

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PORTRAIT DE LA SANTÉ MENTALE DE JEUNES PLACÉS EN CENTRE DE RÉADAPTATION

ESSAI DOCTORAL

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

SAMUEL CHAGNON

AVRIL 2026

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral 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. 12-2023). 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

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à ma directrice de recherche, Marie-Claude, pour son accompagnement, ses conseils et ses exigences qui m'ont permis de pousser mes réflexions plus loin. Je remercie également l'équipe de la clinique Equilib, mes collègues et amis, pour leur soutien, leur disponibilité et les échanges stimulants qui m'ont aidé à mener à terme ce projet.

Je souhaite adresser un merci tout particulier à ma famille, et surtout à Marie-Andrée, pour sa patience, sa compréhension et sa présence constante à mes côtés, même dans les moments de découragement. Charles, ton sourire et ta joie de vivre m'ont donné l'élan nécessaire pour avancer chaque jour. Et à Camille, née tout juste au moment de finaliser cet essai : ton arrivée a illuminé la toute fin de ce parcours et me rappelle ce qui compte vraiment.

Je tiens aussi à remercier chaleureusement tous les jeunes que j'ai croisés lors de mon passage comme directeur à la Maison de Jeunes RadoActif. Votre résilience, votre énergie et votre authenticité ont été une source d'inspiration précieuse, qui m'a donné l'élan de débiter ce long parcours doctoral et la motivation de le mener à terme.

Ce projet n'aurait pas vu le jour sans l'aide de mon ami Samuel Giroux, avec qui j'ai eu la chance de collaborer sur un beau projet de recherche. Merci, Samuel, de m'avoir ouvert les yeux sur une réalité difficile de la jeunesse et d'avoir été un partenaire aussi engagé.

Un immense merci également à Hughes Leduc pour son aide précieuse dans les analyses, sa belle complicité et son soutien constant tout au long de cette aventure.

À toutes celles et ceux qui, de près ou de loin, ont cru en moi et m'ont encouragé, merci du fond du cœur.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
RÉSUMÉ.....	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 CONTEXTE THÉORIQUE.....	3
1.1 Portrait de la maltraitance au Québec.....	3
1.2 Les politiques du Québec	4
1.3 Santé mentale des jeunes victimes de maltraitance	6
1.3.1 Troubles intériorisés associés à la maltraitance	7
1.3.1.1 Anxiété	7
1.3.1.2 Dépression	10
1.3.2 Troubles extériorisés associés à la maltraitance	13
1.3.2.1 Approche dimensionnelle	14
1.3.2.2 Approche catégorielle	16
1.3.2.2.1 Trouble des conduites (TC)	16
1.3.2.2.2 Trouble oppositionnel avec provocation (TOP).....	18
1.3.3 Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	19
1.4 Estime de soi des jeunes ayant subi de la maltraitance	21
1.5 Enjeux et limites des études menées auprès des jeunes victimes de maltraitance	24
1.5.1 Manque d'homogénéité conceptuelle et méthodologique	24
1.5.2 Polyvictimisation et complexité des trajectoires individuelles	25
1.5.3 Limites méthodologiques et biais de mesure	25
1.5.4 Données limitées sur les jeunes en centre de réadaptation (CR).....	27
1.6 Objectifs et hypothèses de recherche.....	28
CHAPITRE 2 MÉTHODE.....	30
2.1 Participants	30
2.2 Procédure.....	33
2.3 Instruments de mesure	34
2.4 Plan d'analyse	35
CHAPITRE 3 RÉSULTATS	37
3.1 Premier objectif	37

3.2 Deuxième objectif	39
3.3 Troisième objectif	40
3.4 Quatrième objectif	43
CHAPITRE 4 DISCUSSION.....	47
4.1 Taux de prévalence (objectifs 1 et 2)	48
4.2 Portrait différencié selon le sexe	50
4.3 Comparaison des prévalences selon les niveaux d’encadrement	53
4.4 Forces et limites de l’étude	55
4.5 Implications cliniques et politiques	58
4.5.1 Implications pour la pratique clinique.....	58
4.5.2 Implication pour les politiques publiques	59
4.6 Perspectives de recherches futures.....	61
CONCLUSION.....	63
RÉFÉRENCES.....	64

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

BDBI-Y	Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth
BYI-II	Beck Youth Inventories, second edition
CIM	Classification Internationale des Maladies
CIS	Canadian Incidence Study
CR	Centre de réadaptation
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition
DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition, text revision
GAIN-SS	Global Appraisal of Individual Needs – Short Screener
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
NIS	National Incidence Study
PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026

SISMACQ	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec
TC	Trouble des conduites
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TDAH	Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité/impulsivité
TOP	Trouble oppositionnel avec provocation
TSPT	Trouble de stress post-traumatique

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Caractéristiques des participants.....	32
Tableau 2.2 Variables sociodémographiques selon les niveaux de sécurité d’encadrement	33
Tableau 3.1 Taux de prévalence des indicateurs de santé mentale	38
Tableau 3.2 Scores T moyens (ET) aux variables de santé mentale selon le sexe	42
Tableau 3.3 Scores T moyens (ET) aux variables de santé mentale selon le niveau d’encadrement	46

RÉSUMÉ

Cet essai doctoral brosse un portrait de la santé mentale d'adolescents placés dans un centre de réadaptation (CR) au Québec, une population vulnérable encore trop peu étudiée. L'objectif principal est de documenter l'état de santé mentale de ces jeunes à travers les symptômes intériorisés (anxiété, dépression) et extériorisés (comportements perturbateurs, trouble des conduites [TC], trouble oppositionnel avec provocation [TOP]), les symptômes du trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ainsi que la faible estime de soi. L'étude vise à documenter la proportion de jeunes atteignant des seuils cliniquement significatifs pour ces dimensions, et les objectifs secondaires visent à les comparer selon le sexe et selon le niveau d'encadrement des unités (régulier/souple, intermédiaire, intensif).

Un échantillon de 101 adolescents (53,5 % de filles; âgés entre 13 et 18 ans) a été recruté. Les indicateurs de santé mentale ont été évalués à l'aide de questionnaires autorapportés validés et les seuils cliniques ont permis d'établir les prévalences. Considérant les défis de recrutement des participants des études menées directement sur le terrain, l'échantillon de la présente étude a une grande valeur pour documenter empiriquement l'état de santé mentale en contexte de protection de la jeunesse.

Dans l'ensemble, les résultats indiquent des taux cliniques préoccupants. Pour les symptômes intériorisés, près d'un tiers des jeunes atteignent les seuils cliniques d'anxiété (27,5 %) et de dépression (32,4 %). Les symptômes extériorisés se révèlent encore plus fréquents : près de deux jeunes sur trois présentent des comportements perturbateurs (62,8 %) ou un TC (63,7 %), tandis que plus de quatre sur dix présentent un TOP (43,1 %) ou un TDAH (41,2 %). De plus, près d'un tiers présentent une faible estime de soi (26,5 %). Les analyses comparatives montrent que les filles présentent davantage de symptômes intériorisés et une estime de soi plus faible, alors que les garçons présentent davantage de TC et de TOP. Enfin, seules les dimensions extériorisées varient selon le niveau d'encadrement, avec des taux plus marqués dans les unités intensives.

Ces constats sont importants car ils témoignent d'une morbidité marquée, largement supérieure aux estimations populationnelles. Ils justifient un dépistage systématique des symptômes de troubles de santé mentale dès l'admission, des interventions différenciées selon le sexe et une vigilance

accrue des comportements perturbateurs dans les milieux à encadrement intensif. De plus, dans le but ultime de mieux orienter les politiques publiques vers une offre de services adaptée et durable, davantage d'études longitudinales s'avèrent nécessaires afin de mieux documenter les différents facteurs qui nuisent à la santé mentale de ces jeunes.

Mots clés : adolescents, direction de la protection de la jeunesse (DPJ), santé mentale, troubles extériorisés et intériorisés, négligence et maltraitance.

INTRODUCTION

La maltraitance des enfants est un problème majeur de santé publique et de bien-être social qui entraîne des conséquences à long terme sur la santé physique et mentale des victimes (Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, 2021; Laforest et al., 2018; Norman et al., 2012; Peterson et al., 2018). Selon la gravité de la situation, les enfants et les adolescents qui ont été maltraités peuvent être placés en centre de réadaptation (CR) afin d'assurer leur sécurité et leur bien-être ("LSSSS," 2024). Toutefois, les connaissances relatives à leur état de santé mentale sont nettement insuffisantes.

La présente étude vise donc à documenter l'état de santé mentale des adolescents placés dans un CR au Québec. Plus spécifiquement, elle vise à examiner la prévalence de symptômes intériorisés (anxiété et dépression), de symptômes extériorisés (comportements perturbateurs, trouble des conduites (TC) et le trouble oppositionnel avec provocation (TOP)), de symptômes de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), ainsi qu'une faible estime de soi.

Quatre objectifs spécifiques structurent cette étude. Le premier consiste en la description des taux de prévalence des troubles de santé mentale mentionnés, en calculant la proportion des participants qui atteignent les seuils cliniques. Deuxièmement, l'étude vise à comparer ces taux de prévalence avec ceux des échantillons normatifs, en prenant en compte les variables d'âge et de sexe. Ensuite, le troisième objectif est de documenter les scores T moyens des différents symptômes selon le sexe. Enfin, de manière exploratoire, le quatrième objectif vise à examiner les différences dans les scores T moyens des symptômes étudiés selon le niveau d'encadrement des unités d'hébergement (régulier, intermédiaire et intensif).

En fournissant une meilleure compréhension des enjeux de santé mentale de cette population de jeunes vulnérables et trop souvent négligée, cet essai aspire à mieux orienter les interventions et les politiques publiques la concernant. Par exemple, les résultats obtenus pourront éventuellement éclairer l'élaboration de programmes d'intervention et de soutien adaptés aux besoins spécifiques de ces jeunes et ainsi, potentiellement améliorer leur état de santé mental.

Cet essai est structuré en quatre parties. Le premier chapitre présente une recension des écrits sur la négligence et la maltraitance des jeunes et leurs effets délétères sur leur santé mentale. Le deuxième chapitre présente les objectifs de l'étude, les hypothèses et la méthode de recherche. Les résultats détaillés de l'étude et une discussion de ceux-ci seront ensuite présentés aux chapitres 3 et 4, respectivement.

CHAPITRE 1

CONTEXTE THÉORIQUE

1.1 Portrait de la maltraitance au Québec

La maltraitance des enfants et des adolescents est reconnue internationalement comme un problème majeur de santé publique qui persiste malgré les efforts intensifs de prévention et d'intervention (Ferrara et al., 2015; Laforest et al., 2018; Peterson et al., 2018). Au Québec, un rapport sur la violence et la santé a été publié en 2018 par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ce rapport, qui brosse un portrait de la situation au Québec, a été réalisé sous la direction de Julie Laforest, Pierre Maurice et Louise Marie Bouchard, professionnels affiliés à l'INSPQ. Le chapitre 2 de ce rapport, dans lequel les analyses et les résultats sont présentés, a été rédigé par des chercheuses universitaires spécialisées dans le domaine: Marie-Ève Clément (Université du Québec en Outaouais), Marie-Hélène Gagné (Université Laval) et Sonia Hélie (Centre de recherche de l'Institut universitaire Jeunes en difficulté). Cette expertise multidisciplinaire reflète une collaboration entre la recherche universitaire et le réseau de santé publique du Québec, garantissant un contenu scientifique rigoureux et adapté aux réalités locales (Laforest et al., 2018). Leurs résultats montrent qu'au Québec, la négligence reste la forme de maltraitance la plus fréquemment confirmée par les services de protection de l'enfance. En 2014, elle touchait environ quatre enfants par mille, en diminution par rapport aux 5,6 enfants par mille recensés en 1998. Cependant, d'autres formes de maltraitance ont connu des hausses préoccupantes durant la même période : l'exposition à la violence conjugale a augmenté de 1,2 à 3,2 enfants par mille, tandis que les mauvais traitements psychologiques et l'abus physique ont progressé respectivement de 1,3 à 1,6 pour mille (+23 %) et de 1,9 à 2,9 pour mille (+53 %). Par ailleurs, toujours en 2014, la sévérité des cas jugés fondés demeure alarmante, avec 9,7 enfants par mille qui sont victimes à répétition de maltraitance et 3,7 enfants par mille qui souffrent de séquelles psychologiques graves.

Selon des statistiques plus récentes, 42 378 signalements ont été retenus par les services de protection de la jeunesse au cours de l'année 2023-2024 au Québec (Directrices et Directeurs de la Protection de la Jeunesse, 2024). Au total, au cours des 10 dernières années, le nombre de signalements reçus à la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) a augmenté de 57% et les principales raisons incluent la négligence (30,6 %), les mauvais traitements psychologiques (19,8 %), et l'abus physique (8,9 %). Ces données soulignent l'ampleur du problème et la nécessité

d'interventions soutenues pour atténuer les effets délétères de la maltraitance sur les jeunes victimes, tout en renforçant les stratégies de prévention et de protection.

1.2 Les politiques du Québec

L'analyse des politiques du Québec revêt d'une importance capitale pour comprendre les enjeux associés à la protection de la jeunesse. En effet, au Québec, les jeunes en difficulté sont pris en charge en vertu de plusieurs lois, dont la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). Pour comprendre la spécificité de cette population, il est essentiel de connaître en détail les modalités d'application de ces lois.

Les services de la LSSSS visent principalement les enfants et les familles qui ont besoin d'une intervention en première ou deuxième ligne ("LSSSS," 2024). Les services de première ligne incluent généralement des services de soutien psychosocial et d'orientation, tels que les services de santé mentale pour enfants, les programmes de développement précoce, comme Agir tôt, ou les centres de pédiatrie sociale en communauté (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). Ces orientations permettent de répondre aux besoins spécifiques identifiés lors de l'évaluation initiale. Pour leur part, les services de deuxième ligne englobent des interventions plus spécialisées, telles que les suivis psychiatriques, les traitements en santé mentale, les thérapies comportementales intensives, ainsi que les services de réadaptation pour les jeunes présentant des troubles graves du comportement (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). Ces services sont souvent dispensés dans des centres hospitaliers, des centres de réadaptation ou dans des unités spécialisées au sein des CR ("LSSSS," 2024).

