui ne recevraient pas d'interventions particulières de la part du CJM-IU. Ainsi, les critères d'inclusion et d'exclusion ont été choisis de manière à permettre aux familles bénéficiant d'autres interventions, par exemple du programme *Ces années incroyables*, d'être intégrées au sein du groupe de comparaison. De plus, considérant que l'assignation aux groupes ne s'est pas faite de manière aléatoire et que la randomisation est la procédure assurant la meilleure distribution possible des facteurs confondants susceptibles d'expliquer les résultats, l'équivalence des groupes est incertaine. Il est également à déplorer que certaines données n'aient pas été colligées auprès du groupe de comparaison (par exemple, le niveau de risque encouru par l'enfant du fait d'être maintenu dans sa famille), puisque ces données auraient pu être utilisées pour tenir compte de différences *a priori* entre les groupes. Ces critiques sont d'autant importantes que la taille de l'échantillon des groupes est restreinte. Ce faisant, le manque de puissance statistique est sans doute l'une des plus contraignantes limites de cette étude.

Parmi les autres critiques pouvant être formulées à l'endroit de cette démarche, le choix des mesures d'efficacité par le seul biais de questionnaires comportementaux, le manque d'information concernant l'implantation du programme et le fait de disposer d'un seul temps de mesure post-intervention sont autant de facteurs qui limitent la portée de l'étude. Dans la perspective d'objectiver les retombées du programme *Grandir ensemble*, il aurait été souhaitable d'introduire des mesures d'observation directe du comportement dans le devis d'évaluation, afin d'étayer les résultats issus des questionnaires comportementaux. La démarche évaluative aurait aussi été davantage signifiante si la prise de mesures post-intervention avait été répétée. Puisque certains changements prennent davantage de temps à se concrétiser, il aurait fallu revoir les familles quelques mois après la fin de l'intervention pour en considérer les effets plus tardifs. De même, l'évaluation de l'implantation a clairement été négligée. Cette étude d'effectivité s'intéresse à un programme dont le cadre théorique n'est pas bien défini,

dont les mécanismes d'action du programme ne sont pas élucidés et pour lequel les conditions d'implantation exactes liées au programme et à son animation (par exemple, assiduité des familles aux rencontres, contenu spécifique de chaque séance, modalité de présentation du contenu, qualité de l'animation, nombre de rencontres hebdomadaires au domicile familial, *etc.*) ne sont pas spécifiées. Même si le programme *Grandir ensemble* se veut une intervention se distinguant par sa grande souplesse en ce qui concerne le contenu et les modalités d'animation, il demeure que le manque d'information concernant ces caractéristiques essentielles ne permet pas de vérifier si les résultats mitigés obtenus sont tributaires d'une mise en œuvre incomplète du programme.

Il aurait aussi été éclairant de s'enquérir de la perception des participants concernant leur appréciation du programme en matière de pertinence, de motivation et d'obstacles rencontrés. Des groupes de discussions auraient pu permettre l'équipe de recherche d'être en meilleure position pour cerner les facteurs contributifs à l'efficacité de l'intervention et formuler des recommandations pratiques quant à la poursuite du programme.

En ce qui a trait aux mesures du développement des jeunes du programme *Grandir ensemble*, le développement cognitif est mieux documenté que l'est l'ajustement socioaffectif des enfants. Or, ces données tirées de l'évaluation cognitive n'ont pu être reliées avec certains facteurs historiques personnels (par exemple, complications à la naissance, antécédents médicaux et familiaux). L'étude a aussi évacué des analyses plusieurs caractéristiques de la maltraitance subie : le type de maltraitance (par exemple, négligence seule, abus physique seul, abus sexuel ou négligence avec abus), le moment où les mauvais traitements ont débuté dans la vie de l'enfant, le caractère chronique ou non de la maltraitance et la sévérité des sévices. Ainsi, il est impossible de relier les faibles performances cognitives des enfants à leur condition d'enfant victimisé ni de comprendre comment certaines caractéristiques de la maltraitance ont

pu influencer les résultats présentés dans cette étude. Quant à la mesure de l'ajustement socioaffectif, les données sont issues d'un seul questionnaire rempli par les parents. Même s'il s'agit d'un questionnaire de choix pour mesurer la présence de problèmes émotionnels et comportementaux, il n'en demeure pas moins que le portrait obtenu n'est pas exhaustif. Considérant la prévalence importante de certains troubles mentaux chez les enfants maltraités, par exemple l'état de stress posttraumatique, le TDAH ou le trouble de l'opposition avec provocation, et leurs implications cliniques, il aurait été pertinent d'introduire certaines questions ciblant spécifiquement les symptômes de ces troubles, afin de parfaire la compréhension des besoins de cette clientèle.

Malgré ces limites, les résultats de cette étude doctorale suggèrent que comparativement à d'autres interventions usuelles en protection de l'enfance, le programme *Grandir ensemble* permet certains modestes gains concernant les pratiques parentales qui pourraient participer à la diminution des problèmes émotionnels et comportementaux des enfants et à la diminution observée au sein de l'échantillon du niveau risque encouru par l'enfant du fait d'être maintenu dans sa famille d'origine. Or, en regard à l'ampleur des atteintes cognitives et socioaffectives relevées chez cette clientèle, il serait fautif de conclure que le programme constitue une réponse psychosociale satisfaisante en tous points. Le programme *Grandir ensemble*, bien que plus intensif et extensif que d'autres programmes offerts aux familles desservies par le CJM-IU, ne poursuit pas l'objectif de prise en charge de troubles mentaux nécessaire à une reprise du développement chez l'enfant victimisé. Le programme *Grandir ensemble* se révèle donc une intervention psychosociale émergente d'intérêt, mais une réponse incomplète considérant l'ampleur des besoins des jeunes usagers qui commande des interventions de réadaptation bonifiées.

En terminant, le caractère novateur de cette étude doctorale réside dans son ambition de rapprocher deux champs d'intérêt dans le domaine de la maltraitance, à savoir d'une part, l'étude de l'efficacité des interventions de protection et d'autre part, celle du

développement de l'enfant victimisé. Ces deux voies méritent d'être bien investies par les chercheurs d'aujourd'hui et de demain. Au-delà de la question de l'efficacité respective des programmes offerts en protection de la jeunesse, il importe de mieux cerner quel programme est efficace auprès de quelle clientèle étant donné qu'ils visent tous, en fin de compte, le même objectif de consolider les liens familiaux (Bagdasaryan, 2005; Conley, 2007; Littell et Schuerman, 2002; Staudt et Drake, 2002). De même, les études subséquentes devraient s'enquérir de mieux comprendre les liens qui unissent les questions soulevées dans cette thèse, car le développement de l'enfant victimisé et l'efficacité des interventions en protection de l'enfance paraissent intimement liés. Il pourrait s'agir par exemple de préciser de quelle manière le développement de l'enfant est susceptible de moduler la réponse à l'intervention offerte. Il apparaît tout aussi essentiel de connaître les interventions de réadaptation qui favorisent véritablement l'adaptation des enfants ayant subi des mauvais traitements et cela, en s'attardant tout particulièrement au sort des familles dont la problématique de maltraitance est sévère, car c'est auprès de cette clientèle trop souvent mal desservie que les gains pourraient être les plus substantiels.

ANNEXE A

DOCUMENT D'INFORMATION AUX INTERVENANTS



DOCUMENT D'INFORMATION AUX INTERVENANTS

Titre de la recherche : Évaluation de *Grandir ensemble* :
Un programme multimodal de préservation de la famille

Chercheuse principale : Marie-Claude Guay, Ph.D., professeure à l'Université du Québec à Montréal

Chercheur associé : Marc Bigras, Ph.D., professeur à l'Université du Québec à Montréal.

1) Brève présentation du programme

Grandir ensemble est un programme multimodal de préservation de la famille offert au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU). Par le biais de rencontres de groupe pour les parents, pour les enfants et par des visites régulières au domicile des familles pour intervenir directement auprès de la dyade parent-enfant, le programme vise à améliorer les compétences parentales, les habiletés sociales de l'enfant, la relation parent-enfant et enfin, prévenir le placement des enfants en milieu substitut.

2) Résumé de la recherche

L'étude comporte trois objectifs principaux :

- Décrire le développement cognitif et socioaffectif des enfants participants.
- Décrire les effets des programmes *Grandir ensemble*, *Ces années incroyables* et des services réguliers du CJM-IU.
- Décrire le portrait des familles et des enfants qui profiteront de *Grandir ensemble*, de *Ces années incroyables* et des services réguliers du CJM-IU.

Cette recherche soulève donc la question de l'orientation de la clientèle. Considérant que chacune des familles dont la situation de l'enfant est prise en charge par les services de protection de l'enfance a ses particularités, ses ressources et ses besoins, une offre variée de services est sans aucun doute nécessaire. Le but de l'étude n'est donc pas de déterminer lequel des services (*Grandir ensemble*, *Ces années incroyables*, services réguliers) est LE meilleur, mais plutôt de connaître quel service est efficace auprès de quelle clientèle. Dans cette perspective, il est important de dresser le portrait des familles qui bénéficient des services du CJM-IU et de bien documenter les effets de ces différentes interventions. À la lumière des résultats, l'équipe de recherche pourra proposer des recommandations pertinentes, notamment quant à l'orientation de la clientèle à diverses modalités d'interventions offertes au CJM-IU.

Cette étude implique la formation de trois groupes de participants volontaires, c'est-à-dire que tous les participants devront consentir de manière libre et éclairée à participer à la recherche. Un premier groupe sera composé d'environ 45 familles de *Grandir ensemble*, donc sur un an à partir de deux cohortes de participants (session automne 2008 et hiver 2009). Un deuxième groupe sera formé d'environ 45 familles de *Ces années incroyables* et le troisième groupe, de 45 familles identifiées comme à risque de placement, qui reçoivent les services réguliers d'un CJ, mais pas de programme particulière. Donc, nous recruteront près de 135 familles disposées à participer au projet. Afin de rencontrer les objectifs de la recherche, il y aura deux temps de mesure : au début et à la fin des programmes. Nous allons donc mesurer où se situent les familles avant l'intervention et après l'intervention, afin de vérifier si leur situation s'est améliorée sur les variables que nous avons sélectionnées.

COMMENT PROCÈDERONT L'ÉQUIPE DE RECHERCHE POUR RÉPONDRE AUX OBJECTIFS DE L'ÉTUDE?

Nous sommes heureux de vous annoncer que notre équipe recherche collaborera avec celle de Sylvie Normandeau de l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal (UdeM), afin de ne pas solliciter les personnes impliquées dans le programme *Ces années incroyables* (parents, enfants, intervenants).

Les coordonnatrices contacteront par téléphone tous les parents inscrits à *Grandir ensemble* ou à *Ces années incroyables* pour proposer qu'un assistant de recherche les visite afin de leur présenter le projet. S'ils acceptent, un rendez-vous sera planifié au domicile à la convenance du parent. Lors de leur première visite, des assistants de recherche présenteront le formulaire de consentement aux parents. Si le parent visité consent à participer à la recherche, l'assistant l'accompagnera pour compléter une série de questionnaires à deux reprises : au début et à la fin des programmes. Les thèmes couverts par les questionnaires seront : le développement socioaffectif de l'enfant, ses habiletés, ses comportements, la façon dont les parents perçoivent les comportements de leur enfant, comment il les gère, la confiance dans leurs capacités parentales et leurs motivations à améliorer leur relation avec leur enfant.

Les intervenants demandeurs complèteront eux-aussi un court questionnaire permettant d'estimer le niveau de risque pour chaque famille qui participera à l'étude au début et à la fin des programmes. Ainsi, les effets des interventions seront mesurés en considérant la différence entre les données recueillies au début et à la fin des programmes.

Le développement cognitif des enfants sera évalué à partir de tests neuropsychologiques à une seule occasion au cours de l'étude, car les interventions ne devraient pas avoir d'impact à court terme sur le développement cognitif des enfants. Bien sûr, il y a un risque de biais inhérent au fait que les participants étudiés auront pour une majorité consentis à participer à des programmes d'intervention. Toutefois, nous croyons qu'il est important de décrire le développement de ces enfants, car cela nous permettra de mieux comprendre ce qui semble relié au fait que les familles profitent ou non des services qui leur sont offerts. Pour les familles inscrites à *Grandir ensemble*, cette évaluation aura lieu dans les locaux où les participants se regroupent chaque semaine. Pour les autres participants, les coordonnatrices contacteront par téléphone les parents, afin de planifier cette évaluation à leur convenance.

QU'EST-CE QUE CETTE ÉTUDE IMPLIQUE POUR LES ÉQUIPES ENFANCE DU CJM-IU?

La participation des équipes enfance du CJM-IU est essentielle pour le bon fonctionnement de l'étude. L'équipe de recherche vous assure en retour son entière collaboration tout au long du processus. Vous pourrez joindre par téléphone et par courriel la coordonnatrice, Julie Morin, qui pourra répondre à vos questions. Voici donc les coordonnées pour joindre l'équipe de recherche de l'UQAM :

Par téléphone : 514-896-3226

Par courriel : julie.morin@cjm-iu-qc.ca

INTERVENANTS DEMANDEURS :

Avant les rencontres de groupe

- À la demande des chefs de service, les intervenants demandeurs informent les parents inscrits à *Grandir ensemble* ou à *Ces années incroyables* à l'effet qu'une recherche est en cours et que s'ils y consentent, la coordonnatrice les téléphonera à cet effet pour leur expliquer la recherche.

Au début des rencontres de groupe

- Les intervenants demandeurs complètent un court questionnaire d'environ 20 questions pour estimer le niveau de risque des familles auprès desquelles ils agissent à titre de demandeur en début de programme. Les questionnaires devront être acheminés au bureau de la coordonnatrice, Julie Morin, au 1001 Maisonneuve par courrier interne.

À la fin des rencontres de groupe

- En fin de programme, les intervenants demandeurs estimeront à nouveau le risque à partir d'un questionnaire similaire spécialement conçu pour réévaluer le niveau de risque pour les enfants maintenus dans leur famille. Les questionnaires devront aussi être acheminés au bureau de la coordonnatrice, Julie Morin, au 1001 Maisonneuve par courrier interne.

INTERVENANTS ANIMATEURS :

Après chaque animation de rencontres de groupe

- Les intervenants animateurs de *Grandir ensemble* et de *Ces années incroyables* prennent note des changements apportés à la programmation originale à la fin de chaque rencontre de groupe dans l'outil de monitoring informatisé du programme auquel ils participent à titre d'animateur. Pour *Grandir ensemble*, ces données d'implantation seront transmises à la coordonnatrice, Julie Morin de l'UQAM, par Jean Lacasse, chargé de projet au CJM-IU à la fin du programme. Pour *Ces années incroyables*, les animateurs transmettront ces informations directement à la coordonnatrice Julie Allard de l'UdeM comme ils avaient l'habitude de s'y prendre lors des dernières sessions d'animation.

ANNEXE B

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LES PARENTS

Titre de la recherche : **Évaluation de *Grandir ensemble* :**
Un programme multimodal de préservation de la famille

Chercheuse principale : Marie-Claude Guay, Ph.D., professeure à l'Université du Québec à Montréal

Chercheur associé : Marc Bigras, Ph.D., professeur à l'Université du Québec à Montréal.

Madame, Monsieur,

Par la présente, nous sollicitons votre participation et celle de votre ou vos enfant(s) à une étude réalisée par l'Université du Québec à Montréal (UQAM), en collaboration avec le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU).

Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire d'information et de consentement. Il se peut que cette lettre contienne des mots ou des expressions que vous ne compreniez pas ou que vous ayez des questions. Si c'est le cas, n'hésitez pas à nous en faire part. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider.

3) **En quoi consiste cette recherche?**

Le Centre jeunesse de Montréal offre différents services tels que *Grandir ensemble*, *Ces années incroyables* et les services réguliers pour aider les parents dans leur relation avec leur(s) enfant(s). Vous êtes invités à participer à une recherche menée par une équipe de l'UQAM qui souhaite établir quels sont les effets des services qui vous sont offerts à vous et à votre ou vos enfant(s) et évaluer dans quelle mesure ça répond à vos besoins. Pour ce faire, nous désirons dresser le portrait des enfants (par exemple, leur développement, leurs comportements, leurs habiletés, leur perception de leur qualité de vie) et des parents (la façon dont ils perçoivent les comportements de leur enfant et les gère, la confiance dans leurs capacités parentales, leurs motivations à améliorer leur relation avec leur(s) enfant(s). Ceci devrait nous permettre de mieux orienter les familles aux différents services et programmes offerts par les Centres jeunesse.

4) Qu'est-ce qui sera concrètement attendu de moi si je participe à cette recherche?

Pour les parents

- D'abord, après avoir pris connaissance de ce formulaire d'information et de consentement, signer le consentement. Ce formulaire atteste que vous consentez à ce que vous-même et votre ou vos enfant(s) participiez à ce projet de recherche.
- Nous vous demanderons de compléter une série de questionnaires à deux reprises pendant l'étude : au début et à la fin du programme si vous êtes inscrits à *Grandir ensemble* ou *Ces années incroyables*. Si vous recevez les services réguliers, la série de questionnaires sera à compléter à deux reprises, à environ 20 semaines d'intervalle. Chaque fois, ceci devrait prendre environ 2 heures à 2 heures et demie de votre temps. Pour ce faire, vous bénéficierez de l'aide d'un assistant de recherche qui se rendra à votre domicile, selon vos disponibilités. Les thèmes couverts par les questionnaires seront : le développement de votre ou vos enfant(s), leurs habiletés, leurs comportements, la façon dont les parents perçoivent les comportements de leur(s) enfant(s), comment il les gère, la confiance dans leurs capacités parentales et leurs motivations à améliorer leur relation avec leur(s) enfant(s). Votre intervenant complètera aussi un petit questionnaire concernant sa perception du niveau de bien-être de votre ou vos enfant(s) dans la famille.

Pour les enfants

- Si vous y consentez, votre ou vos enfant(s) participeront à une évaluation de leur fonctionnement cognitif, c'est-à-dire leur capacité à résoudre des problèmes. Cette évaluation sera réalisée par un étudiant du laboratoire de recherche de la professeure Guay de l'UQAM. À cette même occasion, l'étudiant posera des questions à l'enfant en lui présentant des images pour connaître sa perception de sa qualité de vie. L'évaluation d'une durée d'environ 2 heures aura lieu dans des locaux des Centres jeunesse au début de l'étude. Si vous êtes inscrits à *Grandir ensemble*, cette évaluation aura lieu après l'école pendant l'une des rencontres de groupe pour les enfants. Si vous êtes inscrits à *Ces années incroyables* ou si vous recevez les services réguliers, la coordonnatrice prendra un rendez-vous avec vous pour planifier cette évaluation. Si plus d'un enfant de votre famille participent à l'étude, ceux-ci seront évalués en la même occasion.

5) Y aura-t-il des avantages pour moi à participer à cette recherche?

Non. Vous ne retirerez aucun avantage direct à participer à ce projet de recherche ni de compensation (ex. montant d'argent, cadeau). Cependant, cette étude souhaite établir des liens entre les caractéristiques et besoins des familles et l'efficacité des interventions, selon le type de services reçus. Ceci pourrait permettre d'améliorer les services à des familles comme la vôtre.

6) Est-ce qu'il y a des risques ou des inconvénients pour moi si je participe à l'étude?

Il y a très peu de risques liés à votre participation. Toutefois, il se peut que les questions posées vous amènent à aborder des sujets qui sont difficiles pour vous. Si vous ressentez un malaise, n'hésitez pas à en parler à la coordonnatrice qui pourra vous diriger vers des ressources d'aide appropriées. Les inconvénients à votre participation concernent principalement le temps nécessaire pour remplir les questionnaires et pour la séance d'évaluation de votre ou vos enfant(s).

7) Est-ce que les renseignements que je donnerai seront confidentiels?

Tous les renseignements recueillis seront traités de manière confidentielle et ne seront utilisés qu'à des fins de recherche. Comme nous collaborons avec une équipe de l'Université de Montréal (UdeM) qui étudie le programme *Ces années incroyables*, nous partagerons avec eux l'ensemble des informations recueillies aux fins de la recherche. Les membres de l'équipe de recherche de l'UQAM et de l'UdeM doivent signer un formulaire d'engagement à la confidentialité, c'est-à-dire qu'ils s'engagent à ne divulguer vos réponses à personne, même à votre intervenant. Évidemment, les informations que vous donnerez ne seront pas mentionnées dans votre dossier aux Centres jeunesse. On vous attribuera un numéro de code et seules la chercheuse principale et son assistante auront la liste correspondante avec vos données personnelles. Les renseignements seront conservés dans un classeur sous clé situé dans le bureau fermé de la coordonnatrice de recherche de l'UQAM. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée, c'est-à-dire qu'il ne sera pas possible de savoir qui a dit quoi. Vos renseignements personnels seront détruits 5 ans après la fin du projet de recherche.

Cependant, si vous dévoilez une situation qui compromet la sécurité ou le développement de votre ou vos enfant(s), les membres de l'équipe de recherche devront la signaler au directeur de la protection de la jeunesse afin que votre ou vos enfant(s) puisse(nt) recevoir de l'aide. Il est également possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au comité d'éthique de la recherche du Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire et aux organismes subventionnaires de la recherche à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

8) Est-ce que je pourrai connaître les résultats de la recherche?

Oui. Les résultats du projet seront diffusés en tant que données de groupe. Cela signifie que vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, veuillez indiquer une adresse (civile ou courriel) où nous pourrions vous le faire parvenir :

Cependant, après l'évaluation du fonctionnement cognitif, si les responsables de l'étude venaient à soupçonner un problème particulier chez votre ou vos enfant(s) qui devrait faire l'objet d'une consultation médicale, vous serez évidemment mis au courant. Dans ce cas, la coordonnatrice vous téléphonera pour prendre rendez-vous avec vous pour vous informer des résultats de l'évaluation. Elle préparera une interprétation des résultats et un résumé écrit de ses observations qui pourra être transmis au médecin ou au pédiatre de l'enfant.

9) Est-ce que je suis obligé de participer à la recherche ou d'y participer jusqu'à la fin?

Non. Vous êtes libre de participer à la recherche et de vous retirer de la recherche, sans que vous ayez besoin de vous justifier, et sans que cela nuise aux relations avec les intervenants et autres professionnels impliqués aux Centres jeunesse. Votre refus ne sera d'ailleurs pas mentionné dans votre dossier. Les renseignements que vous aurez déjà donnés seront alors détruits. Le chercheur pourrait lui aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche s'il pense notamment que c'est dans votre intérêt ou celui de l'ensemble des participants.

10) Si j'ai besoin de plus d'information avant de me décider ou tout au long de la recherche, qui pourrai-je contacter?

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter Julie Morin, coordonnatrice de recherche et étudiante au doctorat en psychologie à l'UQAM au numéro de téléphone 514-896-3226.

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler toute plainte, vous pouvez contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services des Centres jeunesse au numéro suivant : 514-593-3600.

11) Consentement à la recherche

Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement. Je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. Je consens également à ce que mon ou mes enfant(s) participe(nt) à ce projet de recherche. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends que je suis libre de participer ou non à la recherche sans que cela me nuise. Je sais que je peux me retirer en tout temps, sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne me cause un tort.

Je comprends aussi qu'en signant ce formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux et ne libère ni les chercheurs ni le Centre jeunesse et le commanditaire de la recherche de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Je conserve une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

Nom de l'enfant participant

Date de naissance

Nom de l'enfant participant

Date de naissance

Nom de l'enfant participant

Date de naissance

Nom du parent participant

Signature du parent

Date

Nous vous remercions de l'intérêt que vous porterez à ce projet.

12) Déclaration de l'assistant de recherche

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je m'engage à respecter la confidentialité. J'ai remis une copie signée du présent formulaire. Je m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Nom de l'assistant de recherche

Signature

Date

13) Signatures des chercheurs

Marie-Claude Guay, Ph.D.
Chercheure et professeure en psychologie
Université du Québec à Montréal (UQAM)

Julie Morin
Coordonnatrice du projet
Doctorante en psychologie (UQAM)

Une copie formulaire sera conservée à clé dans le bureau principal de la chercheure, madame Guay et une copie signée sera remise aux participants.

- Le projet de recherche et ce formulaire de consentement ont été approuvés par le CER du CJM-IU le: 09-11-2008.