Ces différents niveaux d'intervention permettent une prise en charge graduée et adaptée aux besoins des enfants et des familles. Lorsque les situations nécessitent des mesures plus coercitives pour assurer la sécurité ou le développement de l'enfant, les mécanismes légaux et institutionnels entrent en jeu ("LSSSS," 2024). Si un enfant est signalé pour maltraitance et que le signalement est jugé fondé, il est alors pris en charge par la DPJ, qui intervient pour mettre fin aux situations

compromettant sa sécurité ou son développement. Les DPJ ont pour rôle d'élaborer des stratégies visant à empêcher la reproduction de ces situations.

La LSJPA, en revanche, s'applique aux jeunes contrevenants. Selon cette loi, les conséquences devraient être proportionnelles au degré de responsabilité du jeune dans le délit. Elle préconise que la mise sous garde en centre de réadaptation soit réservée aux jeunes violents ou récidivistes (Lafortune et al., 2015). Les implications de ces lois pour les professionnels travaillant dans ces établissements sont déterminantes, puisqu'ils doivent non seulement comprendre et appliquer ces lois dans leur travail quotidien, mais aussi veiller à fournir les interventions appropriées aux jeunes en fonction de leur situation spécifique.

Les CR ont la responsabilité d'offrir une multitude de services aux enfants en difficulté. Selon le bilan annuel des directrices et directeurs de la protection de la jeunesse 2023-2024, au 31 mars 2024, 8,3% (2873) des enfants pris en charge par la DPJ ont été placés dans des CR ou dans des ressources intermédiaires. De ce nombre, 94,2% des enfants placés dans les CR le sont pour cause de négligence ou de maltraitance. L'autre 5,8 % (177) représente de jeunes contrevenants placés dans ces mêmes services (Directrices et Directeurs de la Protection de la Jeunesse, 2024). Les jeunes en CR sont particulièrement vulnérables et présentent de multiples difficultés d'adaptation (Greeno et al., 2019). Ils sont ainsi placés en CR où ils reçoivent des interventions adaptées à leur situation, tout en étant encadrées selon quatre différents niveaux de sécurité (souple, régulier, dynamique ou intensif), en fonction de leurs besoins spécifiques (Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, 2011). Il est à noter que, dans le cadre de la présente étude, les niveaux d'encadrement souple et régulier ont été fusionnés.

- **Souple/régulier** : Ce niveau inclut les foyers de groupe dans la communauté (encadrement souple) et les services globalisants en CR (encadrement régulier). Les jeunes bénéficient d'un environnement permettant de poursuivre leur développement personnel et social (études, travail, relations amicales), avec un accompagnement adapté, mais sans supervision constante.
- **Intermédiaire** : À ce niveau, les jeunes reçoivent les mêmes services que ceux offerts aux niveaux souple et régulier, mais avec une présence accrue des intervenants pour des raisons de sécurité, notamment en cas de risques comme le suicide.

- **Intensif** : Destiné aux jeunes présentant des comportements graves mettant en danger leur sécurité ou celle des autres, ce type d'encadrement est temporaire et hautement structuré, avec une révision mensuelle et une collaboration étroite avec les parents pour élaborer des solutions adaptées.

Enfin, il est important de souligner le fait qu'il existe une importante instabilité des placements, particulièrement chez les jeunes qui présentent des troubles de comportements sévères (McGuire et al., 2018). En effet, il n'est pas rare que ces jeunes passent fréquemment d'un niveau d'encadrement intensif à un niveau d'encadrement régulier, avant de retourner à un niveau d'encadrement intensif en raison de la gravité de leurs comportements ou de leurs besoins spécifiques (McGuire et al., 2018). Cette instabilité complique davantage leur parcours déjà marqué par des traumatismes et des carences affectives (Laurier et al., 2018).

1.3 Santé mentale des jeunes victimes de maltraitance

Selon les résultats de l'étude québécoise sur l'incidence des signalements des cas de négligence et de maltraitance envers des jeunes âgés de 0 à 17 ans et évalués par les services de la DPJ au Québec, environ 33 % présentent un TDAH, et 31 % manifestent des symptômes de dépression, d'anxiété ou d'isolement (Sonia Hélie et al., 2017). De plus, une nette majorité des enfants évalués pour incidents fondés (70%) présente au moins une difficulté de fonctionnement confirmée, soulignant ainsi la nécessité de soins en santé mentale dans ce contexte. De plus, il est important de mentionner que ces troubles se manifestent souvent par des idéations suicidaires et des tentatives de suicide, témoignant de la sévérité de la détresse psychologique à laquelle font face ces jeunes (Sonia Hélie et al., 2017; Laurier et al., 2018).

Par ailleurs, les troubles intériorisés et les troubles extériorisés sont fréquemment co-occurents chez ces jeunes, entraînant une plus grande sévérité clinique et un recours accru aux services (Essau et de la Torre-Luque, 2023). Une telle combinaison de difficultés intériorisées et extériorisées peut complexifier le portrait clinique, d'où l'importance de porter une attention particulière aux symptômes cliniques de ces jeunes (Keyes et Platt, 2024; Murray et al., 2022).

Enfin, soulignons le fait que les problèmes qu'ils vivent ne se résolvent pas spontanément ou aisément. Des études rétrospectives montrent effectivement que les difficultés d'adaptation et les troubles mentaux liés à la maltraitance peuvent persister plusieurs années après leur survenue (Lanctôt, 2020; Paquette et al., 2017). Cependant, les données disponibles sur leur état de santé mentale au moment même où ils sont en CR demeurent limitées, rendant difficile une compréhension globale de leur situation actuelle (Greeno et al., 2019). La présente étude est une analyse de données secondaires qui vise justement à broser un portrait de l'état de santé mentale d'adolescents placés dans un CR au Québec.

1.3.1 Troubles intériorisés associés à la maltraitance

Les troubles intériorisés désignent un ensemble de manifestations psychopathologiques centrées sur la sphère émotionnelle interne, incluant principalement l'anxiété, la dépression et le retrait social (Achenbach et McConaughy, 1992). Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, Text Revision, regroupe sous cette catégorie plusieurs entités cliniques, notamment les troubles dépressifs et les troubles anxieux (American Psychiatric Association, 2022). L'exposition à la maltraitance, identifiée comme un facteur de risque majeur, est fréquemment associée au développement de ces troubles chez les jeunes (Gardner et al., 2019; Li et al., 2016). Cette section examine plus spécifiquement les liens documentés entre la maltraitance, l'anxiété et la dépression.

1.3.1.1 Anxiété

Selon le DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), l'anxiété se définit comme une anticipation d'une menace future, accompagnée de manifestations cognitives, comportementales et physiologiques. Elle diffère de la peur, qui est une réaction immédiate à une menace réelle ou perçue, par sa nature plus prolongée et sa capacité à être déclenchée par des stimuli perçus comme menaçants. Les troubles anxieux regroupent une série de pathologies où l'anxiété excessive interfère significativement avec le fonctionnement quotidien et dépasse ce qui est approprié au stade de développement de la personne. Parmi les troubles anxieux les plus fréquents chez les jeunes, on retrouve le trouble d'anxiété de séparation (prévalence de 1,6 %), les phobies spécifiques (prévalence jusqu'à 16 %), le trouble d'anxiété sociale (prévalence de 7%), le trouble panique (prévalence entre 2 % et 3 %), l'agoraphobie (prévalence entre 1 % et 1,7 %) et le trouble d'anxiété généralisée (prévalence de 0,9%) (American Psychiatric Association, 2022).

Les liens entre les différentes formes de maltraitance, incluant la négligence, et l'anxiété, sont particulièrement frappants (Gardner et al., 2019; Kisely et al., 2018; Li et al., 2016; Lindert et al., 2014). En effet, une méta-analyse rigoureuse de Li et al. (2016), basée sur huit études sélectionnées parmi 199 articles recensés entre 1990 et 2014, révèle que les enfants victimes de maltraitance sont trois fois plus à risque de développer des symptômes d'anxiété comparés à leurs pairs de la population générale. Une des forces majeures des études retenues est leur utilisation de données prospectives, c'est-à-dire que les données ont été collectées de manière longitudinale, directement pendant l'enfance ou l'adolescence des jeunes (ex. : dans les dossiers judiciaires ou dans ceux des services de protection de la jeunesse), plutôt que rétrospectivement, c'est-à-dire à l'âge adulte, à partir uniquement des souvenirs de la victime. Documenter la maltraitance de façon prospective permet notamment de minimiser le biais de rappel souvent présent dans les études rétrospectives, c'est-à-dire la tendance des participants à oublier, à altérer ou à exagérer les événements traumatiques de leur enfance lorsqu'ils les rapportent des années plus tard (Baldwin et al., 2019; Coleman et al., 2024; Reuben et al., 2016) .

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT), défini dans le DSM-5 et le DSM-5-TR comme un trouble distinct des troubles anxieux, se caractérise par des symptômes tels que des reviviscences, une hypervigilance, des évitements, et des altérations de l'humeur ou de la cognition après un événement traumatique (American Psychiatric Association, 2022). Bien que le TSPT soit classé séparément des troubles anxieux depuis le DSM-5 (American Psychiatric, 2013), il partage néanmoins plusieurs symptômes similaires à ceux des troubles anxieux : hypervigilance, évitement et ruminations (Barbano et al., 2019; Zoellner et al., 2014). Chez les enfants maltraités, les symptômes du TSPT apparaissent fréquemment en concomitance avec ceux des troubles anxieux (Gardner et al., 2019; Spinhoven et al., 2014). Une revue systématique et méta-analyse de Gardner et al. (2019), portant majoritairement sur des études rétrospectives, a démontré que les enfants exposés à divers types de maltraitance présentent un risque accru de développer des symptômes du TSPT, soulignant l'impact cumulatif de ces expériences traumatiques.

Par ailleurs, les variations dans les manifestations de l'anxiété selon le sexe sont bien documentées dans la population générale (Farhane-Medina et al., 2022; Jalnapurkar, 2018; Parodi et al., 2022). En effet, il est clairement établi que les filles présentent des niveaux d'anxiété globalement plus élevés que les garçons, particulièrement à l'adolescence. Les données épidémiologiques indiquent

également que les troubles anxieux figurent parmi les troubles les plus fréquents chez les adolescents, avec des taux de prévalence plus élevés chez les filles que chez les garçons (American Psychiatric Association, 2022; Parodi et al., 2022). À titre d'exemple, selon une vaste enquête menée auprès de 37 360 adolescents au Wisconsin (États-Unis), la prévalence de symptômes anxieux en 2018 atteignait 54,7 % chez les filles, comparativement à 32,3 % chez les garçons, soit un rapport de 1,8 en faveur d'une plus forte prévalence chez les filles (Parodi et al., 2022). Chez les adultes, la prévalence des troubles anxieux est environ deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (American Psychiatric Association, 2022), bien que cette différence puisse varier selon le type de troubles anxieux (American Psychiatric Association, 2022; Hanson et al., 2008; Moore et al., 2015). Cette disparité entre les femmes et les hommes s'explique en partie par des facteurs biologiques et hormonaux, notamment la modulation du système hypothalamo-hypophyso-surrénalien par les hormones sexuelles féminines, comme l'œstrogène et la progestérone, qui peuvent amplifier les réponses physiologiques au stress pendant des périodes clés telles que la puberté ou la grossesse (Jalnapurkar, 2018). Sur le plan psychosocial, la socialisation joue également un rôle important dans l'explication de cette disparité, les filles étant davantage encouragées à exprimer leurs émotions que les garçons qui, de leur côté, adoptent des stratégies d'action pour faire face au stress. Cela pourrait expliquer un risque accru d'anxiété chez les femmes et un biais potentiel de sous-identification de l'anxiété chez les hommes (Farhane-Medina et al., 2022; McLean et Anderson, 2009).

En contexte de maltraitance, les filles apparaissent également davantage vulnérables au développement de symptômes intériorisés, comme les troubles anxieux (Hanson et al., 2008; Moore et al., 2015; Salmon et al., 2022). Pourtant, aucune étude n'a, à notre connaissance, documenté la prévalence des troubles anxieux auprès des jeunes filles placées en CR. En effet, dans une étude relativement récente, Laurier et al. (2018) ont examiné la prévalence de l'anxiété chez les jeunes placés en CR, mais leur échantillon était uniquement composé de 212 garçons âgés de 14 à 25 ans (moyenne 18,3 ans). Néanmoins, leurs résultats montrent la vulnérabilité des adolescents en contexte de CR pour les troubles anxieux, puisque 22,5 % des participants présentaient des symptômes d'anxiété généralisée, tandis que 27,7 % affichaient des symptômes liés au TSPT. Cela dit, il y a un manque criant de connaissances sur l'état de santé mentale des jeunes femmes adolescentes qui sont placées en CR au Québec.

1.3.1.2 Dépression

La dépression, selon le DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), est définie comme un trouble de l'humeur marqué par une tristesse persistante et une perte d'intérêt ou de plaisir dans presque toutes les activités. Ce trouble s'accompagne de symptômes tels que des perturbations significatives du poids ou de l'appétit, des troubles du sommeil, une agitation ou un ralentissement psychomoteur, une fatigue excessive, des sentiments d'inutilité ou de culpabilité, des difficultés de concentration et des pensées récurrentes de mort ou de suicide (American Psychiatric Association, 2022). Un diagnostic de trouble dépressif nécessite que ces symptômes soient présents de manière quasi quotidienne pendant au moins deux semaines, avec une altération significative du fonctionnement social, scolaire ou autre (American Psychiatric Association, 2022).

Toujours selon le DSM-5-TR, dans la population générale aux États-Unis, la prévalence sur 12 mois de la dépression majeure est estimée à 7 %, mais elle présente des différences marquées selon les groupes d'âge, puisqu'elle est trois fois plus élevée chez les jeunes de 18 à 29 ans que chez les personnes de plus de 60 ans (American Psychiatric Association, 2022). Par ailleurs, les femmes sont environ deux fois plus susceptibles que les hommes de développer une dépression majeure, en particulier entre la puberté et la ménopause (American Psychiatric Association, 2022). Cette vulnérabilité féminine apparaît dès l'adolescence : selon les données du Centers for Disease Control aux États-Unis, 6 % des filles âgées de 3 à 17 ans ont reçu un diagnostic de dépression, comparativement à 3 % des garçons (Centers for Disease Control and Prevention, 2023). Ces constats suggèrent une prévalence accrue des adolescentes et des jeunes femmes aux troubles dépressifs.