- No de dossier : 08-06/016

- Date de la version du présent formulaire : septembre 2008

ANNEXE C

QUESTIONNAIRES REMPLIS PAR LES PARENTS

Quel est le dernier niveau de scolarité complété par la mère :

- a. Primaire
- b. Secondaire régulier
- c. Secondaire professionnel
- d. CEGEP général
- e. CEGEP technique
- f. Université baccalauréat
- g. Université maîtrise
- h. Université doctorat
- i. Ne sais pas
- j. Autres études (cours spécialisés, spécifiez : _____)

Quel est le dernier niveau de scolarité complété par le père:

- a. Primaire
- b. Secondaire régulier
- c. Secondaire professionnel
- d. CEGEP général
- e. CEGEP technique
- f. Université baccalauréat
- g. Université maîtrise
- h. Université doctorat
- i. Ne sais pas
- j. Autres études (cours spécialisés, spécifiez : _____)

Quelle est la principale source de revenu de la famille?

- a. Travail
- b. Assurance-chômage
- c. Aide sociale
- d. Pension alimentaire
- e. Parents/beaux-parents/amis
- f. Autre (CSST, prêts et bourses...spécifiez : _____)

Dans quelle catégorie suivante se situe le revenu familial total avant impôt? (vous devez compter vos revenus de toutes provenances : salaires, pourboires, pension alimentaire, allocations familiales, etc...)

- a. moins de 14 999\$
- b. de 15 000 à 24 999\$
- c. de 25 000 à 34 999\$
- d. de 35 000 à 44 999\$
- e. de 45 000 à 54 999\$
- f. de 55 000 à 64 999\$
- g. de 65 000 à 74 999\$
- h. de 75 000 à 84 999\$
- i. 85 000\$ et plus

Indiquez la fréquence des contacts sociaux avec les personnes suivantes :

Pour la mère :

	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Régulier (souvent)
Parenté				
Amis				
Collègues travail				
Professionnels (médecin, psychologue...)				

Pour le père :

	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Régulier (souvent)
Parenté				
Amis				
Collègues travail				
Professionnels (médecin, psychologue...)				

AJUSTEMENT SOCIOAFFECTIF DE L'ENFANT

Répondez selon ce que vous savez sur le comportement de l'enfant, même si d'autres personnes ne sont pas nécessairement en accord avec vous. Ayez en tête le comportement de votre enfant (celui mentionné dans le questionnaire socio-démo qui doit être âgé entre 6 et 11 ans et recevoir des services des Centres jeunesse) **présentement ou depuis ces deux dernières semaines.**

Encerclez le **2** si le comportement décrit **s'applique toujours ou souvent** à votre enfant.

Encerclez le **1** s'il **s'applique plus ou moins ou parfois** à votre enfant.

S'il **ne s'applique pas** à votre enfant, encerclez le **0**.

0 = Ne s'applique pas (d'après ce que vous savez)

1 = Plus ou moins vrai ou parfois vrai

2 = Toujours vrai ou souvent vrai

1.	A un comportement trop jeune pour son âge.	0	1	2
2.	Boit des boissons alcoolisées sans la permission de ses parents (précisez):	0	1	2
3.	Est souvent en désaccord.	0	1	2
4.	Ne finit pas ce qu'il-elle commence.	0	1	2
5.	Très peu de choses lui font plaisir.	0	1	2
6.	Défèque ailleurs qu'à la toilette.	0	1	2
7.	Se vante.	0	1	2
8.	A de la difficulté à se concentrer ou à porter attention de façon soutenue.	0	1	2
9.	Ne peut s'empêcher de penser à certaines choses; a des obsessions (précisez):	0	1	2
10.	A de la difficulté à demeurer tranquillement assis-e, est agité-e ou a un comportement hyperactif.	0	1	2
11.	S'accroche trop aux adultes ou dépend trop des autres.	0	1	2
12.	Se plaint de souffrir de solitude.	0	1	2
13.	Est confus-e ou semble être perdu-e dans la brume.	0	1	2
14.	Pleure beaucoup.	0	1	2
15.	Est cruel-le envers les animaux.	0	1	2
16.	Se comporte cruellement ou méchamment envers les autres, brime ou harcèle les autres.	0	1	2
17.	Rêvasse ou est souvent «dans la lune».	0	1	2
18.	Tente délibérément de se blesser ou de se tuer.	0	1	2
19.	Exige beaucoup d'attention.	0	1	2
20.	Détruit les choses qui lui appartiennent.	0	1	2
21.	Détruit les choses qui appartiennent à la famille ou aux autres.	0	1	2
22.	Désobéit à la maison.	0	1	2
23.	Désobéit à l'école.	0	1	2
24.	Ne mange pas bien.	0	1	2
25.	Ne s'entend pas bien avec les autres jeunes.	0	1	2

0 = Ne s'applique pas (d'après ce que vous savez)

1 = Plus ou moins vrai ou parfois vrai

2 = Toujours vrai ou souvent vrai

26. Ne se sent pas coupable après s'être mal comporté-e.	0	1	2
27. Devient facilement en proie à la jalousie.	0	1	2
28. Ne respecte pas les règles établies, que ce soit à la maison, à l'école ou ailleurs.	0	1	2
29. A peur de certains animaux, de certaines situations ou de certains endroits autres que l'école (précisez):	0	1	2
30. A peur d'aller à l'école.	0	1	2
31. A peur d'avoir des pensées ou des comportements répréhensibles.	0	1	2
32. A l'impression de devoir obligatoirement être parfait-e.	0	1	2
33. A l'impression que personne ne l'aime.	0	1	2
34. A l'impression ou se plaint que les autres «veulent sa peau».	0	1	2
35. Se sent inférieur-e ou dévalorisé-e.	0	1	2
36. Se blesse souvent, a souvent des accidents.	0	1	2
37. Se bagarre souvent.	0	1	2
38. Se fait souvent embêter ou taquiner de façon excessive.	0	1	2
39. Se tient avec d'autres personnes qui «font des mauvais coups».	0	1	2
40. Entend des sons ou des voix qui n'existent pas (précisez):	0	1	2
41. Agit sans réfléchir ou impulsivement.	0	1	2
42. Préfère être seul-e qu'être avec d'autres personnes.	0	1	2
43. Ment ou triche.	0	1	2
44. Se ronge les ongles.	0	1	2
45. Est une personne nerveuse ou tendue.	0	1	2
46. A des gestes nerveux ou convulsifs, des tics (précisez):	0	1	2
47. Fait des cauchemars.	0	1	2
48. Les autres jeunes ne l'aiment pas.	0	1	2
49. Est constipé-e, ne défèque pas.	0	1	2
50. Est une personne trop craintive ou anxieuse.	0	1	2
51. A des étourdissements.	0	1	2
52. Se sent trop coupable.	0	1	2
53. Mange trop.	0	1	2
54. Souffre d'épuisement sans raison valable.	0	1	2
55. Son poids est trop élevé.	0	1	2
56. A des problèmes de santé sans cause organique reconnue:			
a) Douleurs ou maux (à l'exclusion des maux de tête ou d'estomac)	0	1	2
b) Maux de tête.	0	1	2
c) Nausées.	0	1	2
D. Problèmes oculaires (qui ne sont pas corrigés par des lunettes) (précisez):	0	1	2

0 = Ne s'applique pas (d'après ce que vous savez)

1 = Plus ou moins vrai ou parfois vrai

2 = Toujours vrai ou souvent vrai

E.	Éruptions ou autres problèmes cutanés.			
F.	Maux ou crampes d'estomac.	0	1	2
G.	Vomissements.	0	1	2
H.	Autre (précisez): _____	0	1	2
57.	Agresse physiquement les gens.	0	1	2
58.	Se met les doigts dans le nez, s'arrache des morceaux de peau ou se gratte sur d'autres parties du corps (précisez): _____	0	1	2
59.	Joue avec ses parties génitales en public.	0	1	2
60.	Joue trop avec ses parties génitales.	0	1	2
61.	Son travail scolaire est de piètre qualité.	0	1	2
62.	A des gestes peu coordonnés ou est maladroit-e.	0	1	2
63.	Préfère être avec des jeunes plus âgés.	0	1	2
64.	Préfère être avec des jeunes moins âgés.	0	1	2
65.	Refuse de parler.	0	1	2
66.	Répète certains gestes continuellement; a des compulsions (précisez): _____	0	1	2
67.	Fait des fugues.	0	1	2
68.	Crie beaucoup.	0	1	2
69.	Est une personne cachottière ou renfermée.	0	1	2
70.	Voit des choses qui n'existent pas (précisez): _____	0	1	2
71.	Est facilement gêné-e ou embarrassé-e	0	1	2
72.	Allume des feux.	0	1	2
73.	A des problèmes sexuels (précisez): _____	0	1	2
74.	Essaie d'impressionner les gens ou fait le clown.	0	1	2
75.	Est trop timide.	0	1	2
76.	Dort moins que les autres jeunes.	0	1	2
77.	Dort plus que les autres jeunes pendant la journée ou la nuit (précisez): _____	0	1	2
78.	Est inattentif-ve ou facilement distrait-e.	0	1	2
79.	Souffre d'un trouble de la parole (précisez) : _____	0	1	2
80.	A l'oeil hagard.	0	1	2
81.	Vole à la maison.	0	1	2
82.	Vole à d'autres endroits qu'à la maison.	0	1	2
83.	Accumule des objets dont il-elle n'a pas besoin (précisez): _____	0	1	2
84.	A un comportement bizarre (précisez): _____	0	1	2
85.	A des idées bizarres (précisez): _____	0	1	2
86.	Est têtu-e, maussade ou irritable.	0	1	2

0 = Ne s'applique pas (d'après ce que vous savez)

1 = Plus ou moins vrai ou parfois vrai

2 = Toujours vrai ou souvent vrai

87. Change d'humeur soudainement.	0	1	2
88. Boude beaucoup.	0	1	2
89. Est méfiant-e.	0	1	2
90. Sacre ou dit des obscénités.	0	1	2
91. Parle de se suicider.	0	1	2
92. Parle durant le sommeil ou est somnambule (précisez):	0	1	2
93. Parle trop.	0	1	2
94. Embête les autres ou les taquine de façon excessive.	0	1	2
95. Fait des crises de colère.	0	1	2
96. Pense trop au sexe.	0	1	2
97. Fait des menaces aux gens.	0	1	2
98. Suce son pouce.	0	1	2
99. Fume, chique ou prise du tabac.	0	1	2
100. Souffre d'insomnie (précisez):	0	1	2
101. Fait l'école buissonnière, manque ses cours.	0	1	2
102. Est une personne peu active, lente ou manquant d'énergie.	0	1	2
103. Est une personne malheureuse, triste ou déprimée.	0	1	2
104. Est particulièrement bruyant-e.	0	1	2
105. Consomme des drogues ou des médicaments pour des raisons autres que médicales (ne considérez pas l'alcool ou le tabac) (précisez):	0	1	2
106. Fait du vandalisme.	0	1	2
107. A des incontinences urinaires pendant le jour.	0	1	2
108. A des incontinences urinaires la nuit.	0	1	2
109. A une voix plaintive.	0	1	2
110. Souhaite être du sexe opposé.	0	1	2
111. Est une personne repliée sur elle-même, ne se mêle pas aux autres.	0	1	2
112. Est une personne inquiète.	0	1	2
113. Veuillez indiquer tout autre problème qu'a votre enfant et qui ne figure pas ci-dessus:			
	0	1	2
	0	1	2
	0	1	2

QUESTIONNAIRE SUR LES PRATIQUES PARENTALES

Les questions de cette section réfèrent aux différentes façons utilisées par les parents pour discipliner leur enfant.

1) Voici une liste d'actions que les parents posent lorsque leur enfant se comporte mal. À quelle fréquence, en général, agissez-vous de cette façon lorsque votre enfant se conduit mal (c'est-à-dire s'il fait quelque chose qu'il n'était pas supposé faire)?

	1 Jamais	2 Rarement	3 Quelquefois	4 Moitié du temps	5 Souvent	6 Très souvent	7 Toujours
a) Observer ce qu'il vient de faire, mais ne rien faire						1 2 3 4 5 6 7	
b) Élever le ton de voix (réprimander ou crier)						1 2 3 4 5 6 7	
c) Amener votre enfant à corriger le problème ou à se reprendre pour son erreur						1 2 3 4 5 6 7	
d) Menacer votre enfant de le punir (sans le punir réellement)						1 2 3 4 5 6 7	
e) Mettre votre enfant en retrait						1 2 3 4 5 6 7	
f) Punir votre enfant						1 2 3 4 5 6 7	
g) Retirer des privilèges (exemple : TV, jouer avec amis)						1 2 3 4 5 6 7	
h) Donner une fessée à votre enfant						1 2 3 4 5 6 7	
i) Gifler ou frapper votre enfant (mais pas une fessée)						1 2 3 4 5 6 7	
j) Ajouter des tâches ménagères à votre enfant						1 2 3 4 5 6 7	
k) Discuter du problème avec l'enfant ou poser des questions						1 2 3 4 5 6 7	

2) Si votre enfant frappe un autre enfant, quelle est la probabilité que vous discipliniez votre enfant de les façons suivantes?

	1 Pas du tout probable	2 Très peu probable	3 Plutôt improbable	4 Modérément probable	5 Plutôt probable	6 Très probable	7 Extrêmement probable
a) Observer ce qu'il vient de faire, mais ne rien faire						1 2 3 4 5 6 7	
b) Élever le ton de voix (réprimander ou crier)						1 2 3 4 5 6 7	
c) Amener votre enfant à corriger le problème ou à se reprendre pour son erreur						1 2 3 4 5 6 7	
d) Menacer votre enfant de le punir (sans le punir réellement)						1 2 3 4 5 6 7	
e) Mettre votre enfant en retrait						1 2 3 4 5 6 7	
f) Punir votre enfant						1 2 3 4 5 6 7	
g) Retirer des privilèges (exemple : TV, jouer avec amis)						1 2 3 4 5 6 7	
h) Donner une fessée à votre enfant						1 2 3 4 5 6 7	
i) Gifler ou frapper votre enfant (mais pas une fessée)						1 2 3 4 5 6 7	
j) Ajouter des tâches ménagères à votre enfant						1 2 3 4 5 6 7	
k) Discuter du problème avec l'enfant ou poser des questions						1 2 3 4 5 6 7	

3) Si votre enfant refuse de faire ce que vous lui avez demandé, quelle est la probabilité que vous utilisiez chacune des techniques disciplinaires suivantes?

1 Pas du tout probable	2 Très peu probable	3 Plutôt improbable	4 Modérément probable	5 Plutôt probable	6 Très probable	7 Extrêmement probable
a) Observer ce qu'il vient de faire, mais ne rien faire					1 2 3 4 5 6 7	
b) Élever le ton de voix (réprimander ou crier)					1 2 3 4 5 6 7	
c) Amener votre enfant à corriger le problème ou à se reprendre pour son erreur					1 2 3 4 5 6 7	
d) Menacer votre enfant de le punir (sans le punir réellement)					1 2 3 4 5 6 7	
e) Mettre votre enfant en retrait					1 2 3 4 5 6 7	
f) Punir votre enfant					1 2 3 4 5 6 7	
g) Retirer des privilèges (exemple : TV, jouer avec amis)					1 2 3 4 5 6 7	
h) Donner une fessée à votre enfant					1 2 3 4 5 6 7	
i) Gifler ou frapper votre enfant (mais pas une fessée)					1 2 3 4 5 6 7	
j) Ajouter des tâches ménagères à votre enfant					1 2 3 4 5 6 7	
k) Discuter du problème avec l'enfant ou poser des questions					1 2 3 4 5 6 7	

4) Indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants :

1 Complètement en accord	2 En accord	3 Plus ou moins en accord	4 En désaccord	5 Complètement en désaccord
a) Parfois, il faut se fâcher contre l'enfant pour qu'il retienne la leçon			1 2 3 4 5	
b) L'enfant apprend mieux lorsqu'il ne sait pas quel type de punition il peut recevoir en cas de mauvaise conduite			1 2 3 4 5	
c) La meilleure façon d'éviter l'apparition de gros problèmes est de discipliner l'enfant alors que le problème est encore petit			1 2 3 4 5	
d) Ne pas intervenir pour les mauvais comportements sans conséquences sérieuses est correct – il est préférable de se concentrer sur ceux qui portent à conséquences graves			1 2 3 4 5	
e) Avoir de la cohérence dans la discipline est plus important que de donner de fortes punitions lors de mauvaises conduites			1 2 3 4 5	

5) En général, à quelle fréquence les situations suivantes se produisent-elles?

1 Jamais	2 Rarement	3 Quelquefois	4 Moitié du temps	5 Souvent	6 Très souvent	7 Toujours
a) Vous demandez à votre enfant de faire quelque chose et il ne le fait pas. Vous abandonnez et cessez de lui demander.					1 2 3 4 5 6 7	
b) Vous avertissez votre enfant qu'il sera puni s'il n'arrête pas. À quelle fréquence le punissez-vous réellement s'il continue de mal agir?					1 2 3 4 5 6 7	
c) À quelle fréquence votre enfant évite-t-il une conséquence alors que vous avez le sentiment que vous auriez dû le punir?					1 2 3 4 5 6 7	
d) Vous avez décidé de punir votre enfant. À quelle fréquence changez-vous d'idée suite à ses explications, excuses ou argumentations?					1 2 3 4 5 6 7	
e) Vous montrez de la colère lorsque vous disciplinez votre enfant.					1 2 3 4 5 6 7	
f) À quelle fréquence faites-vous ou dites-vous des choses que vous ne pensez pas vraiment au cours d'une dispute avec votre enfant?					1 2 3 4 5 6 7	

	1 Jamais	2 Rarement	3 Quelquefois	4 Moitié du temps	5 Souvent	6 Très souvent	7 Toujours
g) À quelle fréquence votre enfant ne respecte pas les règles que vous avez établies?	1	2	3	4	5	6	7
h) À quelle fréquence le type de punition que vous donnez à votre enfant dépend-il de votre humeur?	1	2	3	4	5	6	7
6) Voici une liste de gestes que les parents peuvent poser lorsque leur enfant s'est bien comporté ou qu'il a fait un bon travail. En général, à quelle fréquence agissez-vous de cette façon lorsque votre enfant se conduit bien ou fait un bon travail?							
	1 Jamais	2 Rarement	3 Quelquefois	4 Moitié du temps	5 Souvent	6 Très souvent	7 Toujours
a) Observer ce qu'il vient de faire, mais ne rien faire	1	2	3	4	5	6	7
b) Féliciter ou complimenter l'enfant	1	2	3	4	5	6	7
c) Serrer l'enfant dans ses bras, lui donner un baiser, une tape d'encouragement, une « poignée de main », etc.	1	2	3	4	5	6	7
d) Lui acheter quelque chose (comme un petit jouet, de la nourriture spéciale) ou lui donner de l'argent pour un bon comportement	1	2	3	4	5	6	7
e) Lui donner un privilège supplémentaire (comme du gâteau, aller au cinéma, une activité spéciale) pour un bon comportement	1	2	3	4	5	6	7
f) Donner des points ou des étoiles sur un tableau	1	2	3	4	5	6	7
g) Ne pas y porter attention	1	2	3	4	5	6	7
7) Dans une semaine MOYENNE, combien de fois est-ce que vous félicitez ou récompensez votre enfant d'avoir fait du bon boulot à la maison ou à l'école?							
☐ Moins d'une fois par semaine ☐ Environ une fois par jour ☐ plus de 10 fois par jour ☐ environ une fois par semaine ☐ 2-5 fois par jour ☐ 6-10 fois par jour ☐ Quelques fois par semaine, mais pas à tous les jours							
8) Lors des 2 DERNIERS JOURS, combien de fois avez-vous							
a) félicité ou complimenter votre enfant pour quelque chose qu'il a bien fait?							
☐ Jamais ☐ 3 fois ☐ plus de 7 fois ☐ une fois ☐ 4 ou 5 fois ☐ pas avec mon enfant dans ☐ Deux fois ☐ 6 ou 7 fois les 2 derniers jours							
b) donné à votre enfant quelque chose en extra, comme un petit cadeau, privilège, ou une activité spéciale avec vous, pour quelque chose qu'il a bien fait?							
☐ Jamais ☐ 3 fois ☐ plus de 7 fois ☐ une fois ☐ 4 ou 5 fois ☐ pas avec mon enfant dans ☐ Deux fois ☐ 6 ou 7 fois les 2 derniers jours							
9) À quel point êtes-vous en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes :							
	1 Fortement en désaccord	2 En désaccord	3 Plutôt en désaccord	4 Ni en accord / ni en désaccord	5 Plutôt en accord	6 En accord	7 Fortement en accord
a) Donner une récompense aux enfants pour un bon comportement est de la manipulation	1	2	3	4	5	6	7
b) Je ne devrais pas avoir besoin de récompenser mon enfant pour l'amener à faire des choses qu'il est supposé faire	1	2	3	4	5	6	7

	1 Fortement en désaccord	2 En désaccord	3 Plutôt en désaccord	4 Ni en accord / ni en désaccord	5 Plutôt en accord	6 En accord	7 Fortement en accord				
c) Je crois à l'utilisation des récompenses pour enseigner à mon enfant comment se comporter correctement					1	2	3	4	5	6	7
d) Il est important de féliciter l'enfant lorsqu'il a bien fait					1	2	3	4	5	6	7
e) Je voudrais féliciter mon enfant plus souvent plutôt que de le critiquer, mais il est difficile de trouver de bons comportements à féliciter					1	2	3	4	5	6	7
f) Si je félicite ou donne une récompense à mon enfant pour l'encourager, il va demander des récompenses pour n'importe quoi					1	2	3	4	5	6	7
g) Si un enfant a de la difficulté à faire quelque chose qu'il doit faire (comme faire son lit, ramasser ses jouets), c'est une bonne idée de lui donner une récompense ou un privilège pour l'avoir fait					1	2	3	4	5	6	7
10) À quel point êtes-vous en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes :											
	1 Fortement en désaccord	2 En désaccord	3 Plutôt en désaccord	4 Ni en accord / ni en désaccord	5 Plutôt en accord	6 En accord	7 Fortement en accord				
a) J'ai clairement établi les règles et les attentes pour mon enfant en ce qui concerne les tâches ménagères					1	2	3	4	5	6	7
b) J'ai clairement établi les règles et les attentes pour mon enfant en ce qui concerne l'interdiction de se battre, de voler, de mentir, etc.					1	2	3	4	5	6	7
c) J'ai clairement établi les règles et les attentes pour mon enfant en ce qui concerne l'heure pour aller au lit et pour se lever					1	2	3	4	5	6	7
11) Indiquez quelle est la probabilité pour vous de faire les choses suivantes :											
	1 Pas du tout probable	2 Très improbable	3 Plutôt improbable	4 Modérément probable	5 Plutôt probable	6 Très probable	7 Extrêmement probable				
a) Lorsque votre enfant complète ses tâches ménagères, quelle est la probabilité que vous le félicitez ou le récompensiez?					1	2	3	4	5	6	7
b) Lorsque votre enfant NE complète PAS ses tâches ménagères, quelle est la probabilité que vous le punissiez (soit en lui interdisant quelque chose ou en lui retirant un privilège)?					1	2	3	4	5	6	7
c) Lorsque votre enfant se bat, vole ou ment, quelle est la probabilité que vous le punissiez?					1	2	3	4	5	6	7
d) Lorsque votre enfant va au lit et se lève à l'heure, quelle est la probabilité que vous le félicitez ou le récompensiez?					1	2	3	4	5	6	7
e) Lorsque votre enfant NE va PAS au lit ou NE se lève PAS à l'heure, quelle est la probabilité que vous le punissiez?					1	2	3	4	5	6	7
12) Dans les DERNIÈRES 24 HEURES, environ <u>combien de temps</u> votre enfant a-t-il passé à la maison sans la supervision d'un adulte?											
Aucun Moins de 30 minutes 30 - 60 minutes 1 - 1 ½ heure 1 ½ - 2 heures 2 - 3 heures 3 - 4 heures plus de 4 heures											

13) Au cours des 2 DERNIERS JOURS, combien de temps au total votre enfant a-t-il participé à des activités à l'extérieur de la maison sans la supervision d'un adulte?