Par ailleurs, il est important de souligner que les jeunes ayant subi des formes de maltraitance sont particulièrement vulnérables au développement de symptômes dépressifs (Li et al., 2016; M. Li et al., 2023; Toth et al., 2020). Les résultats de la méta-analyse de Li et al. (2016), basée sur des études strictement prospectives, ce qui permet de mieux comprendre l'état de santé mentale des jeunes au moment où ils remplissent les questionnaires, indiquent que les enfants ayant subi des violences physiques, sexuelles ou de la négligence, sont deux fois plus susceptibles de développer une dépression que leurs pairs tout-venant. Ces résultats s'alignent avec ceux de Collin-Vézina et al.

(2011) qui ont mené une étude prospective auprès de 53 adolescents âgés de 14 à 17 ans, placés en CR à Montréal. Dans cet échantillon mixte (55 % de garçons), 26,4 % des participants présentaient des niveaux cliniques de dépression. Aucune différence significative n'a été observée entre les filles et les garçons pour la dépression, bien que les filles aient rapporté des taux plus élevés de stress post-traumatique, de dissociation et de préoccupations sexuelles.

Les résultats de l'étude de Collin-Vézina et al. (2011) soulignent également l'impact cumulatif de la polyvictimisation. Plus de la moitié des jeunes interrogés avaient été exposés à quatre ou cinq formes de maltraitance, incluant l'abus physique, l'abus émotionnel, la négligence physique, la négligence émotionnelle et l'abus sexuel. La sévérité des symptômes dépressifs était fortement corrélée à cette exposition multiple, en particulier pour les jeunes ayant connu des formes sévères de négligence ou de mauvais traitements psychologiques.

Au-delà des effets immédiats observés à l'adolescence, plusieurs études se sont penchées sur les conséquences à long terme de la maltraitance infantile, en particulier la dépression à l'âge adulte (Berber Celik et Odaci, 2020; Gallo et al., 2018; M. Li et al., 2023). Une revue systématique avec méta-analyse menée par Gallo et al. (2018) a examiné les différences potentielles entre les sexes concernant l'impact des abus physiques et sexuels subis avant l'âge de 18 ans sur la santé mentale à l'âge adulte. Seules les études populationnelles utilisant des critères diagnostiques (DSM ou CIM) et présentant les résultats de manière stratifiée selon le sexe ont été retenues. Au total, cinq études publiées entre 1996 et 2011 ont été intégrées, représentant un total de près de 24 000 participants (hommes et femmes confondus). Les analyses montrent que l'exposition à ces formes de maltraitance est associée à un risque accru de troubles dépressifs chez les adultes. Bien que les effets observés soient généralement plus marqués chez les femmes, les différences entre les sexes ne sont pas significatives, en raison d'un manque de puissance statistique dans les études primaires pour détecter les effets d'interaction.

Ces résultats sont consolidés par la méta-analyse plus récente de M. Li et al. (2023), qui examine à la fois l'effet des différentes formes de maltraitance et celui du moment de l'exposition. L'analyse, portant sur 58 études totalisant plus de 32 000 participants, révèle que l'ensemble des formes de maltraitance, y compris la négligence, sont associées à un risque accru de dépression à l'âge adulte. Les corrélations les plus élevées concernent l'abus sexuel ($r = 0,18$) et l'abus psychologique ($r = 0,17$),

tandis que la négligence présente une association plus modeste, mais significative ($r = 0,08$). Surtout, les auteurs soulignent un effet différentiel selon l'âge d'exposition : la période de l'enfance moyenne (6–13 ans) constitue une fenêtre de vulnérabilité accrue, où le lien entre la maltraitance et la dépression ultérieure est le plus fort, comparativement à la petite enfance (0–6 ans) ou à l'adolescence (12–19 ans). Cette vulnérabilité pourrait s'expliquer, du moins en partie, par le fait que l'enfance correspond à un moment clé du développement des compétences socio-émotionnelles et des schémas cognitifs, rendant ainsi les enfants particulièrement sensibles aux expériences adverses et à leur intégration dans leur fonctionnement psychologique ultérieur (M. Li et al., 2023).

De leur côté, Baldwin et al. (2023) ont examiné la robustesse du lien entre les mauvais traitements durant l'enfance et les problèmes de santé mentale à l'âge adulte, à partir d'une revue systématique et d'une méta-analyse de 34 études quasi-expérimentales regroupant plus de 54 000 participants. Ces approches, telles que les études sur les jumeaux dizygotes, les modèles à effets fixes ou l'appariement sur score de propension, visent à ajuster plus rigoureusement les modèles statistiques en fonction des facteurs génétiques et environnementaux susceptibles de biaiser les associations observées entre la maltraitance et la psychopathologie. En d'autres termes, elles permettent de mieux isoler la contribution propre de la maltraitance infantile au développement de troubles mentaux. Les résultats montrent qu'avant ajustement, le lien entre la maltraitance et les problèmes de santé mentale est modéré (Cohen's $d = 0,56$; IC 95 % = [0,41–0,71]). Après contrôle des facteurs confondants par des méthodes quasi-expérimentales, l'association demeure statistiquement significative, mais d'une ampleur plus faible (Cohen's $d = 0,31$; IC 95 % = [0,24–0,37]). Ainsi, si une part importante de l'association initialement observée peut être attribuée à des facteurs préexistants (génétiques ou environnementaux), la maltraitance demeure néanmoins associée de manière significative aux problèmes de santé mentale, bien que l'ampleur de cette association soit réduite après ajustement pour les facteurs confondants (Baldwin et al., 2023). Fait notable, cette association ne varie pas en fonction du sexe, ce qui suggère que les femmes et les hommes ayant été exposés à de mauvais traitements durant l'enfance présentent un risque similaire de développer une dépression à l'âge adulte. Cette conclusion nuance l'hypothèse d'une vulnérabilité accrue des femmes, évoquée dans certaines études antérieures, en soulignant l'influence d'autres variables, comme la maltraitance à l'enfance.

1.3.2 Troubles extériorisés associés à la maltraitance

Les comportements extériorisés font référence à des actions caractérisées par l'impulsivité, l'agressivité, l'opposition et la transgression des règles sociales (Achenbach et Rescorla, 2001). De son côté, le DSM-5-TR les classe sous la catégorie des troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites, et parmi ces troubles, il y a notamment le trouble des conduites (TC) et le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) (American Psychiatric Association, 2022). Le manuel fournit des taux de prévalence pour chacun de ces diagnostics, mais ne propose pas d'estimation agrégée pour l'ensemble de cette catégorie diagnostique. Toutefois, une méta-analyse internationale réalisée par Polanczyk et al. (2015), incluant 41 études issues de 27 pays et portant sur plus de 87 000 enfants et adolescents, a permis d'estimer une prévalence mondiale moyenne de 5,7 %, IC 95 % [4, 8.1], pour l'ensemble des troubles disruptifs. Cette estimation est fondée à partir d'échantillons communautaires probabilistes et de procédures diagnostiques standardisées établies selon les critères du DSM ou de la Classification Internationale des Maladies (CIM), ce qui renforce la validité externe de ces données.

L'évaluation des comportements extériorisés soulève néanmoins des enjeux méthodologiques importants, notamment en raison de la variabilité des symptômes et des nombreux troubles associés (Krueger et al., 2021). Deux grandes approches théoriques permettent de conceptualiser et de mesurer ces manifestations. L'approche dimensionnelle, qui repose sur des données continues recueillies à l'aide de questionnaires standardisés, permet d'estimer l'intensité des comportements, en s'inscrivant dans une logique empirique (Krueger et al., 2021). De son côté, l'approche catégorielle s'inscrit dans une logique diagnostique, en s'appuyant sur les critères cliniques du DSM ou de la CIM pour identifier des troubles spécifiques, tels que le TC et le TOP.

Dans le cadre de la présente étude, ces deux approches sont combinées afin d'obtenir une vue d'ensemble des comportements extériorisés. Cela permet de tenir compte à la fois de la variabilité des symptômes et de la présence ou non de diagnostics cliniques. Pour mettre en lumière cette distinction conceptuelle, cette section est divisée en deux sous-sections : la première est consacrée à l'approche dimensionnelle et la seconde à l'approche catégorielle, avec un examen du TC et du

TOP. Chaque sous-section aborde les manifestations cliniques, les liens avec la maltraitance et les distinctions selon le sexe.

1.3.2.1 Approche dimensionnelle

L'approche dimensionnelle permet d'évaluer les comportements extériorisés le long d'un continuum de sévérité, sans avoir recours à une catégorisation diagnostique stricte. Cette approche offre une représentation plus fidèle de la réalité clinique, en prenant en compte la variabilité interindividuelle et la fréquence des troubles associés (Ghosh et al., 2017; Krueger et al., 2021). Elle est appuyée par des outils standardisés, tels que le *Child Behavior Checklist* (Achenbach et Rescorla, 2001) ou le *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Goodman, 1997), qui permettent de mesurer l'intensité des symptômes, y compris en l'absence de seuil clinique formel. Dans les contextes de protection de la jeunesse, cette approche s'avère particulièrement pertinente, car les jeunes suivis présentent souvent des profils symptomatiques complexes, qui échappent aux limites des classifications catégorielles (Bronsard et al., 2016). En considérant les symptômes comme des dimensions continues, cette approche permet de mieux comprendre la diversité des manifestations comportementales et d'adapter les interventions en fonction de leur gravité. De nombreuses études révèlent un lien robuste entre la maltraitance à l'enfance et les troubles de comportements extériorisés (Adler et al., 2020; Bronsard et al., 2016; Kerig et Becker, 2015; Zhu et al., 2023). Une étude longitudinale menée par Zhu et al. (2023) auprès d'un échantillon de 765 adolescents canadiens présentant déjà des difficultés comportementales ou émotionnelles, illustre notamment ce lien. L'objectif principal était d'examiner si une histoire de maltraitance, estimée à partir d'une implication des services de protection de l'enfance, influence les trajectoires développementales de comportements intériorisés, de comportements extériorisés et de consommation de substances sur une période de six ans. Ces trajectoires ont été modélisées à partir de trois évaluations réalisées respectivement au début (M = 12,73 ans), au milieu (M = 14,62 ans) et à la fin de l'adolescence (M = 17,12 ans). L'instrument utilisé, le *Global Appraisal of Individual Needs – Short Screener* (GAIN-SS), permet de générer des scores de sévérité distincts pour plusieurs domaines cliniques, notamment les troubles de comportements intériorisés, les troubles de comportements extériorisés et la consommation de substances.

Les résultats de Zhu et al. (2023) montrent que les jeunes ayant vécu de la maltraitance présentent des trajectoires de troubles de comportements extériorisés plus sévères que les autres. En d'autres termes, ces jeunes sont davantage à risque de faire partie d'un groupe présentant des niveaux de comportements extériorisés « modérés » à « élevés » et de maintenir ces niveaux au fil du temps, par rapport aux adolescents n'ayant pas d'antécédents de maltraitance. Toutefois, certaines limites méthodologiques doivent être prises en compte. Tout d'abord, l'étude révèle un taux de désistement élevé au fil des évaluations, ce qui pourrait entraîner un biais de sélection et remettre en question la validité externe des résultats. Deuxièmement, bien que les auteurs aient inclus un groupe témoin composé de jeunes présentant des troubles de comportements extériorisés sans antécédent de maltraitance, le devis de l'étude ne permet pas de contrôler pleinement l'effet d'autres facteurs contextuels (ex. exposition à la violence familiale, intimidation entre pairs), qui pourraient également affecter l'évolution de ces comportements. Malgré ces limites, les conclusions de l'étude soulignent l'impact persistant de la maltraitance sur la structuration du trouble des comportements extériorisés, et renforcent la nécessité d'interventions précoces pour prévenir leur apparition à l'adolescence.

Dans le cadre de la présente étude, le trouble des comportements extériorisés est évalué à l'aide du Beck Disruptive Behavior Inventory – Youth (BDBI-Y), un outil auto-rapporté qui permet une mesure dimensionnelle des comportements extériorisés chez les adolescents (Beck et al., 2005). Ce choix d'instrument de mesure s'inscrit dans l'approche dimensionnelle et vise à documenter l'intensité des comportements problématiques, particulièrement chez des jeunes dont les conduites ne répondent pas nécessairement aux critères d'un trouble formel (Beck et al., 2005). Cet instrument ne vise pas à quantifier la fréquence des comportements, mais plutôt le degré avec lequel ils se manifestent. Une description détaillée de l'outil et de ses propriétés psychométriques est présentée au chapitre 2.

Par ailleurs, les recherches montrent que, dans la population générale, les garçons présentent un risque plus élevé que les filles de développer des comportements extériorisés (American Psychiatric Association, 2022). Cependant, chez les jeunes ayant subi de la maltraitance, ces différences entre les sexes ont tendance à s'estomper (Bronsard et al., 2016). De plus, la nature et la gravité des abus peuvent influencer ces tendances (Adler et al., 2020). Une méta-analyse de Bronsard et al. (2016), qui a examiné 3104 enfants et adolescents placés en famille d'accueil ou dans des foyers

résidentiels de groupe dans plusieurs pays occidentaux, n'a pas révélé de différences entre les garçons et les filles concernant les troubles de comportements extériorisés. Les auteurs soulignent une hétérogénéité marquée entre les études incluses, attribuable notamment aux variations des contextes de placement et des systèmes de protection de l'enfance propres à chaque pays. Cette hétérogénéité méthodologique et contextuelle pourrait contribuer à neutraliser les différences généralement observées entre les sexes dans la population générale.