☐ Aucune ☐ 30 - 60 minutes ☐ 1 ½ - 2 heures ☐ 3 - 4 heures
☐ Moins de 30 minutes ☐ 1 - 1 ½ heure ☐ 2 - 3 heures ☐ plus de 4 heures

14) S'il vous plaît, répondez aux questions suivantes :

	1 0% ou presque	2 Environ 25%	3 Environ 50%	4 Environ 75%	5 100% ou presque
--	--------------------	------------------	------------------	------------------	----------------------

a) Dans quelle proportion du temps savez-vous <u>où se trouve</u> votre enfant lorsqu'il n'est pas avec vous?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

b) Dans quelle proportion du temps savez-vous exactement <u>ce que votre enfant fait</u> lorsqu'il n'est pas avec vous?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

c) Quel pourcentage des amis de votre enfant connaissez-vous bien?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

15) À quel point êtes-vous en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes :

	1 Fortement en désaccord	2 En désaccord	3 Plutôt en désaccord	4 Ni en accord / ni en désaccord	5 Plutôt en accord	6 En accord	7 Fortement en accord
--	-----------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------------------------	-----------------------	----------------	--------------------------

a) Il est vraiment important pour moi de connaître l'endroit où est mon enfant lorsqu'il n'est pas avec moi	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

b) Les parents qui veulent savoir comment leur enfant s'est comporté à la maison de ses amis sont trop anxieux (stressés) à propos de leur enfant	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

c) Permettre à son enfant d'avoir beaucoup de temps libre sans être supervisé lui apprend à être plus responsable	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

d) L'enfant qui n'est pas supervisé par un adulte est plus susceptible de développer des difficultés de comportement	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

RELATION PARENT-ENFANT

Gardez en tête votre relation avec votre enfant telle que vous la percevez <u>présentement</u> .	Rarement ou jamais	Peu souvent	Quelque- fois	Souvent	La plupart du temps ou toujours
1. Mon enfant me tape sur les nerfs.	1	2	3	4	5
2. Je m'entends très bien avec mon enfant.	1	2	3	4	5
3. J'ai l'impression de pouvoir vraiment faire confiance à mon enfant.	1	2	3	4	5
4. Je n'aime pas mon enfant.	1	2	3	4	5
5. Mon enfant se conduit bien.	1	2	3	4	5
6. Mon enfant est trop exigeant.	1	2	3	4	5
7. Je souhaiterais ne pas avoir cet enfant.	1	2	3	4	5
8. J'apprécie vraiment mon enfant.	1	2	3	4	5
9. J'ai de la difficulté à contrôler mon enfant.	1	2	3	4	5
10. Mon enfant me dérange dans mes activités.	1	2	3	4	5
11. Mon enfant me déplaît.	1	2	3	4	5
12. Je pense que mon enfant est formidable.	1	2	3	4	5
13. Je déteste mon enfant.	1	2	3	4	5
14. Je suis patient(e) avec mon enfant.	1	2	3	4	5
15. J'apprécie vraiment mon enfant.	1	2	3	4	5
16. J'aime être en compagnie de mon enfant.	1	2	3	4	5
17. J'ai l'impression que je n'aime pas mon enfant.	1	2	3	4	5
18. Mon enfant est irritant.	1	2	3	4	5
19. Je me sens très fâché(e) face à mon enfant.	1	2	3	4	5
20. Je me sens violent(e) vis-à-vis mon enfant.	1	2	3	4	5
21. Je me sens très fier (e) de mon enfant.	1	2	3	4	5
22. Je souhaiterais que mon enfant ressemble plus à d'autres enfants que je connais.	1	2	3	4	5
23. Je n'arrive pas à comprendre mon enfant.	1	2	3	4	5
24. Mon enfant est une vraie source de joie pour moi.	1	2	3	4	5
25. J'ai honte de mon enfant.	1	2	3	4	5

HABILETÉS SOCIALES DE L'ENFANT

Gardez en tête le comportement de votre enfant <u>présentement</u> .	Jamais	Parfois	Très souvent
1. Utilise adéquatement ses temps libres à la maison.	0	1	2
2. Entretient sa chambre sans qu'on ait à le lui rappeler.	0	1	2
3. Parle sur un ton de voix approprié à la maison.	0	1	2
4. Se joint à des activités de groupe sans qu'on ait à lui demander.	0	1	2
5. Se présente spontanément à de nouvelles personnes sans qu'on le lui dise.	0	1	2
6. Réagit adéquatement lorsqu'il (elle) est bousculé(e) ou frappé(e) par d'autres enfants.	0	1	2
7. Demande à des commis de l'information ou de l'aide.	0	1	2
8. Porte attention aux animateurs dans les réunions de jeunes.	0	1	2
9. Refuse poliment des demandes déraisonnables d'autrui.	0	1	2
10. Invite d'autres enfants à la maison.	0	1	2
11. Félicite les autres membres de sa famille lors de réussites.	0	1	2
12. Se fait facilement des amis.	0	1	2
13. Démontre de l'intérêt dans plusieurs domaines.	0	1	2
14. Évite les situations conflictuelles.	0	1	2
15. Range ses objets personnels et le matériel de la famille.	0	1	2
16. Se porte volontaire afin d'aider les membres de la famille dans des tâches ménagères.	0	1	2
17. Réagit bien à la critique.	0	1	2
18. Répond adéquatement au téléphone.	0	1	2
19. Vous aide aux tâches ménagères sans qu'on ait à lui demander.	0	1	2
20. Questionne de façon adéquate des règlements qui lui semble injustes.	0	1	2
21. Essaie d'accomplir des tâches ménagères avant de demander votre aide.	0	1	2
22. Contrôle ses humeurs lorsqu'il (elle) se dispute avec d'autres enfants.	0	1	2
23. Est aimé(e) des autres.	0	1	2
24. Initie les conversations au lieu d'attendre qu'on s'adresse à lui (elle).	0	1	2
25. Règle calmement les désaccords avec vous.	0	1	2
26. Contrôle ses humeurs dans les situations conflictuelles avec vous.	0	1	2
27. Complimente ses amis ou les autres membres de la famille.	0	1	2
28. Termine ses tâches ménagères dans un délai raisonnable.	0	1	2
29. Demande la permission avant d'utiliser les effets personnels des autres membres de la famille.	0	1	2
30. Se montre sûr de lui (d'elle) dans ses relations lors de sorties de groupe.	0	1	2
31. Demande la permission avant de quitter la maison.	0	1	2
32. Répond de façon appropriée aux taquineries de ses amis ou membres de la famille de son âge.	0	1	2
33. Gère bien son temps en attendant votre aide pour ses devoirs ou toute autre tâche.	0	1	2
34. Accepte les idées des pairs dans le choix d'activités.	0	1	2
35. Change facilement ou adéquatement d'une activité à l'autre.	0	1	2
36. Coopère avec les membres de la famille sans qu'on ait besoin de lui demander.	0	1	2
37. Accepte les compliments de ses pairs.	0	1	2
38. Déclare les incidents ou les accidents aux personnes concernées.	0	1	2

ANNEXE D

QUESTIONNAIRES REMPLIS PAR LES INTERVENANTS

ÉVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE

Négligence	Score	Abus	Score
N. 1. Le signalement actuel concerne la négligence. a. Non.....0 b. Oui.....1	_____	A. 1. Le signalement actuel concerne l'abus. a. Non.....0 b. Oui.....1	_____
N. 2. Signalements antérieurs (choisir la cote la plus élevée qui s'applique) a. Aucun.....0 b. Un ou plus pour <u>abus</u> (agression physique ou sexuelle) seulement.....1 c. Un ou deux pour <u>négligence</u>2 d. Trois ou plus pour <u>négligence</u>3	_____	A. 2. Signalements antérieurs pour abus. a. Aucun.....0 b. Un.....1 c. Deux ou plus.....2 (Nombre exact: _____)	_____
N. 3. Dans le passé, la famille a bénéficié des services du DPJ (mesures volontaires ou ordonnées). a. Non.....0 b. Oui.....1	_____	A. 3. Signalements antérieurs: la famille a bénéficié des services du DPJ (mesures volontaires ou ordonnées). a. Non.....0 b. Oui.....1	_____
N. 4. Nombre d'enfants dans la famille au moment du signalement actuel pour négligence ou abus. a. Un, deux ou trois.....0 b. Quatre ou plus.....1	_____	A. 4. L'enfant a été blessé physiquement en conséquence à l'abus ou la négligence. a. Non.....0 b. Oui.....1	_____
N. 5. Âge du plus jeune enfant à la maison a. Plus de deux ans.....0 b. Deux ans ou moins.....1	_____	A. 5. Le principal adulte responsable des soins à l'enfant (cochez tous les items qui s'appliquent et additionnez-les pour obtenir le score). a. Ne s'applique pas.....0 b. ___Blâme l'enfant.....1 c. ___Justifie les mauvais traitements envers l'enfant.....2	_____
N. 6. Le principal adulte responsable des soins à l'enfant fournit des soins physiques qui ne correspondent pas aux besoins de l'enfant ou les fournit de manière inconstante. a. Non.....0 b. Oui.....1	_____	A. 6. Violence domestique dans la famille au cours de la dernière année (violence physique, sexuelle ou psychologique à l'endroit de l'enfant ou d'un autre membre de la famille). a. Non.....0 b. Oui.....1	_____
N. 7. Le principal adulte qui est responsable des soins à l'enfant a un problème actuel ou passé de santé mental. a. Non.....0 b. Oui.....1	_____	A. 7. Caractéristique(s) du principal adulte responsable des soins à l'enfant (cochez tous les items qui s'appliquent et additionnez-les pour obtenir le score). a. Ne s'applique pas.....0 b. ___Fournit du soutien émotionnel et psychologique insuffisant à l'enfant....1 c. ___Discipline l'enfant de manière excessive ou inappropriée.....1 d. ___Dominateur(trice) face à l'enfant..1	_____
N. 8. Le parent responsable des soins à l'enfant a un problème actuel ou passé de dépendance à l'alcool ou aux drogues (cochez tous les items qui s'appliquent et additionnez-les pour obtenir le score) a. Ne s'applique pas.....0 b. ___Alcool (actuel ou passé).....1 c. ___Drogue (actuel ou passé).....1	_____	A. 8. Le parent a lui-même été victime d'abus ou de négligence, lorsqu'il était enfant. a. Non.....0 b. Oui.....1	_____
N. 9. Caractéristique(s) de l'enfant de la famille (cochez tous les items qui s'appliquent et additionnez-les pour obtenir le score). a. Ne s'applique pas.....0 b. ___Santé fragile/retard de croissance.1 c. ___Trouble du développement/incapacité physique.....1 d. ___Test de dépistage toxicologique positif à la naissance.....1	_____	A. 9. Si un autre adulte est impliqué dans les soins à l'enfant, cette personne a-t-elle un problème actuel ou passé de dépendance à l'alcool ou aux drogues. a. Ne s'applique pas.....0 b. Non.....0	_____

N. 10. Le domicile de l'enfant (cochez tous les items qui s'appliquent et additionnez-les pour obtenir le score). a. Ne s'applique pas.....0 b. ___L'environnement physique du domicile actuel n'est pas sécuritaire.....1 c. ___Sans domicile fixe au moment de l'évaluation.....2	_____	c. Oui, dépendance à l'alcool ou aux drogues.....1 Cochez les items qui s'appliquent : Alcool___ Drogue _____ A. 10. Caractéristique(s) de l'enfant de la famille (cochez tous les items qui s'appliquent et additionnez-les pour obtenir le score). a. Ne s'applique pas.....0 b. ___Historique de délinquance.....1 c. ___Trouble du développement.....1 d. ___Problème de santé mentale ou de comportement.....1	_____
SCORE TOTAL POUR NÉGLIGENCE	_____	SCORE TOTAL POUR ABUS	_____

11. CALCUL DE L'INDICE DU NIVEAU DE RISQUE TOTAL :

Calculez le score total pour l'indice de niveau de risque pour la négligence et celui pour l'abus. Ensuite, en vous référant au tableau d'interprétation des scores, vous obtiendrez l'indice du niveau de risque correspondant allant de «Faible» à «Très élevé» pour l'indice de négligence et pour l'indice d'abus. Pour déterminer le niveau de risque total et tenir compte de la négligence ET de l'abus, vous devez choisir l'indice du niveau de risque correspondant le plus élevé des deux.

Indice de négligence	Indice d'abus	Niveau de risque correspondant
0 – 1	0 – 1	Faible
2 – 4	2 – 4	Modéré
5 – 8	5 – 7	Élevé
9 et +	8 et +	Très élevé

- Inscrivez ici le niveau de risque total allant de «Faible» à «Très élevé» : _____

12. CONSIDÉRATIONS QUI PRÉVALENT :

- Encerchez « Oui » si l'une des conditions suivantes s'applique à ce cas.

OUI	NON	Il s'agit d'un cas d'abus sexuel ET l'abuseur a accès à l'enfant victime de l'agression.
OUI	NON	Des blessures non-accidentelles ont été infligées à l'enfant avant l'âge de deux ans.
OUI	NON	Sévères blessures non-accidentelles
OUI	NON	Les actes commis ou l'inaction du principal adulte responsable des soins à l'enfant a entraîné la mort d'un enfant, en raison d'abus ou de négligence (passé ou actuel).