1.3.2.2 Approche catégorielle

Si l'approche dimensionnelle permet de brosser un portrait plus fidèle des populations étudiées, elle présente toutefois certaines limites. Lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic formel, notamment pour orienter les décisions cliniques ou administratives, l'approche catégorielle est privilégiée. En effet, les systèmes de classification, comme le DSM-5 et la CIM-11, continuent de s'appuyer largement sur des catégories diagnostiques définies par consensus d'experts (Krueger et al., 2021). Bien que cette méthode soit critiquée pour sa faible validité empirique et sa tendance à figer des entités cliniques parfois hétérogènes, elle conserve une utilité pratique incontestable en clinique (Krueger et al., 2021). Certains éléments dimensionnels ont toutefois été intégrés aux systèmes récents, par le biais de spécificateurs de sévérité ou de profils symptomatiques (Peña et Feria, 2021; Robles et al., 2022), marquant une tentative d'hybridation entre logique catégorielle et reconnaissance de la variabilité des symptômes.

1.3.2.2.1 Trouble des conduites (TC)

Le TC, tel que défini par le DSM-5-TR, se caractérise par un ensemble de comportements récurrents qui transgressent les droits fondamentaux d'autrui ou les normes sociales propres à l'âge de l'individu. Ces manifestations peuvent inclure des actes d'agression envers des personnes ou des animaux, la destruction de biens, la fraude ou le vol, ainsi que des infractions graves à des règles établies (American Psychiatric Association, 2022). Pour qu'un diagnostic soit établi, ces comportements doivent être observés pendant une période minimale d'un an, avec la présence d'au moins un critère pendant les six derniers mois. La prévalence du TC varie selon les études, les méthodes d'évaluation et les populations ciblées. Globalement, elle est estimée entre 2 % et 10 %

(médiane de 4%) dans les échantillons communautaires d'enfants et d'adolescents, et la prévalence à vie est à 12 % chez les garçons contre 7,1 % chez les filles (American Psychiatric Association, 2022).

Les jeunes ayant subi de la maltraitance et ayant bénéficié de l'aide des services de protection de l'enfance présentent des taux préoccupants de TC. Une méta-analyse de Bronsard et al. (2016) qui inclut huit études et qui porte sur 3104 enfants et adolescents pris en charge par les services de protection de l'enfance en Europe et en Amérique du Nord, révèle une prévalence du TC de 20 %, IC 95 % [13, 27]. Selon Calhoun et al. (2019), ce taux élevé s'explique en grande partie par l'effet cumulatif des abus, de la négligence et des pratiques parentales inadéquates, qui contribuent à l'aggravation et à la persistance des comportements antisociaux. Par ailleurs, un historique de maltraitance durant l'enfance est associé à un risque accru d'engagement précoce dans des comportements délinquants, de judiciarisation répétée et de récidive, soulignant l'importance d'interventions cliniques précoces et ciblées (Tung et al., 2019).

Contrairement aux observations faites dans la population générale, où les cas de TC sont plus fréquents chez les garçons, cette disparité entre les sexes semble s'estomper chez les jeunes ayant subi de la maltraitance. Bronsard et al. (2016) rapportent en effet une prévalence similaire du TC chez les filles et les garçons dans les contextes de placement ou d'intervention par les services sociaux. Cette convergence des taux suggère qu'une exposition précoce à la maltraitance pourrait minimiser l'effet protecteur habituellement observé chez les filles. Ce constat est confirmé par des travaux récents de Zhu et al. (2023), qui indiquent que les trajectoires de trouble du comportement extériorisé sont similaires chez les filles et les garçons ayant un historique de maltraitance, en particulier lorsque le soutien familial est faible et que le sentiment d'appartenance scolaire est fragilisé.

Par ailleurs, plusieurs chercheurs soutiennent que la proportion élevée de jeunes filles dans les échantillons cliniques pourrait s'expliquer par leur exposition plus fréquente à certaines formes de violence interpersonnelle, telles que les abus sexuels (Kerig et Becker, 2015; Magalhães et Camilo, 2023). Une analyse de la recension des écrits, qui rassemble 28 études portant sur des enfants pris en charge par les services de protection de l'enfance, a révélé que l'exposition à des abus sexuels durant l'enfance est le facteur le plus fortement associé aux TC, et qu'il est bien documenté que les filles sont disproportionnellement victimes d'abus sexuels par rapport aux garçons (Magalhães et

Camilo, 2023). Selon Kerig et Becker (2015), les abus sexuels précoces peuvent entraver le développement de la régulation émotionnelle, accroître l'impulsivité et rendre les personnes plus sensibles aux environnements conflictuels, ce qui favorise l'adoption de conduites antisociales. Cela souligne la nécessité de mettre en place des méthodes d'accompagnement adaptées aux expériences négatives antérieures et aux besoins spécifiques des adolescents à risque.

1.3.2.2.2 Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)

Selon le DSM-5-TR, le TOP se caractérise par un ensemble de symptômes récurrents, tels qu'une humeur colérique, des comportements argumentatifs ou provocateurs, et un désir de vengeance (American Psychiatric Association, 2022). Dans la population générale, ce trouble affecte environ 3,3 % des jeunes, avec une prévalence légèrement plus élevée chez les garçons (1,6:1). Cependant, cette tendance n'est pas constamment trouvée dans les échantillons d'adolescents (American Psychiatric Association, 2022).

Chez les enfants et les adolescents ayant vécu de la maltraitance, la prévalence du TOP peut s'élever jusqu'à 12 % (Bronsard et al., 2016), ce qui illustre l'influence majeure d'un milieu familial défavorable sur l'expression des comportements d'opposition et de provocation. De plus, les taux de prévalence sont sensiblement les mêmes chez les filles et les garçons qui ont subi de mauvais traitements durant l'enfance (Bronsard et al., 2016; Zhu et al., 2023). Toutefois, Mikolajewski et Scheeringa (2022) nuancent ce constat. En effet, dans une étude menée auprès d'enfants d'âge préscolaire, ils ont montré que la relation entre les types de traumatismes et les symptômes du TOP varie selon le sexe. Chez les garçons, les traumatismes interpersonnels (comme la violence physique et les abus) et non interpersonnels (comme les accidents et les maladies graves) sont associés aux symptômes du TOP. En revanche, chez les filles, seulement les expériences de traumatismes interpersonnels sont reliées aux symptômes de ce trouble. Bien que ces résultats ne permettent pas d'établir un lien de cause à effet, ils soutiennent l'importance de considérer les différences entre les filles et les garçons dans l'étude des liens entre le type de traumatisme et la psychopathologie.

En outre, des recherches indiquent que la fréquence accrue d'exposition des filles à des formes graves de maltraitance, notamment les abus sexuels, pourrait contribuer à réduire l'écart de prévalence habituellement observé entre les sexes pour certains troubles de comportement extériorisés, comme le TOP (Kerig et Becker, 2015; Salmon et al., 2022). Cependant, il est encore difficile de savoir si cela est lié à la gravité particulière des abus sexuels, à leur association avec d'autres formes de mauvais traitements (polyvictimisation), ou à l'interaction entre ces expériences et certaines vulnérabilités uniques aux filles.

En général, les résultats des études concordent sur le fait que la maltraitance est un facteur de risque important pour l'apparition et la persistance des troubles du comportement extériorisés. Toutefois, contrairement à ce qui est observé dans la population générale, les différences entre les taux de prévalence selon le sexe s'amenuisent chez les jeunes victimes de maltraitance durant l'enfance (Bronsard et al., 2016).

1.3.3 Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Selon le DSM-5-TR, le TDAH est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des comportements persistants d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité (American Psychiatric Association, 2022). Ces symptômes doivent être apparus durant l'enfance, se manifester dans au moins deux contextes de vie distincts (par exemple, à la maison et à l'école), et entraîner une altération significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel (American Psychiatric Association, 2022). Dans la population générale, le TDAH est plus fréquent chez les garçons que chez les filles, avec un ratio d'environ 2:1 chez les enfants et de 1,6:1 chez les adultes (American Psychiatric Association, 2022).

Un nombre croissant d'études révèle une prévalence plus élevée du TDAH chez les jeunes ayant été victimes de maltraitance, par rapport à la population générale, chez qui elle s'établit à environ 7 % (American Psychiatric Association, 2022). En effet, une méta-analyse menée auprès de jeunes suivis par les services de protection de l'enfance estime cette prévalence à 11 % (Bronsard et al., 2016). Dans une revue systématique, Craig et al. (2020) confirment que la plupart des études s'accordent sur le fait que la maltraitance (incluant la négligence, les abus physiques, émotionnels et sexuels)

est associée de manière robuste au TDAH. Certaines études rapportent des taux qui varient entre 18 % et 55 % dans des contextes tels que l'adoption post-traumatique, le placement en famille d'accueil ou en centre de réadaptation (Craig et al., 2020; Gonzalez et al., 2019; Klein et al., 2015). Ces prévalences élevées reflètent l'impact cumulatif des expériences de maltraitance et l'accumulation de facteurs de risque développementaux auxquels ces jeunes sont exposés (Craig et al., 2020). En effet, l'exposition prolongée au stress chronique est associée à des altérations structurelles du cerveau, notamment au niveau de l'amygdale, de l'hippocampe et du cortex préfrontal, ce qui peut avoir pour effet d'amplifier l'inattention ainsi que les comportements d'hyperactivité et d'impulsivité (Elton et al., 2014; Langevin et al., 2023; Lapalme et al., 2017; Lim et al., 2015). De plus, des études ont montré que la maltraitance durant l'enfance est associée à des altérations des fonctions attentionnelles et exécutives, ainsi qu'à une dysrégulation émotionnelle (Boyd et al., 2019; Craig et al., 2020). Ces manifestations cliniques, qui chevauchent les symptômes du TDAH, soulèvent des enjeux importants en matière de diagnostic différentiel, en particulier dans le contexte de traumatismes développementaux (Clayton et al., 2018).

Plusieurs études longitudinales récentes ont cherché à préciser la nature du lien entre la maltraitance et le TDAH, en s'intéressant notamment à la directionnalité de cette association (Baldwin et al., 2023; Gonzalez et al., 2019; Stern et al., 2018). Stern et al. (2018), par exemple, ont étudié une cohorte de plus de 2200 jumeaux suivis de l'enfance à l'âge adulte. Ils montrent que l'exposition à la maltraitance est associée à des taux plus élevés de TDAH, tant dans l'enfance qu'à l'âge adulte, et que ce lien est particulièrement marqué chez les enfants présentant également un TC.

Toutefois, les analyses longitudinales ne permettent pas de conclure que les symptômes précoces du TDAH « prédisent » directement la survenue d'une maltraitance ultérieure. Les données pointent plutôt vers des associations complexes modulées par des facteurs familiaux et comportementaux (Stern et al., 2018). Des études prospectives montrent tantôt un effet dose-réponse (p. ex., l'abus physique accroît le risque de TDAH et sa persistance au fil des vagues), tantôt des effets différenciés selon le sexe (p. ex., abus physique particulièrement saillant chez les filles, abus émotionnel chez les garçons) (Gonzalez et al., 2019; Stern et al., 2018). Ainsi, la relation entre la maltraitance et le TDAH ne peut être résumée à un schéma causal linéaire ; elle doit être envisagée dans une

perspective transactionnelle où les vulnérabilités partagées et les comportements perturbateurs jouent un rôle déterminant (Craig et al., 2020).

Enfin, concernant les différences selon le sexe, il convient de distinguer les écarts de prévalence observés en population générale (les garçons sont plus souvent diagnostiqués) et les modalités d'expression du TDAH (profils plus inattentifs/intériorisés chez les filles vs hyperactivité/impulsivité et comportements extériorisés chez les garçons), ce qui peut influencer la probabilité que le TDAH soit reconnu en contexte clinique, le trouble étant parfois moins détecté chez les filles (Craig et al., 2020; Lapalme et al., 2017). Dans les échantillons spécifiquement maltraités, les résultats sont plus hétérogènes et ne permettent pas d'inférer des différences robustes et générales entre les sexes (Craig et al., 2020; Stern et al., 2018). Selon Stern et al. (2018), ces divergences pourraient être attribuables à des biais méthodologiques (variabilité des outils d'évaluation, source d'information) ou à des particularités contextuelles propres aux échantillons examinés (nature et gravité des abus, ou le contexte institutionnel).

1.4 Estime de soi des jeunes ayant subi de la maltraitance

L'estime de soi est un élément clé du fonctionnement psychologique, en particulier pendant l'adolescence, une période de transition caractérisée par des changements profonds d'identité (Carlen et al., 2023). Dans cette section, nous allons d'abord définir l'estime de soi ainsi que ses principaux aspects. Ensuite, nous allons explorer les manifestations liées à une estime de soi fragile. Nous abordons ensuite les liens établis entre une faible estime de soi et des troubles du comportement intériorisés et extériorisés. Enfin, nous soulignons les liens entre la maltraitance et l'estime de soi, en tenant compte des différences entre les garçons et les filles.

L'estime de soi, qui renvoie à la perception globale de sa propre valeur, constitue un élément central du développement individuel (Crone et al., 2022). Cette évaluation découle de l'appréciation de nos propres capacités dans différents aspects de fonctionnement, combinée au ressenti d'être méritant d'amour et de considération (Harter, 2006). Chez l'enfant et l'adolescent, cette perception se développe progressivement grâce aux interactions sociales, en particulier avec les parents, et elle

repose sur deux dimensions fondamentales : le sentiment de compétence et la valorisation perçue (Bouffard et al., 2011; Crone et al., 2022).

Les données épidémiologiques suggèrent qu'environ un adolescent sur cinq présente une faible estime de soi, une condition associée à une vulnérabilité accrue face aux difficultés psychologiques (Carlen et al., 2023; McClure et al., 2010). Bien que l'évolution de l'estime de soi suive généralement une courbe en U – marquée par une diminution à l'adolescence suivie d'une remontée à l'âge adulte (Orth et al., 2018), les trajectoires développementales peuvent varier. Une étude longitudinale indique notamment qu'un niveau modérément élevé d'estime de soi à 12-13 ans est associé à un meilleur bien-être psychosocial à 17 ans, tandis que des niveaux extrêmes (très faibles ou très élevés) sont corrélés à une adaptation moins favorable (Carlen et al., 2023). Les auteurs soulignent que ceux dont l'estime de soi est trop basse sont plus susceptibles de souffrir de troubles intériorisés. À l'opposé, une estime de soi excessive peut entraîner des rigidités narcissiques ou des attentes irréalistes, ce qui entraverait l'ajustement psychosocial dans les relations interpersonnelles.

Après avoir éclairci ces aspects du développement, il est crucial de décrire les manifestations cliniques d'une faible estime de soi. Sur le plan psychologique, elle se traduit par une évaluation négative de sa propre valeur, un sentiment de honte, de culpabilité ou d'incompétence, ainsi qu'une sensibilité exacerbée au rejet et à la critique (Henriksen et al., 2017). Les adolescents concernés peuvent adopter des styles d'adaptation évitants ou passifs face au stress, s'isoler socialement ou dépendre excessivement du regard des autres (Henriksen et al., 2017). Ces jeunes ont tendance à privilégier des mécanismes d'évitement émotionnel plutôt que des stratégies actives de résolution de problèmes, ce qui les rendrait plus vulnérables aux difficultés psychologiques (Henriksen et al., 2017).

Plusieurs études longitudinales ont aussi établi le fait qu'une faible estime de soi constitue un facteur de risque significatif pour l'émergence et la persistance des troubles intériorisés, notamment l'anxiété et la dépression. La méta-analyse de Sowislo et Orth (2013), portant sur plus de 85 études, met en lumière une relation plus forte entre une faible estime de soi et la dépression ($\beta = -.16$) que dans l'autre sens ($\beta = -.08$), suggérant un lien plus marqué dans cette direction. Pour l'anxiété, les associations sont plus équilibrées : l'estime de soi est liée à l'anxiété ($\beta = -.10$), et l'anxiété à une diminution de l'estime de soi ($\beta = -.08$). Ainsi, la dynamique entre estime de soi et anxiété apparaît

plus réciproque que celle observée avec la dépression (Sowislo et Orth, 2013). Les jeunes présentant une faible estime d'eux-mêmes tendent par ailleurs à développer des biais cognitifs, tels que la généralisation de l'échec, l'auto-dépréciation ou l'hypervigilance au rejet (clivage), générant un cercle vicieux entre sentiment d'impuissance et détresse émotionnelle (Henriksen et al., 2017; Sowislo et Orth, 2013).

De plus, une faible estime de soi est également associée aux troubles extériorisés, tels que les comportements d'opposition, d'agressivité ou de transgression des règles (Orth et Robins, 2022; Reid-Russell et al., 2021). Plusieurs modèles théoriques suggèrent que ces comportements pourraient constituer une réponse défensive visant à rétablir l'image de soi, notamment chez les jeunes ayant vécu des expériences de rejet ou d'humiliation (Donnellan et al., 2005; Orth et Robins, 2022).

Ces liens prennent un relief particulier lorsqu'on les examine à la lumière des expériences de maltraitance. Qu'elle soit psychologique, physique, sexuelle ou liée à la négligence, la maltraitance altère profondément la construction de l'estime de soi (Chamberland et al., 2012; Cicchetti et Doyle, 2016; Reid-Russell et al., 2021; White et al., 2016; Zhang et al., 2023). Les théories de l'attachement suggèrent notamment que l'intériorisation de relations précoces sécurisantes favorise l'émergence d'un sentiment de valeur personnelle cohérent et stable (Bowlby, 1969). En revanche, un milieu méprisant, anxiogène ou dévalorisant entraîne des schémas d'auto-dépréciation persistants (Zhang et al., 2023). Les résultats de la méta-analyse de Zhang et al. (2023) portant sur 254 études, montrent que les abus psychologiques ($r = -0,23$) et la négligence émotionnelle ($r = -0,22$) exercent les effets les plus marqués sur l'estime de soi, tandis que les abus physiques et sexuels présentent des effets plus modestes ($r \approx -0,14$ à $-0,15$). Ces résultats renforcent l'idée que l'estime de soi pourrait jouer un rôle médiateur dans le développement ultérieur de psychopathologies (C. Li et al., 2023).

Enfin, bien que dans la population générale l'estime de soi soit généralement plus élevée chez les garçons que chez les filles, les écarts entre les sexes tendent à s'atténuer dans les populations exposées à la maltraitance (Zhang et al., 2023). Les différences observées sont largement influencées par des variables sociocognitives, telles que la pression liée à l'apparence physique ou les normes genrées internalisées (Bleidorn et al., 2016; Orth et al., 2018; Zuckerman et al., 2016). Toutefois, la méta-analyse de Zhang et al. (2023) montre que le sexe ne module pas de façon

significative le lien entre la maltraitance et l'estime de soi, lorsque l'on contrôle le modèle d'analyses statistiques en fonction de l'âge et du contexte culturel. Ces résultats plaident pour une approche d'intervention sensible aux différences sexuelles, tout en ciblant les mécanismes communs de vulnérabilité identitaire.

1.5 Enjeux et limites des études menées auprès des jeunes victimes de maltraitance

Les impacts néfastes de la maltraitance sur le développement de l'enfant sont nombreux et d'une importance cruciale, en particulier lorsqu'on examine des actes de négligence ou de malveillance perpétrés de manière chronique durant les premières années de vie de l'enfant (Harpur et al., 2015; Manly et al., 2008; Norman et al., 2012). Plusieurs études ont effectivement démontré que la maltraitance est associée à de graves problèmes d'adaptation chez les jeunes (Baiden et Fallon, 2018; Fong et al., 2018; Norman et al., 2012). Cette réalité se traduit par des effets potentiellement dévastateurs sur leur santé physique et mentale, ainsi que sur leur développement cognitif et neurobiologique (Kumari, 2020; McGuire et al., 2018; Nemeroff, 2016; Norman et al., 2012; Quarti Irigaray et al., 2013; Sylvestre et al., 2016). Malgré l'importance de mieux comprendre les effets de la maltraitance sur le développement de l'enfant, son étude présente des obstacles de taille pour la communauté scientifique.

Cette section identifie quatre limites principales : le manque d'homogénéité dans les définitions et les mesures utilisées, la complexité des trajectoires liées à la polyvictimisation, les biais de mesure et les limites des outils utilisés, ainsi que la rareté des données portant spécifiquement sur les jeunes placés en CR.

1.5.1 Manque d'homogénéité conceptuelle et méthodologique

L'une des principales limites de la recension des écrits sur la maltraitance est la grande variabilité des définitions juridiques, cliniques et opérationnelles, non seulement au niveau national, mais aussi au niveau international (Fluke et al., 2021; Laajasalo et al., 2023). Par exemple, l'exposition à la violence conjugale est reconnue comme un motif de compromission au Québec depuis 2007

(Hélie et al., 2025), mais peut être considérée comme un facteur de risque ou être classée différemment dans d'autres provinces canadiennes ou aux États-Unis (Fallon et al., 2014; Human Rights Watch, 2022). Cette hétérogénéité conceptuelle compromet l'uniformisation des politiques de prévention et nuit à la reproductibilité des recherches.

Les méthodes de collecte de données varient tout autant, allant des questionnaires autoadministrés aux bases de données administratives ou aux études sentinelles fondées sur l'évaluation professionnelle, comme le personnel enseignant ou les travailleurs sociaux (Fluke et al., 2021). Les grandes enquêtes, comme la *National Incidence Study* aux États-Unis et la *Canadian Incidence Study* au Canada, permettent d'identifier des cas non signalés, mais utilisent des critères d'évaluation distincts selon les contextes professionnels et géographiques, ce qui entraîne des écarts importants dans les taux estimés de maltraitance (Fluke et al., 2021). Une standardisation des définitions et procédures apparaît donc nécessaire pour améliorer la robustesse des comparaisons entre les études.

1.5.2 Polyvictimisation et complexité des trajectoires individuelles

La majorité des jeunes pris en charge par les services de protection de la jeunesse ont été exposés à des formes multiples de maltraitance, un phénomène désigné sous le terme de polyvictimisation (Ford et Delker, 2018; Laforest et al., 2018). Les effets cumulatifs des traumatismes ne peuvent pas être considérés comme une simple addition de symptômes, puisque ces derniers interagissent de manière complexe et dynamique (Cyr et al., 2014; Turner et al., 2006). Cette réalité rend difficile le développement d'instruments standardisés, ce qui limite par le fait même la validité externe des résultats.

1.5.3 Limites méthodologiques et biais de mesure

La recherche sur les jeunes victimes de maltraitance est souvent entravée par des limites méthodologiques liées à la dépendance envers des données rétrospectives ou des évaluations indirectes (rapports parentaux, dossiers institutionnels, etc.). Ces méthodes peuvent introduire des

biais de rappel et de désirabilité sociale, et ont tendance à sous-estimer l'ampleur des abus ou des difficultés psychosociales vécues par les jeunes (Baldwin et al., 2019; Calhoun et al., 2019; Coleman et al., 2024; Humphreys et al., 2020; Tabone, 2019).

L'outil le plus couramment utilisé pour évaluer la maltraitance infantile, le Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), présente plusieurs avantages. Il permet une évaluation dimensionnelle des expériences de maltraitance, incluant cinq formes distinctes d'abus et de négligence : l'abus psychologique, l'abus physique, l'abus sexuel et la négligence (Bernstein et al., 1994). Son format standardisé et court facilite son administration dans divers contextes, et ses qualités psychométriques ont été largement validées, notamment en ce qui concerne sa cohérence interne et sa fiabilité test-retest (Humphreys et al., 2020). De plus, son usage répandu permet d'améliorer la comparabilité des résultats entre différentes études portant sur la maltraitance et ses conséquences sur la santé mentale. Toutefois, malgré ses avantages, le CTQ présente des limites importantes. En tant qu'outil rétrospectif utilisé surtout auprès des adultes qui ont subi de la négligence et de la maltraitance, il repose sur les souvenirs et la perception des participants, ce qui peut entraîner des biais de mémoire, en particulier chez les personnes atteintes de troubles de l'humeur ou d'autres troubles psychologiques, comme l'ont souligné Humphreys et al. (2020) dans leur méta-analyse. De plus, bien que sa mesure dimensionnelle permette d'évaluer la sévérité perçue des expériences de maltraitance, elle ne prend pas en compte certains aspects contextuels et développementaux des abus, tels que leur durée, leur fréquence, ou encore les dynamiques familiales et socioculturelles associées. Cette limitation réduit la capacité du CTQ à déceler l'évolution des expériences de maltraitance dans le temps et son interaction avec d'autres facteurs de risque (Humphreys et al., 2020).

Face à ces limites, certains chercheurs ont essayé de les contourner en combinant les informations provenant du CTQ avec celles issues d'autres sources (par exemple, les entretiens cliniques ou les dossiers administratifs) ou en élaborant des versions modifiées qui facilitent l'évaluation plus fine des contextes d'abus (Humphreys et al., 2020). Toutefois, la prépondérance de cet instrument dans de nombreuses recherches soulignent l'importance des études prospectives, mieux adaptées à l'évaluation en temps réel des expériences de maltraitance et de leurs effets développementaux (Humphreys et al., 2020).

1.5.4 Données limitées sur les jeunes en centre de réadaptation (CR)

Les CR prennent en charge les jeunes les plus vulnérables et les plus à risque en matière de développement parmi l'ensemble des enfants victimes de maltraitance. Ils cumulent généralement plusieurs formes de traumatismes et d'adversité, ce qui les place dans une situation de grande précarité psychologique et développementale (Aebi et al., 2015; Bisailon et al., 2017; Laurier et al., 2018). Or, les études les concernant demeurent rares, souvent limitées par de petits échantillons, l'absence de comparaisons systématiques et la faible diversité des variables évaluées (Aebi et al., 2015; Augusti et al., 2018; Bisailon et al., 2017; Desjardins et al., 2017; Lansing et al., 2018; Laurier et al., 2018).

Un autre point de faiblesse réside dans la rareté des études qui analysent spécifiquement l'influence du sexe et du niveau d'encadrement des unités d'hébergement sur la santé mentale des jeunes placés. La plupart des recherches se limitent à une approche globale des jeunes en protection de la jeunesse, sans distinguer suffisamment les sous-groupes présentant des profils symptomatiques ou des trajectoires différenciées selon ces facteurs. De plus, il existe un manque de recherches comparatives sur l'efficacité des différentes formes de prise en charge (institutionnelle versus foyers d'accueil), ainsi que sur les impacts spécifiques des niveaux de sécurité ou d'encadrement. Cette lacune réduit la capacité à identifier les besoins spécifiques de certains sous-groupes et à proposer des recommandations cliniques adaptées.

Pour pallier ces limites, la présente étude repose sur une collecte de données réalisée au moment de la prise en charge par les services de protection de la jeunesse, ce qui permet de limiter les biais rétrospectifs fréquemment observés dans la recension des écrits. En ciblant spécifiquement une population d'adolescents placés en CR, elle contribue à combler le manque criant de données empiriques sur cette population particulièrement vulnérable. L'analyse distincte des indicateurs de santé mentale en fonction du sexe et du niveau d'encadrement vise également à dépasser une vision uniforme des jeunes en CR, permettant de révéler des sous-groupes à risque et de formuler des recommandations cliniques ciblées.

En bref, cette recherche répond à plusieurs limites fréquentes dans les études sur la maltraitance en intégrant une méthode rigoureuse, un devis adapté à la complexité clinique des jeunes en CR, ainsi qu'une analyse fine de facteurs contextuels et sociodémographiques. Elle vise ainsi à combler un vide empirique significatif et à orienter des pratiques cliniques fondées sur des données probantes.

1.6 Objectifs et hypothèses de recherche

La présente étude a pour objectif général de mieux documenter l'état de santé mentale d'adolescents placés dans un CR du Québec. Quatre objectifs spécifiques sont visés.

Premièrement, de façon descriptive, l'étude vise à documenter le taux de prévalence des symptômes intériorisés (anxiété et dépression), des symptômes extériorisés (comportements perturbateurs, TC et TOP), du TDAH et d'une faible estime de soi auprès des participants de l'étude. Pour ce faire, le pourcentage des participants qui atteint le seuil clinique aux différentes échelles est calculé.

Deuxièmement, l'étude vise à vérifier si les taux de prévalence des participants diffèrent de ceux des normes établies par les instruments de mesure, en tenant compte de l'âge et du sexe. Pour ce faire, des tests T à échantillon unique sont effectués sur les variables dépendantes, comparant les scores T avec la valeur de référence de 50. Nous faisons l'hypothèse qu'en regard de la recension des écrits, il est attendu que les taux de prévalence des symptômes intériorisés (anxiété et dépression), des symptômes extériorisés (comportements perturbateurs, TC et TOP), du TDAH et d'une faible estime de soi, sont plus élevés chez les adolescents en CR que ne le suggèrent les normes des instruments.