- Si l'une de ces conditions s'applique, l'évaluation correspond à «Très élevé».

13. AVIS DISCRÉTIONNAIRE :

- À la section 11, vous avez attribué un niveau de risque total allant de «Faible» à «Très élevé» en vous référant au tableau d'interprétation. Pensez-vous que ce niveau de risque représente bien votre évaluation globale de la situation familiale? Oui Non
- Si non, veuillez attribuer un nouveau score à la famille :

Faible	Modéré	Élevé	Très élevé
--------	--------	-------	------------

Merci de bien vouloir justifier votre avis :

RÉÉVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE

			Score
R1.	Nombre total de signalements antérieurs à la protection de la jeunesse concernant le père, la mère ou la personne responsable de l'enfant pour abus ou négligence. a. Aucun..... b. Un..... c. Deux ou plus.....	0 1 2	_____
R2.	La famille a déjà reçu des services offerts par la protection de la jeunesse (mesures volontaires ou ordonnance du tribunal). a. Non..... b. Oui.....	0 1	_____
R3.	Le parent ou la personne principalement responsable de l'enfant a des antécédents de violence ou de négligence dans son enfance. a. Non..... b. Oui.....	0 1	_____
R4.	Caractéristiques de l'enfant (cochez tous les items qui s'appliquent et additionnez-les pour obtenir le score, maximum de 2). a. Un enfant ou plus au domicile a une déficience physique ou un trouble développemental..... b. Un enfant ou plus a une santé fragile ou un retard de croissance..... c. Aucun enfant n'a aucune de ces caractéristiques	1 1 0	_____
R5.	Il y a eu un nouveau signalement à la direction de la protection de la jeunesse depuis l'évaluation initiale du risque ou la dernière réévaluation. a. Non..... b. Oui.....	0 2	_____
R6.	Le père, la mère ou la personne responsable de l'enfant n'a pas réglé son problème d'abus d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues depuis la dernière évaluation ou réévaluation (cochez une réponse). a. ___Pas d'antécédents de problèmes d'abus d'alcool, de médicaments ou de drogues..... b. ___Aucun problème actuel d'abus d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues, aucune intervention nécessaire..... c. ___Oui, il y a un problème d'abus d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues; on est en train de le régler..... d. ___Oui, il y a un problème d'abus d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues; on n'est pas en train de le régler.....	0 0 0 1	_____
R7.	Rapports entre partenaires ou adultes a. Ne s'applique pas..... b. Oui, relations entre partenaires ou adultes portant préjudice au fonctionnement de la famille ou aux soins que reçoit l'enfant..... c. Oui, il y a conflit entre partenaires ou adultes....	0 1 2	_____
R8.	Le parent principal et la personne principalement responsable de l'enfant lui donne des soins physiques ne correspondant pas à ses besoins. a. Non, pas de problème..... b. Oui, il y a des problèmes.....	0 1	_____
R9.	Progrès du parent ou de la personne principalement responsable de l'enfant dans le plan de gestion de cas (cochez un seul item) a. ___Ne s'applique pas..... b. ___A terminé tous les services recommandés ou participe activement aux services, et poursuit les objectifs du plan d'intervention.....	0 0	_____

R10.	c. Participation minimale à la réalisation des objectifs du plan d'intervention.....	1	
	d. A participé, mais n'atteint pas les objectifs, refuse de participer aux services, ou bien ne s'est pas conformé aux exigences du plan ou n'a pas participé comme on l'exigeait.....	2	
	(cochez un seul item)		
	a. ___ Il n'y a pas de responsable secondaire. Il n'y a qu'un(e) seul responsable au domicile.....	0	
	b. ___ Ne s'applique pas, aucun service offert au responsable secondaire	0	
	c. ___ A réussi à terminer tous les services recommandés ou participe activement aux services; poursuit la réalisation des objectifs détaillés dans le plan d'intervention.....	0	
	d. ___ Participe minimalement à la poursuite des objectifs du plan d'intervention.....	1	
	e. ___ A participé, mais ne réalise pas les objectifs; refuse de participer aux services, ou bien ne s'est pas conformé(e) aux exigences du plan ou n'a pas participé comme on l'exigeait.....	2	
SCORE TOTAL			

11. CALCUL DE LA RÉÉVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE

Score total	Niveau de risque correspondant
0 – 2	Faible
3-5	Modéré
6-8	Élevé
9-16	Très élevé

- Inscrivez ici le niveau de risque total allant de «Faible» à «Très élevé» : _____

12. CONSIDÉRATIONS QUI PRÉVALENT :

- Encerclez « Oui » si l'une des conditions suivantes s'applique à ce cas.

OUI	NON	Il s'agit d'un cas d'abus sexuel ET l'abuseur a accès à l'enfant victime de l'agression.
OUI	NON	Des blessures non-accidentelles ont été infligées à l'enfant avant l'âge de deux ans.
OUI	NON	Sévères blessures non-accidentelles
OUI	NON	Les actes commis ou l'inaction du principal adulte responsable des soins à l'enfant a entraîné la mort d'un enfant, en raison d'abus ou de négligence (passé ou actuel).

- **Si l'une de ces conditions s'applique, l'évaluation correspond à «Très élevé».**

13. AVIS DISCRÉTIONNAIRE :

- À la section 11, vous avez réévalué le niveau de risque allant de «Faible» à «Très élevé» en vous référant au tableau d'interprétation des scores. Pensez-vous que ce niveau de risque représente bien votre réévaluation globale de la situation familiale? Oui Non
- Si non, veuillez attribuer un nouveau score à la famille :

Faible	Modéré	Élevé	Très élevé
--------	--------	-------	------------

Merci de bien vouloir justifier votre avis :

RÉFÉRENCES

- Achenbach T. M., et Rescorla L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families, Burlington.
- Afifi, T. O., et MacMillan, H. L. (2011). Resilience Following Child Maltreatment : A Review of Protective Factors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 266-272.
- Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008 : Données principales*. Ottawa.
- Al, C. M.W., Stams, G. J. J.M., Bek, M. S., Damen, E. M., Asscher, J. J., et Van der Laan, P. H. (2012). A meta-analysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning. *Children and Youth Services Review*, 34, 1472-1479.
- Algood, C. L., Hong, J. S., Gourdine, R. M., et Williams, A. B. (2011). Maltreatment of children with developmental disabilities: An ecological systems analysis. *Children and Youth Services Review*, 33, 1142-1148.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition; traduit par M.-A. Crocq et J.-D. Guelfi). Paris, France: Masson.
- Anderson, P. (2002). Assessment and Development of Executive Function (EF) During Childhood. *Child Neuropsychology*, 8(2), 71-82.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2014). Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / Directeur provinciaux 2014.
- Augusti, E.-M., et Melinder, A. (2013). Maltreatment Is Associated With Specific Impairments in Executive Functions: A Pilot Study. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 780-783.
- Baddeley, A. (2010). Working memory. *Current Biology*, 20(4), 136-140.
- Bagdasaryan, S. (2005). Evaluation family preservation services: Reframing the question of effectiveness. *Children and Youth Services Review*, 27, 615-635.
- Bandura, A. (2003). *L'auto-efficacité: Le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck: Paris.

- Beers, S. R., et De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 483-486.
- Bellani, M., Nobile, M., Bianchi, V., van Os, J., et Brambilla, P. (2012). G x E interaction and neurodevelopment I. Focus on maltreatment. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 347-351.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Belsky, J. (1993). Etiology of Child Maltreatment: A Developmental-Ecological Analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434.
- Belsky, J., Bakermans-Kranenburg M. J., et van IJzendoorn, M. H. (2007). For better AND for worse: Differential susceptibility to environmental influences. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 300-304.
- Belsky, J., et De Haan, M. (2011). Annual Research Review: Parenting and children's brain development : the end of the beginning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(2), 409-428.
- Berry, M. (1993). The relative effectiveness of family preservation services with neglectful families. Dans E. S. Morton et R. K. Grigsby (dir.), *Advancing family preservation practice* (pp. 70-98). Newbury Park, CA: Sage.
- Bérubé, A., Dubeau, D., Coutu, S., Côté, D., Devault, A. et Lacharité, C. (2014). *Projet d'évaluation de programmes en négligence : résultats de l'évaluation des effets du Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire - 2^e édition*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Best, J. R., et Miller, P. H. (2010). A Developmental Perspective on Executive Function. *Child Development*, 81 (6), 1641-1660.
- Blaustein, M., et Kinniburgh, K. (2010). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competence*. New York: Guilford Press.
- Bolger, E. K., Patterson, C. J., et Kupersmidt, J. B. (1998). Peer Relationships and Self-Esteem among Children Who Have Been Maltreated. *Child Development*, 69(4), 1171-1197.
- Briere, J., et Elliot, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse et Neglect*, 27, 1205-1222.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Havard University Press.
- California Evidence Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). (n.d.). Program search. Représenté à <http://www.cebc4cw.org/search/>
- Chaffin, M., Bonner, B. L., et Hill, R. F. (2001). Family preservation and family support programs: child maltreatment outcomes across client risk levels and program types. *Child Abuse et Neglect*, 25, 1269-1289.
- Cicchetti, D. (1994). Advances and challenges in the study of the sequelae of maltreatment. *Development and Psychopathology*, 6, 1-3.
- Cicchetti, D. (2013). Annual Research Review: Resilient functioning in maltreated children – past, present and future perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 402-422.
- Cicchetti, D., Lynch, M., Shonk, S., et Manly, J. T. (1992). An organizational perspective on peer relations in maltreated children. Dans R. D. Parke, et G. W. Ladd (dir.), *Family-peer relationships: Modes of linkage* (pp.345-383). Hillsdale: Erlbaum.
- Chicchetti, D., et Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry*, 56, 96-118.
- Cicchetti, D., et Rogosch, F. A. (2001). The impact of child maltreatment and psychopathology on neuroendocrine functioning. *Development and Psychopathology*, 13, 783-804.
- Clément, M.-È. (2011). La violence physique envers les enfants : le cas particulier de la punition corporelle. *Revue de psychoéducation*, 40(1), 121-134.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V., Pynoos, R., Wang, J., et Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Comeau, S., et Boisvert, J-M. (1985). *Un ensemble de mesures cliniques*. Document inédit.
- Coohey, C., Renner, L. M., Hua, L., Zhang, Y. J., et Whitney, S. (2011). Academic achievement despite child maltreatment: A longitudinal study. *Child Abuse et Neglect*, 35(9), 688-699.

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., et van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., et Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584.
- Conley, A. (2007). Differential response: A critical examination of a secondary prevention model. *Children and Youth Services Review*, 29, 1454-1468.
- Cyders, M. A., Coskunpinar, A. (2011). Measurement of constructs using self-report and behavioral lab tasks: Is there overlap in nomothetic span and construct representation for impulsivity? *Clinical Psychology Review* 31(6), 965-982.
- Cyr, K., Chamberland, C., Clément, M.-È., Lessard, G., Wemmers, J.-A., Collin-Vézina, D., Gagné, M.-H., et Damant, D. (2013). Polyvictimization and victimization of children and youth: Results from a populational survey. *Child Abuse and Neglect*, 37(10), 814-820.
- Dagenais, C., Bastien, M.-F., Bégin, J., Bouchard, C., et Fortin, D. (2003). Évaluation de l'implantation et des effets d'un programme de soutien intensif offert à des familles afin d'éviter un placement en milieu substitut. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 18(2), 47-69.
- Dagenais, C., Bégin, J., Bouchard, C., et Fortin, D. (2004). Impact of intensive family support programs: a synthesis of evaluation studies. *Children and Youth Services Review*, 26, 249-263.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., et van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200.
- De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, 13, 539-564.
- De Bellis, M. D. (2005). The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 150-172.
- De Bellis, M. D., Baum, A. S., Birmaher, B., Keshavan, M. S., Eccard, C. H., Boring, A. M., Jenkins, F. J., et Ryan, N. D. (1999a). Developmental Traumatology Part I. *Biological Psychiatry*, 45, 1259-1270.