Le troisième objectif spécifique de l'étude est de documenter les différences de scores T moyens des symptômes intériorisés (anxiété et dépression), des symptômes extériorisés (comportements perturbateurs, TC et TOP), du TDAH et de la faible estime de soi en fonction du sexe. Les hypothèses sont que les symptômes intériorisés (anxiété et dépression) sont plus élevés chez les filles que chez les garçons. Aussi, nous nous attendons à ce que les filles présentent une estime de soi plus faible que les garçons. Enfin, aucune hypothèse spécifique n'est formulée concernant les différences entre

les sexes et les symptômes extériorisés et le TDAH puisque les constats des études recensées sont mitigés.

Enfin, le quatrième objectif vise à vérifier, de façon exploratoire, s'il existe des différences de scores T moyens des symptômes intériorisés et extériorisés, des symptômes du TDAH et de la faible estime de soi en fonction des trois niveaux de sécurité d'encadrement des unités d'hébergement (régulier, intermédiaire et intensif).

CHAPITRE 2

MÉTHODE

2.1 Participants

Cent-un adolescents, âgés de 13 à 18 ans (moyenne de 15.6 ans, e.t. = 1,3), sont recrutés dans un CR à Laval. Le recrutement s'est échelonné de juillet 2014 à août 2018. L'échantillon est composé de 54 filles (moyenne de 15,3 ans, e.t. = 1,36) et de 47 garçons (moyenne de 16 ans, e.t. = 1,11). Lors du recrutement, tous les participants sont placés au CR pour des problèmes de comportement ou des difficultés familiales si sévères qu'il est nécessaire de les retirer de leur milieu naturel afin d'assurer leur protection ou leur développement.

Les jeunes qui ont une déficience intellectuelle, un trouble psychotique ou un trouble du spectre de l'autisme ne sont pas contactés pour faire partie de l'étude. La langue maternelle est le français pour 71% des participants, l'anglais pour 7% et une langue autre pour 22%. Tous utilisent toutefois le français dans leur quotidien au CR, milieu où cette langue constitue la langue d'usage institutionnelle. Les évaluations ont donc été réalisées en français et les jeunes sont scolarisés en français, ce qui assure une compréhension adéquate des consignes et des items.

Les résultats du test t pour échantillons indépendants montrent qu'il y a une différence significative d'âge entre les filles et les garçons ($t(98.670) = 2,873, p = 0.005$) avec une différence moyenne de 0,71 an de plus chez les garçons et une taille d'effet moyen ($d = 0.57$). Cependant, il n'y a pas de différence significative concernant la langue maternelle entre les filles et les garçons selon le test de Chi carré ($\chi^2(2, N = 101) = 8.94, p = 0.538$).

Les participants sont recrutés dans les trois types d'unités d'hébergement selon lesquelles le niveau d'encadrement varie (encadrement régulier : 11 garçons, 19 filles; encadrement intermédiaire : 23 garçons, 14 filles; encadrement intensif : 13 garçons, 21 filles). Bien que les fréquences descriptives puissent laisser entrevoir un léger déséquilibre entre les sexes selon les unités (p. ex., davantage de filles en intensif et davantage de garçons en intermédiaire), une analyse de Chi carré indique qu'il n'y a pas de différence significative dans la distribution du sexe entre les groupes, $\chi^2(2, n = 101) = 5.75,$

$p = .056$. Ainsi, la répartition du sexe demeure comparable entre les niveaux d'encadrement sur le plan statistique. Des analyses supplémentaires sont menées pour examiner les différences sociodémographiques en fonction des niveaux d'encadrement.

Pour ce qui est de l'âge, une analyse de la variance (ANOVA) à un facteur a été réalisée pour les trois niveaux de sécurité d'encadrement. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes, $F(2, 98) = 2.52$, $p = .085$, $\eta^2 = .05$. Ainsi, pour les trois niveaux de sécurité d'encadrement, les jeunes ont sensiblement le même âge. Enfin, pour ce qui est de la langue maternelle, les conditions du test du Chi carré n'étaient pas remplies, ce qui a nécessité l'utilisation du test exact de Fisher-Freeman-Halton. Cette analyse a indiqué qu'il n'y a pas de différence significative dans la distribution de la langue maternelle entre les groupes ($p = .058$). En somme, ces résultats indiquent que, pour les trois niveaux de sécurité d'encadrement, les groupes sont comparables en termes d'âge, de sexe et de la langue maternelle. Ces résultats sont illustrés au tableau 2.2.

Tableau 2.1 Caractéristiques des participants

	Total (N = 101)	Filles (n = 54)	Garçons (n = 47)
Âge, moyenne (ET)	15,6 (1,3)	15,3 (1,36)	16,0 (1,11)
Langue maternelle (%)			
- Français	71	68	74
- Anglais	7	6	8
- Autre	22	26	18
Encadrement régulier (n)	30	19	11
Encadrement intermédiaire (n)	37	14	23
Encadrement intensif (n)	34	21	13

Tableau 2.2 Variables sociodémographiques selon les niveaux de sécurité d'encadrement

	N	Âge M (E.T.)	% de filles	% langue maternelle français M (E.T.)	% langue maternelle anglais M (E.T.)	% langue maternelle autre M (E.T.)
Régulier	30	15,2	63,3%	82,1%	3,6%	14,3%
Intermédiaire	37	15,7	37,8%	75,6%	10,8%	13,6%
Intensif	34	15,9	61,7%	65,6%	7,1%	27,3%

Note. N = 101.

2.2 Procédure

Pour des raisons de confidentialité, ce sont les adjoints cliniques des unités de vie qui informent au préalable les parents des participants. Avec leur accord, l'équipe de recherche les contactent afin d'obtenir leur consentement écrit pour que leur enfant participe à l'étude. Ensuite, si le jeune consent à son tour à participer, il remplit les questionnaires et il est rencontré par un étudiant gradué en psychologie qui procède à l'évaluation cognitive. Pour les fins de la présente étude, seuls les résultats des questionnaires remplis par les participants sont considérés.

Cependant, en concertation avec les comités d'éthique concernés, la procédure de consentement a été révisée au milieu de l'expérimentation. Initialement, le consentement des parents était requis pour l'ensemble des participants. Cependant, en raison des difficultés rencontrées pour obtenir le consentement des parents, les comités d'éthique ont accepté de modifier la procédure pour les

adolescents de 14 ans et plus, permettant ainsi à ces derniers de consentir eux-mêmes à participer à l'étude. Cette révision stratégique était nécessaire pour assurer la poursuite du processus de recrutement.

Cette étude est conforme aux normes établies par la politique des trois Conseils du Canada et a été approuvée par le comité éthique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, ainsi que par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM.

2.3 Instruments de mesure

Le *Beck Youth Inventories – second Edition* (Beck et al., 2005) est un questionnaire composé de 100 items, répartis en 5 sous-échelles de 20 items chacune. Il vise à mesurer le bien-être des adolescents et à évaluer la sévérité des symptômes. Les participants indiquent leur niveau d'accord avec chaque énoncé en utilisant une échelle de type Likert à quatre points (0 = jamais, 1 = parfois, 2 = souvent, 3 = toujours). La durée totale de passation est d'environ 30 minutes. Les sous-échelles évaluent: la dépression, l'anxiété, la colère (non utilisée dans cette étude, car les résultats à cette échelle ont fait l'objet d'analyses dans l'étude principale), les comportements perturbateurs et l'estime de soi. Les propriétés psychométriques sont excellentes, avec une cohérence interne variant de $\alpha = 0,86$ à $0,92$, une fiabilité test-retest entre $r = 0,84$ et $0,93$, et une bonne validité discriminante. La version francophone est validée et normée (Beck et al., 2005). Les seuils cliniques pour chaque mesure sont définis par des scores T standardisés comme suit : anxiété, dépression, comportements perturbateurs ≥ 60 ; Estime de soi ≤ 40 . Les prévalences sont calculées en pourcentage du nombre total de participants qui dépassent ces seuils. Dans cette étude, les coefficients de consistance interne ont été calculés pour les échelles d'intérêt : l'anxiété ($\alpha = 0,88$), la dépression ($\alpha = 0,92$), les comportements perturbateurs ($\alpha = 0,88$) et l'estime de soi ($\alpha = 0,84$).

Le *Conners 3rd Edition – Self-Report Scale* (C.K. Conners, 2008) est un questionnaire autorapporté de 97 items, qui évalue les symptômes du TDAH, du TOP et du TC selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). Les échelles mesurent l'inattention, l'hyperactivité/impulsivité, les problèmes d'apprentissages, les troubles comportementaux et les relations familiales. Les

propriétés psychométriques indiquent un coefficient de consistance interne de $\alpha = 0,88$ et une fiabilité test-retest de $r = 0,79$. Pour cette étude, les échelles d'intérêt sont celles du TDAH, du TOP et du TC. Les seuils cliniques pour chaque échelle sont définis par des scores T standardisés ≥ 65 . Les prévalences sont calculées en pourcentage du nombre total de participants qui dépassent ces seuils. Dans la présente étude, le coefficient de consistance interne calculé pour ces échelles est de $\alpha = 0,96$.

Il est important de rappeler que les instruments utilisés dans cette étude sont des mesures autorapportées et qu'ils ne permettent pas d'établir un diagnostic clinique au sens strict. Les seuils utilisés permettent plutôt d'identifier la présence de difficultés cliniquement significatives ou de symptômes associés aux différentes dimensions évaluées. Les résultats doivent donc être interprétés en termes de profils symptomatiques plutôt que de diagnostics formels.

2.4 Plan d'analyses

Le seuil de signification statistique est fixé à $\alpha = .05$ et les analyses sont menées à l'aide du logiciel IBM-SPSS version 29. Les distributions des variables ont été examinées et respectent les critères de normalité, ce qui justifie l'utilisation d'analyses paramétriques. Les postulats de normalité ont été vérifiés par plusieurs moyens : une inspection visuelle des histogrammes, les coefficients d'asymétrie et d'aplatissement sont respectés, et aucune présence de données extrêmes n'a été détectée (scores Z inférieurs à -3.29 ou supérieurs à 3.29). Les tailles d'effet ont été interprétées selon les conventions de Cohen (1988), où une valeur de 0.20 correspond à un effet de petite taille, 0.50 à un effet de taille moyenne et 0.80 à un effet de grande taille.

Les analyses ont été réalisées en fonction des objectifs de l'étude. Dans un premier temps, des analyses descriptives ont été effectuées afin d'estimer la proportion de participants atteignant les seuils cliniques pour les différentes dimensions évaluées (symptômes intériorisés et extériorisés, TDAH et estime de soi). Dans un deuxième temps, des tests t à échantillon unique ont été utilisés afin de comparer les scores T moyens de l'échantillon à la valeur normative de référence ($T = 50$).

Dans un troisième temps, des analyses de covariance (ANCOVA) ont été menées afin d'examiner les différences selon le sexe pour les différentes variables dépendantes, en contrôlant l'effet de l'âge. Une analyse additionnelle de chi carré a également été menée pour documenter s'il y a des différences entre la comorbidité de symptômes intériorisés et de symptômes extériorisés et le sexe.

Enfin, dans un quatrième temps, des ANCOVA ont également été réalisées afin d'examiner les différences selon le niveau d'encadrement des unités (régulier/souple, intermédiaire, intensif), en contrôlant l'effet du sexe. Des tests paramétriques appropriés ont été utilisés en fonction de la nature des variables, compte tenu du respect des postulats de normalité.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

3.1 Premier objectif

Le premier objectif de l'étude est de documenter les taux de prévalence des symptômes intériorisés (anxiété et dépression), des symptômes extériorisés (comportements perturbateurs, TC et TOP), des symptômes du TDAH et de ceux d'une faible estime de soi chez les jeunes placés en CR. Pour ce faire, nous utilisons les seuils cliniques fixés par les instruments de mesure.

Les taux de prévalence sont calculés en pourcentages (nombre de participants qui atteint le seuil clinique / par le nombre total de participants X 100). Sur l'ensemble de l'échantillon, seuls 10 jeunes (10 %) ne présentent aucun score clinique à l'une ou l'autre des dimensions évaluées. Ces résultats sont présentés dans le tableau 3.1.

Les résultats montrent que 39.2 % des participants présentent au moins un seuil clinique associé à des difficultés intériorisées (anxiété ou dépression). Plus précisément, 27.5 % d'entre eux atteignent le seuil clinique pour l'anxiété, 32.4 % pour la dépression, et 20.8 % pour les deux.

Concernant les symptômes extériorisés, les résultats montrent que 80.4% des participants atteignent au moins un seuil clinique associé à ces difficultés. Plus précisément, 62.8% d'entre eux atteignent le seuil clinique pour les comportements perturbateurs, 63.7% pour le TC et 43.1% pour le TOP (43.1%). Par ailleurs, soulignons que 21 % des participants atteignent un seul seuil clinique extériorisé, 11 % en atteignent deux et 50 % en atteignent trois.

La comorbidité entre les difficultés intériorisées et extériorisées a été examinée. Les résultats indiquent que 35 % des participants atteignent simultanément au moins un seuil clinique associé à une difficulté intériorisée (anxiété ou dépression) et au moins seuil clinique associé à une difficulté extériorisée (comportements perturbateurs, TC ou TOP).

Pour ce qui est du TDAH, 41.2 % des participants atteignent le seuil clinique. Enfin, 26.5 % des participants présentent un niveau d'estime de soi inférieur à la moyenne.

Tableau 3.1 Taux de prévalence des indicateurs de santé mentale

	Prévalence	Participants atteignant le seuil clinique (n)
Troubles intériorisés		
Anxiété	27.5%	28
Dépression	32.4%	33
Troubles extériorisés		
Cpts. Perturb.	62.8%	63
TC	63.7%	64
TOP	43.1%	44
TDAH	41.2%	42
Faible estime de soi	26.5%	27

Note. Cpts. perturb. = Comportements perturbateurs. N = 101.

3.2 Deuxième objectif

Afin de vérifier si les résultats des participants de l'étude diffèrent des échantillons normatifs des instruments de mesure, des tests T à échantillon unique sont effectués sur les variables dépendantes, comparant les scores T avec la valeur de référence de 50.

Troubles intériorisés

Pour l'échelle d'anxiété, la moyenne de l'échantillon est de 55.77 et l'écart-type est 10.49, ce qui s'avère significativement plus élevé que la valeur de référence, $t(100) = 5.53$, $p < .001$, $d = 0.55$. La taille d'effet est moyenne.

Concernant l'échelle de dépression, la moyenne de l'échantillon est de 56.29 et l'écart-type est de 10.38, ce qui est également plus élevé que la valeur de référence, $t(100) = 6.09$, $p < .001$, $d = 0.61$. La taille d'effet est moyenne.

Troubles extériorisés

L'échelle des comportements perturbateurs révèle une moyenne de 65.12 et un écart-type de 13.34, ce qui est significativement plus élevé que la valeur de référence, $t(100) = 11.39$, $p < .001$, $d = 1.13$. La taille d'effet est grande.

Pour l'échelle de TC, la moyenne est de 71.93 et l'écart-type est de 16.61, ce qui est significativement plus élevé que la valeur de référence, $t(100) = 13.27$, $p < .001$, $d = 1.32$. La taille d'effet est grande.

Enfin, pour le TOP, la moyenne est de 62.07 et l'écart-type est de 11.74, ce qui est significativement plus élevé que la valeur de référence, $t(99) = 10.28$, $p < .001$, $d = 1.03$. La taille d'effet est grande.

Le TDAH

L'échelle de TDAH révèle une moyenne de 62.21 et un écart-type de 12.42, ce qui est significativement plus élevé que la valeur de référence, $t(100) = 9.89$, $p < .001$, $d = 0.98$. La taille d'effet est grande.

Faible estime de soi

L'échelle d'estime de soi présente une moyenne de 45.46 et un écart-type de 9.60, ce qui s'avère significativement inférieur à la valeur de référence, $t(100) = -4.76$, $p < .001$, $d = -0.47$. La taille d'effet est moyenne.

3.3 Troisième objectif

Pour répondre au troisième objectif de l'étude, qui est de vérifier s'il existe des différences entre les filles et les garçons sur les scores T moyens des symptômes intériorisés, extériorisés, du TDAH et ceux d'une faible estime de soi, des ANCOVA sont menées sur les variables dépendantes, avec l'âge en covariable. Le tableau 3.2 présente les résultats.

Troubles intériorisés

Les résultats de l'ANCOVA sur les symptômes d'anxiété montrent une différence significative entre les sexes, avec une taille d'effet moyenne, $F(1, 98) = 5.02$, $p = .027$, $\eta_p^2 = .05$. Les filles obtiennent des scores d'anxiété plus élevés que les garçons. En revanche, l'effet de l'âge n'est pas significatif, $F(1, 98) = 0.03$, $p = .874$, $\eta_p^2 < .01$.

Pour ce qui est des symptômes de dépression, les résultats de l'ANCOVA montrent une différence significative selon le sexe, avec une taille d'effet moyenne, $F(1, 98) = 5.26$, $p = .024$, $\eta_p^2 = .05$, indiquant que les filles ont des scores plus élevés de dépression que les garçons. L'effet de l'âge n'est pas significatif, $F(1, 98) = 0.80$, $p = .373$, $\eta_p^2 = .01$.

Troubles extériorisés

Les résultats de l'ANCOVA montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les sexes sur le plan des comportements perturbateurs, $F(1, 98) = 0.15$, $p = .702$, $\eta_p^2 < .01$). L'effet de l'âge n'est pas significatif, $(F(1, 98) = 0.02, p = .896, \eta_p^2 < .01)$.

Concernant le TC, les résultats de l'ANCOVA indiquent une différence significative en fonction du sexe, avec une grande taille d'effet, $F(1,98) = 10.28$, $p = .002$, $\eta_p^2 = .10$, montrant que les filles ont des scores plus bas de TC que les garçons. Il n'y a pas d'effet de l'âge, $F(1,98) = 1.35$, $p = .249$, $\eta_p^2 = .01$.

Pour ce qui est du TOP, les résultats de l'ANCOVA mettent en lumière une différence significative en fonction du sexe, avec une taille d'effet moyenne, $F(1, 98) = 5,27$, $p = .024$, $\eta_p^2 = .05$, indiquant que les filles obtiennent des scores plus bas que les garçons. Il n'y a pas d'effet significatif de l'âge, $F(1, 98) = 3.57$, $p = .062$, $\eta_p^2 = .04$.

Le TDAH

Pour le TDAH, il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe, $F(1, 98) = 1.08$, $p = .343$, η_p^2 partiel = .02, et il n'y a pas d'effet significatif de l'âge sur les scores du TDAH $F(1, 98) = 1.38$, $p = .243$, $\eta_p^2 = .14$.

L'estime de soi

Concernant l'estime de soi, les résultats de l'ANCOVA montrent une différence significative en fonction du sexe, avec une taille d'effet moyenne, $F(1, 98) = 4.15$, $p = .044$, $\eta_p^2 = .04$, indiquant que les filles ont une plus faible estime de soi que les garçons. De plus, l'âge a également un effet significatif sur les scores de l'estime de soi avec une taille d'effet moyenne, $F(1, 98) = 4.79$, $p = .031$, $\eta_p^2 = .05$. Plus précisément, les résultats suggèrent que les adolescents plus âgés rapportent une estime de soi plus élevée que les plus jeunes.

Tableau 3.2 Scores T moyens (ET) aux variables de santé mentale selon le sexe

	Garçons (n = 47)	Filles (n = 54)	Valeurs p (ANCOVA)
	M(ET)	M(ET)	
Troubles intériorisés			
Anxiété	53.26 (9.86)	57.96 (10.62)	.027*
Dépression	53.45 (8.06)	58.76 (11.55)	.024*
Troubles extériorisés			
Cpts. perturb.	65.64 (13.72)	64.67 (13.11)	.702
TC	77.04 (16.75)	67.48 (15.29)	.002*
TOP	64.30 (12.21)	60.09 (11.06)	.024*
TDAH	63.38 (12.52)	61.19 (12.35)	.377
Faible estime de soi	48.13 (9.66)	43.13 (9.00)	.044*

Notes. Cpts. perturb. = Comportements perturbateurs. N = 101.

Comorbidité de symptômes intériorisés et extériorisés

Une analyse additionnelle de chi carré a été réalisée afin d'examiner l'association entre le sexe et la présence comorbide de symptômes intériorisés et extériorisés. Les résultats montrent que la comorbidité est plus fréquente chez les filles (45.3 %) que chez les garçons (23.4 %), $\chi^2(1, N = 100) = 5.24, p = .022$.

3.4 Quatrième objectif

Le quatrième objectif de l'étude vise à explorer si les scores T moyens des symptômes intériorisés, extériorisés, du TDAH et d'une faible estime de soi, diffèrent selon le niveau d'encadrement. Pour ce faire, des analyses de covariance (ANCOVA) sont menées pour chacune des variables dépendantes, avec l'âge et le sexe en covariables. Pour les analyses post-hoc, une correction de Bonferroni est appliquée. Les résultats détaillés sont présentés au tableau 3.3.

Troubles intériorisés

Concernant l'anxiété, les résultats de l'ANCOVA montrent qu'il n'y a aucune différence significative selon les trois niveaux d'encadrement, $F(2, 96) = 0.26, p = .776, \eta_p^2 = .01$. L'effet de l'âge n'est pas significatif ($p = .869$). Seul un effet significatif du sexe est observé, $F(1, 96) = 4.00, p = .048, \eta_p^2 = .040$, indiquant que les filles ont des scores d'anxiété plus élevés que les garçons.

Pour ce qui est de la dépression, les résultats de l'ANCOVA montrent qu'il n'y a aucune différence significative selon les trois niveaux d'encadrement, $F(2, 96) = 0.69, p = .505, \eta_p^2 = .01$. Également, l'âge et le sexe n'ont pas d'effet significatif sur les scores de dépression ($p = .505$ et $p = .540$, respectivement).

Troubles extériorisés

Pour ce qui est des comportements perturbateurs, les résultats de l'ANCOVA montrent qu'il y a des différences significatives selon les trois niveaux d'encadrement, avec une taille d'effet moyenne, $F(2,$

96) = 3.46 , p = .035 , $\eta_p^2 = .07$. L'âge n'a pas d'effet significatif ($F(1,96) = 0.50$, p = .483, $\eta_p^2 = .01$) et le sexe non plus ($F(1, 96) = 0.56$, p = .455 , $\eta_p^2 = .46$). Les résultats de l'analyse post-hoc montrent une différence marginalement significative entre le niveau intensif (M = 69.62, ET = 14.92) et le niveau régulier/souple (M = 61.97, ET = 12.61), p = .053, avec une taille d'effet moyenne (d = 0.59).

Pour ce qui est du TC, les résultats de l'ANCOVA montrent une différence significative selon les trois niveaux d'encadrement, avec une taille d'effet moyenne, $F(2, 96) = 5.41$, p = .006, $\eta_p^2 = .10$. De plus, le sexe est significatif, avec une taille d'effet entre moyenne et grande, $F(1, 96) = 9.55$, p = .003, $\eta_p^2 = .09$. Les garçons ont des scores de TC plus élevés que les filles. Cependant, l'âge ne montre pas d'effet significatif, $F(1, 96) = 3.30$, p = .073, $\eta_p^2 = .03$. Les résultats des analyses post-hoc indiquent que pour le niveau d'encadrement intensif, il y a plus de TC (M = 74.44, ET = 15.78) que dans le groupe où l'encadrement est régulier/souple (M = 64.03, ET = 15.96), avec une taille d'effet moyenne (d = 0.66).

Pour ce qui est du TOP, les résultats de l'ANCOVA indiquent qu'il n'y a pas de différence significative selon les trois niveaux d'encadrement, $F(2, 96) = 2.59$, p = .080 , $\eta_p^2 = .05$. En revanche, le sexe ($F(1, 96) = 5.35$, p = .023 , $\eta_p^2 = .05$) et l'âge ($F(1,96) = 5.52$, p = .021 , $\eta_p^2 = .06$) ont un effet significatif. Plus précisément, ces résultats suggèrent que les garçons ont des scores de TOP plus élevés que les filles. Pour explorer plus en détail l'effet de l'âge, une régression linéaire a été réalisée. Les résultats montrent que l'âge ne prédit pas significativement les scores de TOP ($F(1, 98) = 1.583$, p = .211). Le coefficient de régression suggère une tendance à la baisse des scores de TOP avec l'âge, mais cette relation n'est pas statistiquement significative. Le modèle n'explique qu'une petite partie de la variance des scores de TOP (R^2 ajusté = .006), indiquant que l'âge seul ne constitue pas un prédicteur puissant des symptômes de TOP. Cela suggère que l'âge pourrait influencer les scores de TOP en interaction avec d'autres variables, comme le sexe, plutôt que de manière indépendante.

Le TDAH

Il n'y a pas de différence significative entre les participants des trois niveaux sur les scores de TDAH, $F(2, 96) = 0.95$, p = .391 , $\eta_p^2 = .02$. Le sexe n'a pas d'effet significatif ($F(1, 96) = 0.79$, p = .376 , $\eta_p^2 = .08$) et l'âge non plus ($F(1,96) = 1.59$, p = .210 , $\eta_p^2 = .02$).

L'estime de soi

Finalement, les résultats de l'ANCOVA montrent qu'il n'y a aucune différence significative selon les trois niveaux d'encadrement sur les scores d'estime de soi, $F(2, 96) = 0.36$, $p = .701$, $\eta_p^2 = .01$. L'âge a un effet significatif, avec une taille d'effet moyenne, $F(1,96) = 4.08$, $p = .046$, $\eta_p^2 = .04$, indiquant que l'estime de soi est plus élevée chez les adolescents plus âgés. Aucun effet significatif du sexe ($p = .70$) n'a été observé. Pour approfondir cet effet de l'âge, une régression linéaire a été réalisée, montrant que l'âge prédit significativement les scores d'estime de soi ($F(1, 99) = 7.903$, $p = .006$). Le coefficient de régression ($B = 2.018$, $p = .006$) indique que, pour chaque année supplémentaire, les scores d'estime de soi augmentent de 2,018 points en moyenne.

Tableau 3.3 Scores T moyens (ET) aux variables de santé mentale selon le niveau d'encadrement

	Régulier/souple	Intermédiaire	Intensif	Valeurs p (ANCOVA)
Troubles intérieurs				
Anxiété	56.93 (12.87)	54.11 (7.42)	56.56 (11.10)	.776
Dépression	56.93 (12.87)	54.00 (6.84)	57.15 (11.61)	.505
Troubles extérieurs				
Cpts. perturb.	61.97 (12.61)	63.54 (11.49)	69.62 (14.92)	.035*
TC	64.03 (15.96)	76.03 (16.06)	74.44 (15.78)	.006*
TOP	58.73 (10.56)	63.05 (11.58)	64.00 (12.62)	.080
TDAH	60.18 (13.39)	64.49 (9.73)	61.53 (14.01)	.376
Faible estime de soi	43.33 (8.37)	46.92 (10.34)	45.74 (9.72)	.701

Notes. *Cpts. perturb.* = Comportements perturbateurs. *N* = 101.

CHAPITRE 4

DISCUSSION

La présente discussion vise à interpréter les résultats de l'étude à la lumière des hypothèses formulées et de la recension des écrits. Cette recherche portait sur des adolescents âgés de 12 à 17 ans, placés dans des unités de réadaptation relevant d'un CR du Québec, où ils ont reçu un encadrement éducatif et clinique assuré par des intervenants spécialisés. Ces jeunes constituent une population hautement vulnérable, souvent marquée par des trajectoires de maltraitance, de négligence et d'instabilité des placements. Ils sont aussi exposés à des expériences répétées de polyvictimisation, facteurs associés à une détérioration marquée de la santé psychologique et à une surreprésentation de troubles psychiatriques sévères (Ford et Delker, 2018; Greeno et al., 2019; Li et al., 2019; McGuire et al., 2018). Dans ce contexte, la présente discussion vise à interpréter les résultats à la lumière de l'état actuel des connaissances sur la santé mentale des jeunes placés en CR. Toutefois, la méthode utilisée ne permettant pas d'examiner directement les mécanismes explicatifs, les interprétations proposées demeurent donc hypothétiques et s'appuient sur les modèles théoriques et les données empiriques disponibles, dans le but de dégager des implications cliniques et organisationnelles pour les services destinés à cette clientèle.