- De Bellis, M. D., Hooper, S. R., Spratt, E. G., et Woolley, D. P. (2009). Neuro psychological findings in childhood neglect and their relationships to pediatric PTSD. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15, 868- 878.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B.J., Giedd, J. N., Boring, A. M., Frustaci, K., et Ryan, N. D. (1999b). Developmental Traumatology Part II. Brain Development. *Biological Psychiatry*, 45, 1271-1284.
- De Bellis, M. D., et Kutchibhatla, M. (2006). Cerebellar Volumes in Pediatric Maltreatment- Related Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 60, 697-703.
- De Bellis, M. D., Woolley, D. P., et Hooper, S. R. (2013). Neuropsychological Findings in Pediatric Maltreatment: Relationship of PTSD, Dissociative Symptoms, and Abuse/Neglect Indices to Neurocognitive Outcomes. *Child Maltreatment*, 18(3), 171-183.
- Delis, D.C., Kaplan, E., et Kramer, J.H. (2001). D-Kefs: *Delis-Kaplan Executive Function System*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Dickerson Mayes, S., Calhoun, S. L., Bixler, E. O., et Zimmerman, D. N. (2009). IQ and neuropsychological predictors of academic achievement. *Learning and Individual Differences*, 19(2), 238-241.
- Dixon, L., Browne, K., et Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: A mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 47- 57.
- Dore, M. M., et Alexander, B. L. (1996). Preserving families at risk of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 20 (4), 349-361.
- Dubowitz, H. (1999). Neglect of children's health care. Dans Dubowitz, H. *Neglected Children: Research, Practice, and Policy* (pp. 109-131). Thousand Oaks: Sage.
- Dufour, S., et Chamberland, C. (2004). The effectiveness of selected interventions for previous maltreatment: enhancing the well-being of children who live at home. *Child and Family Social Work*, 9, 36-59.
- Dumka, L. E., Stoerzinger, H. D., Jackson, K. M., et Roosa, M. W. (1996). Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the parenting self-agency measure. *Family Relations*, 45, 216-222.
- Dumont, M., et Moss, E. (1992). Influence de l'affectivité sur l'activité cognitive des enfants. *Enfance*, 45 (4), 375-404.

- Duppong Hurley, K., Griffith, A., Ingram, S., Bolivar, C., Alex Mason, W., et Trout, A. (2012). An Approach to Examining the Proximal and Intermediate Outcomes of an Intensive Family Preservation Program. *Journal of Child and Family Studies*, 21, 1003-1017.
- Eckenrode, J., Smith, E. G., McCarthy, M. E., et Dineen, M. (2014). Income inequality and child in the United States. *Pediatrics*, 133(3), 454-461.
- Ehlert, U. (2013). Enduring psychological effects of childhood adversity. *Psychoendocrinology*, 38, 1850-1857.
- Éthier, L., Nolin, P., Adam, D., Bourassa, L., et Simard, I. (2010). Le Programme ÊTRE : contre les effets des traumatismes relationnels chez les enfants Dans J. Boislard, M-M. Cousineau, D. Lafortune, et C. Tremblay (dir.). *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficultés*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Fantuzzo, J. W., et Perlman, S. M. (2007). The unique impact of out-of-home placement and the mediating effects of child maltreatment and homelessness on early school success. *Children and Youth Services Review*, 27, 941-960.
- Fantuzzo, J. W., Perlman, S. M., et Dobbins, E. K. (2011). Types and timing of child maltreatment and early school success: A population-based investigation. *Children and Youth Services Review*, 33(8), 1401-1411.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., et Turner, H. A. (2007). Poly-victimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19, 149-166.
- Fluke, J. D., Shusterman, G. R., Hollinshead, D. M., et Yuan, Y. T. (2008). Longitudinal Analysis Repeated Child Abuse Reporting and Victimization: Multistate Analysis of Associated Factors. *Child Maltreatment*, 13(1), 76-88.
- Frigon, I. (2011). Profils cognitifs chez un échantillon d'enfants négligés avec ou sans abus physique. (Thèse de doctorat). Université du Québec à Trois-Rivières. Disponible en ligne : depot-e.uqtr.ca/2062/1/030176445.pdf
- Gagné, F., et St Père, F. (2002). When IQ is controlled, does motivation still predict achievement? *Intelligence*, 30(1), 71-100.
- Garon, N., Smith, I. M., et Bryson, S. E. (2014). A novel executive function battery for preschoolers: Sensitivity to age differences. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 20(6), 71-736.

- Garrido, E. F., Taussig, H. N., Culhane, S. E., et Raviv, T. (2011). Attention Problems Mediate the Association Between Severity of Physical Abuse and Aggressive Behavior in a Sample of Maltreated Early Adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 31(5), 714-734.
- Gilbert, R., Fluke, J., O'Donnell, M., Gonzalez-Izquierdo, A., Brownell, M., Gulliver, P., Staffan, J., et Sidebotham, P. (2012). Child maltreatment: variation in trends and policies in six developed countries. *The Lancet*, 379, 758-772.
- Gould, F., Clarke, J., Heim, C., Harvey, P. D., Majer, M., et Nemeroff, C. B. (2012). The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 500-506.
- Gresham, F. M. et Elliott, S.N. (1990). *Social Skills Rating System Manual*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Grizenko, N., et Fisher, C. (1992). Review of studies of risk and protective factor for psychopathology in children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 711-721.
- Gross, D., et Rocissano, L. (1988). Maternal confidence in toddlerhood: Its measurement for research and clinical practice. *Nurse Practitioner*, 13, 19-29.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., et Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 953-961.
- Henry, G. T. (2015). Comparaison Group Design. Dans Newcomer, K. E., Hatry, H. P., et Wholey, J. S. (dir.). *Handbook of Practical Program Evaluation*, 4^{ème} édition. Hoboken (New Jersey): John Wiley & Sons, Inc.,
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Hildyard, K. L., et Wolf, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse et Neglect*, 26(6-7), 679-695.
- Homack, S., Lee, D., et Riccio, C. A. (2007). Test Review: Delis-Kaplan Executive Function System. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27(5), 599-609.
- Horwitz, A. V., Widom, C. S., McLaughlin, J., et White, H. R. (2001). The Impact of Childhood Abuse and Neglect on Adult Mental Health: A Prospective Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 184-201.

- Horwitz, S. M., Chamberlain, P., Landsverk, J., et Mullican, C. (2010). Improving the Mental Health of Children in Child Welfare Through the Implementation of Evidence-Based Parenting Interventions. *Administration and Policy in Mental Health*, 37, 27-39.
- Houdé, O., Pineau, A., Leroux, G., Poirel, N., Perchey, G., Lanoë, C., Lubin, A., Turbelin, M.-R., Rossi, S., Simon, G., Delcroix, N., Lamberton, F., Vigneau, M., Wisniewski, G., Vicet, J.-R., et Mazoyer, B. (2011). Functional magnetic resonance imaging study of Piaget's conservation-of-number task in preschool and school-age children: A neo-Piagetian approach. *Journal of Experimental Child Psychology*, 110(3), 332-346.
- Hudson, W. W. (1982). The clinical measurement package: a field manual. Illinois: Dorsey Press.
- Huebner, R. A., Robertson, L., Roberts, C., Brock, A., et Geremia, V. (2012). Family Preservation: Cost Avoidance and Child and Family Service Review Outcomes. *Journal of Public Child Welfare*, 6, 206-224.
- Ikeda, Y., Okuzumi, H., et Kokubun, M. (2014). Stroop-Like Interference in the Real Animal Size Test and the Pictorial Animal Size Test in 5- to 12-Year-Old Children and Young Adults. *Applied Neuropsychology: Child*, 3(2), 115-125.
- Irigaray, T. Q., Pacheco, J. B., Grassi-Oliveira, R., Fonseca, R. P., Leite, J. C. C., et Christensen, C. H. (2013). Child Maltreatment and Later Cognitive Functioning: A Systematic Review. *Psicologia: reflexão*, 26(2), 376-387.
- Jaffee, S. R., et Maikovich-Fong, A. K. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 184-194.
- Jaudes, P. K., et Mackey-Bilaver, L. (2008). Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? *Child Abuse et Neglect*, 32, 671-681.
- Johnson, W. L. (2011). The validity and utility of the California Family Risk Assessment under practice conditions in the field: A prospective study. *Child Abuse and Neglect*, 35, 18-28.
- Juhel, J., et Rouxel, G. (2005). Effets du contexte d'évaluation sur les dimensions de la désirabilité sociale. *Psychologie du travail et des organisations*, 11, 59-68.
- Kaplow, J. B., et Widom, C. S. (2007). Age of Onset of Child Maltreatment Predicts Long-Term Mental Health Outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 176-187.

- Kavanaugh, B., et Holler, K. (2014). Brief report: Neurocognitive functioning in adolescents following childhood maltreatment and evidence for underlying planning and organizational deficits. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 1-9.
- Kavanaugh, B., Holler, K., et Selke, G. (2013). A Neuropsychological Profile of Childhood Maltreatment Within an Adolescent Inpatient Sample. *Applied Neuropsychology: Child*, 4(1), 9-19.
- Kerker, B. D., et Dore, M. M. (2005). Mental Health Needs and Treatment of Foster Youth: Barriers and Opportunities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 138-147.
- Kinney, J. M., Haapala, D. A., et Booth, C. (2004). *Keeping families together: The Homebuilder® Model*. New Brunswick, New Jersey : Aldine Transaction.
- Kirke-Smith, M., Henry, L., et Messer, D. (2014). Executive functioning: Developmental consequences on adolescents with histories of maltreatment. *British Journal of Developmental Psychology*, 32, 305-319.
- Korkman, M., Kirk, U., et Kemp, S. (1998). *NEPSY. A Developmental Neuropsychological Assessment*. San Antonio: Texas: Harcourt Assessment.
- Korkman, M., Kirk, U., et Kemp, S. (2007). *NEPSY - Second Edition (NEPSY-II)*. San Antonio: Texas: Harcourt Assessment.
- Lacharité, C., Éthier, L., et Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, 59(3), 381-394.
- Lau, A. S., et Weisz, J. R. (2003). Reported Maltreatment Among Clinic-Referred Children: Implications for Presenting Problems, Treatment Attrition, and Long-Term Outcomes. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1327-1334.
- Lavergne, C., et Tourigny, M. (2000). Incidence de l'abus et de la négligence envers les enfants : Une recension des écrits. *Criminologie*, 33(1), 47-72.
- Larivée, M-C., Lavergne, C., Dufour, S., et Trocmé, N. (2009). L'abus physique avec ou sans autres formes de mauvais traitements: deux réalités? *Revue de psychoéducation*, 38(1), 73-95.
- Lawson, D. M., et Quinn, J. (2013). Complex Trauma in Children and Adolescents: Evidence-Based Practice in Clinical Settings. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 69(5), 497-509.

- Lee, B., Black, T., Shlonsky, A., et Fallon, B. (2014). *Validation of the Ontario Family Risk Assessment Instrument for Child Maltreatment Recurrence: Neglect*. Toronto: Ontario Child Abuse and Neglect Data System, University of Toronto.
- Lemay, L. (2007). L'intervention en soutien à l'*empowerment* : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 165-180.
- Letarte, M-J., Normandeau, S., et Allard, J. (2010). Effectiveness of a parent training program « Incredible Years » in a child protection service. *Child Abuse and Neglect*, 34(4), 253-261.
- Levesque, R. J. R. (2008). *Child Maltreatment and the Law*. New-York: Springer-Verlag.
- Lieberman, A. F., Chu, A., Van Horn, P. et Harris, W. W. (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Development and Psychopathology*, 23, 397-410.
- Lightfoot, E., Hill, E., et LaLiberte, T. (2011). Prevalence of children with disabilities in the child welfare system and out of home placement: An examination of administrative records. *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2069-2075.
- Locurto, C. (1991). *Sense and nonsense about IQ: The case for uniqueness*. New York: Praeger.
- Loi sur la protection de la jeunesse, chapitre P-34.1.
- Loughan, A. R., et Perna, R. (2014). Neuropsychological Profiles and Subsequent Diagnoses of Children With Early Life Insults: Do Caregiver Reports Suggest Deficits? *Applied Neuropsychology Child*, 3(1), 73-80.
- Lowell, A., Renk, K., et Havill Adgate, A. (2014). The role of attachment in the relationship between child maltreatment and later emotional and behavioral functioning. *Child Abuse and Neglect*, 38(9), 1436-1449.
- Luecken, L. J., Appelhans, B. M., Kraft, A., et Brown, A. (2006). Never far from home: A cognitive-affective model of the impact of early-life family relationships on physiological stress responses in adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(2), 189-203.
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., et Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 434-445.

- Lynch, M., et Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and Psychopathology*, 10(2), 235-257.
- MacLeod, J., et Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect*, 24(9), 1127-1149.
- Maheu, F. S., et Lupien, S. J. (2003). La mémoire aux prises avec les émotions et le stress: un impact nécessairement dommageable? *Médecine et Sciences*, 19(1), 118-124.
- Malo, C. (2011). Une violence à définir? Non, des valeurs à affirmer. *Revue de psychoéducation*, 40(1), 135-139.
- Manly, J. T., Lynch, M., Oshri, A., Herzog, M., et Wortel, S. N. (2013). The Impact of Neglect on Initial Adaptation to School. *Child Maltreatment*, 18(3), 155-170.
- Manly, T., Anderson, V., Nimmo-Smith, I., Turner, A., Watson, P., et Robertson, I. H. (2001). The Differential Assessment of Children's Attention: The Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch), Normative Sample and ADHD Performance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 1065-1087.
- Manly, T., Robertson, I. H., Anderson, V., et Nimmo-Smith, I. (2006). Test d'Évaluation de l'Attention chez l'Enfant, version française. Paris : Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Masson, M., Bussi res, E.-L., East-Richard, C., R-Mercier, A. et Cellard, C. (2015). Neuropsychological Profile of Children, Adolescents and Adults Experiencing Maltreatment: A Meta-analysis, *The Clinical Neuropsychologist*, 29(5), 573-594.
- Masson, M., East-Richard, C., et Cellard, C. (2015). A Meta-Analysis on the Impact of Psychiatric Disorders and Maltreatment on Cognition. *Neuropsychology*, 30(2), 143-156.
- McCrae, J. S. (2009). Emotional and behavioral problems reported in child welfare over 3 years. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 17(1), 17-28.
- McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., Dymov, S., Labont , B., Szyf, M., Turecki, G., et Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*, 12(3), 342-348.

- Mercier, A. R., Lemay, R., et Cellard, C. (2015). *Intervention par remédiation cognitive auprès de jeunes à risque (IRCA JAR) : données préliminaires d'une étude clinique de faisabilité*. Communication présentée à la 13^e Journée annuelle de la recherche du CJQ-IU, Québec, Canada.
- Miller, G. E., Chen, E., et Zhou, E. S. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological Bulletin*, 133(1), 25-45.
- Mills, R., Scott, J., Alati, R., O'Callaghan, M., Najman, J. M., et Strathearn, L. (2013). Child maltreatment and adolescent mental health problems in a large birth cohort. *Child Abuse and Neglect*, 37(5), 292-302.
- Min, M. O., Minnes, S., Kim, H., et Singer, L. T. (2013). Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. *Child Abuse and Neglect*, 37(6), 361-373.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux – MSSS. (2010). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. (2007). *Manuel des outils de la protection de l'enfance de l'Ontario - Complément aux Normes de la protection de l'enfance en Ontario*. Ottawa : Gouvernement de l'Ontario.
- Morin, J., Nadeau, M.-È., Nadeau, D., Bigras, M., Guay, M.-C., et Nolin, P. (2012). Portrait du développement cognitif de l'enfant victime de mauvais traitement. Dans M.-H. Gagné, S. Drapeau, et M.-C. St-Jacques (dir.). *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action*. Ste-Foy (Québec): Les Presses de l'Université Laval.
- Mullins, J. L., Cheung, J. R., et Lietz, C. A. (2012). Family preservation services: incorporating the voice of families into service implementation. *Child and Family Social Work*, 17, 265-274.
- Nadeau, D., Bergeron-Leclerc, C., Pouliot, E., Chantal, M., et Dufour, M. (2012). Troubles mentaux chez les jeunes victimes de maltraitance. Dans M.-H. Gagné, S. Drapeau, et M.-C. St-Jacques (dir.). *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action*. Ste-Foy (Québec): Les Presses de l'Université Laval.
- Nadeau, M.-È., et Nolin, P. (2013). Characteristics of Neglect and Maltreated Children. Attentional and Executive Functions in Neglect Children. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 6, 1-10.
- Naglieri, J. A., et Das, J. P. (1997). *Cognitive Assessment System*. Itasca, Illinois: Riverside Publishing.

- Nikulina, V., et Spatz Widom, C. (2013). Child Maltreatment and Executive Functioning in Middle Adulthood. *Neuropsychology*, 27(4), 417-427.
- Nolin, P. (2004). Neuropsychologie et étude de la maltraitance. Dans Nolin, P., et Laurent, J.-P. (dir.). *Cognition et développement de l'enfant*, (pp. 237-270). Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Nolin, P., et Éthier, L. (2007). Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child abuse and neglect*, 31, 631-643.
- Obradović, J., R. Bush, N., Stamperdahl, J., E. Adler, N., et Boyce, W. T. (2010). Biological Sensitivity to Context: The Interactive Effects of Stress Reactivity and Family Adversity on Socioemotional Behavior and School Readiness. *Child development*, 81(1), 270-289.
- Organisation mondiale de la Santé (2006). *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données*. Organisation mondiale de la Santé et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Repéré à : http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9789242594362_fre.pdf?ua=1
- Ouyang, L., Fang, X., Mercy, J., Perou, R., et Grosse, S. D. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: A population-based study. *The Journal of Pediatrics*, 153(6), 851-856.
- Paquette, D., Bigras, M., et Crepaldi, M. A. (2010). La violence : un jugement de valeur sur les rapports de pouvoir. *Revue de psychoéducation*, 39(2), 247-276.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Joly, J., Cyr, M., Cyr, F., Frappier, J.-Y., Chamberland, C., et Robert, M. (2004). Portrait des jeunes âgés de 0-17 ans référés à la prise en charge des centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps. Sherbrooke : Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance.
- Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy: a realist perspective*. London: Sage Publications.
- Pears, K. C., Kim, H. K., et Fisher, P. A. (2008). Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 32(10), 958-971.
- Perez, C., et Widom, C. S. (1994). Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. *Child Abuse et Neglect*, 18(8), 617-633.

- Perna, R. B., et Kiefner, M. (2013). Long-term Cognitive Sequelae: Abused Children Without PTSD. *Applied Neuropsychology : Child*, 2(1), 1-5.
- Pluess, M., et Belsky, J. (2013). Vantage Sensitivity: Individual Differences in Response to Positive Experiences. *Psychological Bulletin*, 139(4), 901-916.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., et Fisher, H. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse and Neglect*, 37(10), 801-813.
- Rae-Grant, N. I. (1994). Preventive interventions for children and adolescents: Where are we now and how far have we come? *Canadian Journal of Community Mental Health*, 13(2), 17-36.
- Richards, L. M-E. (2013). It is time for a more integrated bio-psycho-social approach to ADHD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(4), 483-503.
- Robert, É., et Ridde, V. (2013). L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique. *Mesure et évaluation en éducation*, 36(3), 79-108.
- Romine, C. B., et Reynolds, C. R. (2005). A model of the development of frontal lobe function: Findings from a meta-analysis. *Applied Neuropsychology*, 12, 190-201.
- Ryan, J. P., et Schuerman, J. R. (2004). Matching family problems with specific family preservation services: a study of service effectiveness. *Children and Youth Services*, 26, 347-372.
- Saint-Jacques, M-C., Cloutier, R., Pauzé, R., Simard, M., Gagné, M-H., et Poulin, A. (2006). The impact of Serial Transitions on Behavioral and Psychological Problems Among Children in Child Protection Services. *Child Welfare*, 85(6), 941-964.
- Scannapieco, M., et Connell-Carrick, K. (2005). *Understanding Child Maltreatment: An Ecological and Developmental Perspective*. New-York: Oxford University Press.
- Schoenwald, S. K., et Hoagwood, K. (2001). Effectiveness, Transportability, and dissemination of Interventions: What Matters When? *Psychiatric Services*, 52(9), 1190-1197.
- Self-Brown, S., Whitaker, D., Berliner, L., et Kolko, D. (2012). Disseminating Child Maltreatment Interventions: Research on Implementing Evidence-Based Programs. *Child Maltreatment*, 17(1), 5-10.

- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., et McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *Journal of the American Medical Association*, 301, 2252-2259.
- Sperry, D. M., et Widom, C. S. (2013). Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation. *Child Abuse and Neglect*, 37(6), 415-425.
- Stith, M. S., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., Dees, J.E.M.E.G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 13-29.
- Strauss, E., Sherman M. S., S. et Spreen, O. (2006). A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary. Third Edition. Oxford University Press, 1240 pages.
- Swanson, H. L., Zheng, X, et Jerman, O. (2009). Working Memory, Short-Term Memory, and Reading Disabilities: A Selective Meta-Analysis of the Literature. *Journal of Learning Disabilities*, 42(3), 260-287.
- Swanson, H. L. (2012). Cognitive profile of adolescents with math disabilities: Are the profiles different from those with reading disabilities? *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 18(2), 125-143.
- Tabachnick, B. G., et Fidell, L. S. (2007). Using multivariate statistics. Boston: Pearson.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., et Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 33-44.
- Teisl, M., et Cicchetti, D. (2008). Physical Abuse, Cognitive and Emotional Processes, and Aggressive/Disruptive Behavior Problems. *Social Development*, 17(1), 1-23.
- Terr, L. C. (1991). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Thomas, M., Chenot, D., et Reifel, B. (2005). A Resilience-Based Model of Reunification and Reentry: Implications for Out-of-Home Care Services. *Child Welfare and Practice*, 86(2), 235-243.

- Thomassin, A. (2008). *“Ces années incroyables” : un programme d’entraînement aux habiletés parentales pour les parents d’enfants âgés de 5 à 10 ans qui présentent des troubles de la conduite*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.
- Thornberry, T. P., et Henry, K. L. (2013). Intergenerational Continuity in Maltreatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 555-569.
- Tyuse, S. W., Hong, P. P., et Stretch, J. J. (2010). Evaluation of an Intensive In-Home Family Treatment Program to Prevent Out-Of-Home Placement. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 7, 200-218.
- Tremblay, Gilles. (1999). L’impact du placement d’enfants : une recension des écrits. *Travail social canadien*, 1(1), 90-99.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., Tonmyr, L., Blackstock, C., Barter, K., Turcotte, D., et Cloutier, R. (2005). *Étude canadienne sur l’incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants - 2003, Données principales*. Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Twardosz, S., et Lutzker, J. R. (2010). Child maltreatment and the developing brain: A review of neuroscience perspectives. *Aggression and Violent Behavior*, 15(1), 59-68.
- Uliano, A., et Mellor, D. (2012). Maltreatment of children in out-of-home care: A review of associated factors and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 34, 2280-2286.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Vézina, N. (2005). Élaboration et validation de la Grille d’évaluation de développement de l’enfant 0-5 ans (GED). (Thèse de doctorat). Université du Québec à Montréal. Disponible en ligne :
- Vickers A. J., Altman, D. G. (2001). Statistic notes: Analysing controlled trials with baseline and follow up measurements. *British Medical Journal*, 323, 1123-1124.
- Vitaro, F., et Carbonneau, R. (2000). La prévention de la consommation abusive ou précoce de substances psychotropes chez les jeunes. Dans F. Vitaro et C. Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d’adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome II: Les problèmes externalisés* (p. 231-290). Sainte-Foy: Presses de l’Université du Québec.

- Webster-Stratton, C., et Hancock, L. (1998). Training for parents of young children with conduct problems: Content, methods, and therapeutic processes. Dans J. M. Briesmeister et C. E. Schaefer (dir.). *Handbook of Parent Training* (pp.98-152). New York: John Wiley.
- Wechsler, D. (2005). *Échelle d'intelligence pour enfants*, 4e édition, version pour francophones du Canada. Toronto: Harcourt Assessment Inc.
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1223–1229.
- Widom, C. S. (2014). Longterm Consequences of Child Maltreatment. Dans J. E. Korbin et R. D. Krugman (Ed), *Handbook of Child Maltreatment* (pp. 225-247). Dordrech: Springer.
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., et Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57, 1336–1346.
- Wilmshurst, L. (2013). *Clinical and Educational Child Psychology: An Ecological Transactional Approach to Understanding Child Problems and Interventions* (First Edition). Hoboken, USA: John Wiley et Sons, 362 p.
- Wilson, K. R., Hansen, D. J., et Li, M. (2011). The traumatic stress response in child maltreatment and resultant neuropsychological effects. *Aggression and Violent Behavior*, 16(2), 87-97.
- Young, S. (2011). *Programme-cadre montréalais en négligence : Modèles, applications, programmes en négligence*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- Young, S., et Morin, J. (2010). Grandir ensemble : un programme d'interventions intensives et diversifiées de préservation de la famille. Dans J. Boislard, M-M. Cousineau, D. Lafortune, et C. Tremblay (dir.). *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficultés*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.