Conformément à cette visée intégrative, la discussion est structurée en six sections successives : d'abord, quatre objectifs guidaient cette recherche : (1) décrire les taux de prévalence des symptômes intériorisés (anxiété, dépression), des symptômes extériorisés (comportements perturbateurs, TC, TOP), du TDAH et de la faible estime de soi; (2) comparer ces taux aux données normatives disponibles; (3) documenter les différences selon le sexe; et (4) examiner, de manière exploratoire, les variations selon le niveau d'encadrement des unités de vie (régulier/souple, intermédiaire, intensif), correspondant à des degrés croissants de structure, de supervision et de sécurité. Les sections suivantes mettent en relief les forces et limites méthodologiques, puis explicitent les implications cliniques et politiques découlant des résultats, avant de conclure sur les perspectives de recherche futures.

4.1 Taux de prévalence (objectifs 1 et 2)

Cet objectif visait à décrire les prévalences des symptômes intériorisés et extériorisés, du TDAH et d'une faible estime de soi chez des adolescents placés en CR au Québec, puis à les comparer aux estimations normatives et populationnelles. Les indicateurs observés attestent d'une vulnérabilité psychologique marquée, conformément à nos hypothèses.

Conformément aux attentes, les symptômes intériorisés atteignent des niveaux cliniques chez 27.5 % pour l'anxiété et 32.4 % pour la dépression (BYI-II, seuils $T \geq 60$), excédant nettement les estimations populationnelles (anxiété : 1.6 à 16 % selon les sous-types; dépression environ 7 %) et surpassant les taux cliniques synthétisés chez les jeunes suivis par la protection de la jeunesse dans des études internationales (anxiété : 18 %; dépression : 11 %) (American Psychiatric Association, 2022; Beck et al., 2005; Bronsard et al., 2016).

Ces niveaux demeurent toutefois cohérents avec des données québécoises situant les manifestations anxiodépressives autour de 31 % chez les jeunes suivis par la protection de la jeunesse (S. Hélie et al., 2017). Sur le plan étiologique, l'ampleur des symptômes intériorisés s'interprète à la lumière de la polyvictimisation, de l'instabilité des placements et des ruptures de liens, des facteurs associés à l'anxiété et à la dépression à l'adolescence, et aggravés par l'instabilité des placements (Ford et al., 2018; Maguire et al., 2024; McGuire et al., 2018). Cliniquement, la proportion élevée de dépression peut être associée, selon la recension des écrits, à un risque accru d'automutilations et de conduites suicidaires, de décrochage scolaire et de chronicisation de ces difficultés à l'âge adulte (Askeland et al., 2022; Gardner et al., 2019; Richardson et al., 2024; Wu et al., 2024).

Les symptômes extériorisés se révèlent d'ampleur exceptionnelle : 62.8 % de comportements perturbateurs (BYI-II, $T \geq 60$), 63.7 % de TC et 43.1 % de TOP (Conners 3, $T \geq 65$), soit des taux très supérieurs aux prévalences populationnelles globales (environ 6 %) et nettement au-delà des estimations chez les jeunes suivis en protection de la jeunesse (TC : 20 %; TOP : 12 %) (Beck et al., 2005; Bronsard et al., 2016; Conners, 2008; Polanczyk et al., 2015). Cette combinaison de comportements perturbateurs et d'opposition est attendue dans des contextes de relations hautement conflictuelles et de perturbation institutionnelle, profils associés à la dysrégulation émotionnelle et à l'érosion des normes sociales et scolaires (Milone et Sesso, 2022; Zhang et al., 2022). Deux éléments contribuent

vraisemblablement aux écarts : un échantillon exclusivement placés en unités fermées ou semi-fermées (gravité moyenne plus élevée que dans les cohortes en milieux ouverts) et un contexte organisationnel marqué par l'instabilité des placements et la rotation du personnel, facteurs de maintien et d'amplification des troubles (Geoffrion et Ouellet, 2013; McGuire et al., 2018). Les implications sont lourdes : risque accru de judiciarisation et de récidive, avec une forte comorbidité psychiatrique dans les systèmes judiciaires pour adolescents (Hovey et al., 2017; Salinas et Venta, 2021). À moyen terme, le TC prédit des issues défavorables (usage de substances, délinquance persistante, désavantages scolaires/professionnels) et le TOP un retentissement fonctionnel large et un risque augmenté ultérieur d'anxiété et de dépression (Kaur et al., 2022; Seppa et al., 2024; Tesli et al., 2024). Pour les équipes d'intervenants, ces profils se traduisent par des crises fréquentes, des mesures de contrôle accrues et un climat institutionnel fragilisé, dans un contexte de stress professionnel et de formation parfois insuffisante (Bickle, 2021; Smith et Colletta, 2019; Vamvakos et Berger, 2024; Van den Tillaart et al., 2018).

La proportion de participants atteignant le seuil clinique associé au TDAH est de 41.2 % (Conners 3, $T \geq 65$), soit près de six fois la prévalence populationnelle (7 %) et nettement au-dessus des estimations chez les jeunes en lien avec la protection de la jeunesse (environ 11 %) (American Psychiatric Association, 2022; Bronsard et al., 2016; Conners, 2008). Ce constat demeure compatible avec des données québécoises indiquant le TDAH comme diagnostic le plus fréquent en CR, souvent comorbide avec des troubles de l'attachement et le TOP, tout en rappelant la possibilité d'un surdiagnostic relatif lorsque la réactivité post-traumatique n'est pas suffisamment dépistée (Desjardins et al., 2017). Trois facteurs éclairent l'ampleur observée : (a) un profil d'hébergement fermé/semi-fermé (gravité accrue); (b) une différence de critères (seuils symptomatiques aux échelles vs diagnostics formels) pouvant tendre vers des taux plus élevés; (c) l'autoévaluation qui limite la triangulation parent/enseignant recommandée pour la validité du diagnostic (Desjardins et al., 2017; DuPaul, 2022; Pfiffner et Haack, 2014). Cliniquement, la cooccurrence TDAH-TC-TOP exacerbe la dysrégulation et le risque d'échec scolaire, d'exclusion et de récidive, d'où la nécessité d'interventions multimodales plutôt que ciblées sur la seule dimension attentionnelle (Hadler et van Schalkwyk, 2025; Salari et al., 2023).

Enfin, 26.5 % des jeunes rapportent une faible estime de soi (BYI-II, $T \leq 40$), un taux supérieur aux estimations usuelles en population adolescente (15 à 20 % selon l'âge), et attendu au regard

d'histoires de maltraitance, de rejet et de ruptures affectives (Beck et al., 2005; Carlen et al., 2023; McClure et al., 2010; Orth et al., 2018). L'adversité précoce altère durablement le concept de soi (internalisation de la dévalorisation, sentiment d'incompétence), et la faible estime de soi agit comme facteur de maintien transversal des troubles via la dysrégulation émotionnelle (Orth et Robins, 2022; Reid-Russell et al., 2021; Sowislo et Orth, 2013; Zhang et al., 2023). Fonctionnellement, elle complique l'engagement dans les programmes de réadaptation et limite l'efficacité des approches strictement comportementales, plaidant pour des interventions identitaires visant la valorisation personnelle (Reid-Russell et al., 2021).

Pris ensemble, ces résultats confirment une morbidité généralisée et comorbide chez les jeunes placés en CR, d'un ordre de grandeur supérieur aux références populationnelles et souvent au-delà des méta-analyses en protection de l'enfance (Bronsard et al., 2016). En pratique, ils justifient un dépistage systématique à l'admission couvrant les troubles intériorisés, extériorisés, le TDAH et l'estime de soi, avec des trajectoires de soins différenciées selon le profil symptomatique et le niveau d'encadrement.

Sur le plan organisationnel, ces constats convergent vers la nécessité de renforcer l'accès à des ressources spécialisées en santé mentale chez les jeunes, notamment en proposant des interventions centrées sur la régulation émotionnelle et le traitement des traumas, ainsi que des protocoles de gestion de crise adaptés aux spécificités des unités résidentielles (Bickle, 2021; Geoffrion et Ouellet, 2013; McGuire et al., 2018; Vamvakos et Berger, 2024). À cet égard, certains modèles intégratifs, issus des approches *trauma-informed*, tels que le modèle ARC (*Attachment, Regulation and Competence*), proposent des stratégies d'intervention concrètes et structurées visant à soutenir les capacités d'attachement, de régulation émotionnelle et de compétence, tout en impliquant l'ensemble du milieu de vie et du personnel dans une approche cohérente et systémique (Collin-Vézina et al., 2019).

4.2 Portrait différencié selon le sexe

Cet objectif visait à documenter les écarts selon le sexe pour l'ensemble des indicateurs de santé mentale. Les résultats montrent que les filles présentent davantage de symptômes intériorisés et

une estime de soi plus faible, alors que les garçons se distinguent par des niveaux supérieurs de symptômes extériorisés, l'écart pour ceux du TDAH n'atteignant pas la signification statistique. Ce profil s'aligne sur les tendances populationnelles et sur les constats en protection de l'enfance, tout en reflétant l'effet nivelant du contexte de CR où la polyvictimisation et les ruptures relationnelles agissent comme facteurs transversaux de risque (Bronsard et al., 2016; Kerig et Becker, 2015)

Conformément à l'hypothèse, les filles obtiennent des scores significativement plus élevés d'anxiété et de dépression (ANCOVA) que les garçons, ce qui converge avec le ratio de 2:1 observé dans la population générale (American Psychiatric Association, 2022) et avec les données probantes chez les jeunes suivis par la protection de la jeunesse (Bronsard et al., 2016). Ces écarts peuvent être interprétés à la lumière de mécanismes cognitifs et interpersonnels proposés dans la recension des écrits pour rendre compte des différences anxiodépressives selon le sexe. D'abord, la rumination et les préoccupations anticipatoires sont associées à une plus grande vulnérabilité aux difficultés intériorisées chez les adolescentes (Espinosa et al., 2022). Aussi, la corumination a également été liée à une augmentation du stress et à la persistance des symptômes au fil du temps, particulièrement chez les jeunes présentant déjà des difficultés émotionnelles (Barreira et al., 2025; Rose et al., 2017). Dans des contextes caractérisés par une instabilité des placements, ces processus pourraient constituer des facteurs contribuant au maintien de la détresse psychologique (Morken et al., 2023), bien que ces variables n'aient pas été examinées dans la présente étude.

Concernant les symptômes extériorisés, les garçons présentent des scores significativement plus élevés de TC et de TOP, en cohérence avec le surrisque masculin pour les conduites antisociales et oppositionnelles (American Psychiatric Association, 2022), tandis que l'indice global de comportements perturbateurs ne diffère pas significativement entre les sexes. Cette convergence partielle suggère un effet de « nivellement » contextuel attribuable à des facteurs de risque communs en CR (polyvictimisation, ruptures de placement, climat institutionnel exigeant), qui homogénéisent certains aspects comportementaux tout en laissant persister les écarts genrés dans les conduites antisociales et d'opposition (Kerig et Becker, 2015; Salmon et al., 2022). Sur le plan fonctionnel, ces profils sont typiquement associés à la dysrégulation émotionnelle, des tensions relationnelles et des perturbations du milieu scolaire et institutionnel (Milone et Sesso, 2022; Zhang et al., 2022).

Par ailleurs, les résultats indiquent aucune différence significative pour le TDAH, ce qui contraste avec le rapport d'environ 2:1 observé en population générale (APA, 2022). Trois éléments l'éclairent : d'abord, dans des échantillons cliniques ou à haut risque, l'écart entre sexes s'atténue, notamment parce que le « phénotype féminin » plus inattentif et moins « bruyant » est mieux capté en milieux spécialisés (Hinshaw et al., 2022; Martin et al., 2024). Ensuite, la polyvictimisation et les traumas développementaux, fréquents en CR, majorent l'inattention et l'impulsivité, complexifiant le différentiel TDAH-TSPT et diluant les écarts sexués attendus (Gelner et al., 2023; Magdi et al., 2025; Young et al., 2024). Enfin, les environnements résidentiels à forte structuration (routines, contingences) réduisent globalement la désinhibition motrice, comprimant les différences habituellement visibles dans des contextes moins encadrés (Fabiano et al., 2014; Harder, 2018; Pfiffner et Haack, 2014).

Conformément à l'hypothèse, les filles affichent une estime de soi significativement plus faible (taille d'effet moyenne), en phase avec les tendances populationnelles à l'adolescence (Kreski et al., 2024; Orth et al., 2018). En protection de l'enfance, l'estime de soi joue un rôle pivot dans l'ajustement : elle médiatise les liens entre compétences sociales et résilience, et participe au maintien des troubles intériorisés comme extériorisés (Orth et Robins, 2022; Reid-Russell et al., 2021; Sowislo et Orth, 2013; Zhang et al., 2023). Les dynamiques numériques contemporaines (temps d'écran, moindre sociabilité hors ligne) pèsent davantage sur l'autovalorisation des adolescentes, pouvant accentuer l'écart observé (Kreski et al., 2024; Priyadarshini et Jose, 2025). Toutefois, le contexte d'hébergement abaisse globalement l'estime de soi des deux sexes, ce qui réduit le différentiel par rapport à la population générale (Zhang et al., 2023).

Pris ensemble, ces éléments suggèrent que, si les patrons sexués classiques demeurent (intériorisés/estime de soi chez les filles; TC/TOP chez les garçons), leur amplitude est modulée par les facteurs transversaux propres au CR (adversités cumulées, instabilité de placement, exigences institutionnelles), lesquels structurent l'expression symptomatique au-delà du seul effet du sexe (Bronsard et al., 2016; Kerig et Becker, 2015; McGuire et al., 2018). Des analyses complémentaires fondées sur les seuils cliniques suggèrent également une cooccurrence des difficultés intériorisées et extériorisées plus marquée chez les filles que chez les garçons, ce qui appuie l'idée de profils symptomatiques complexes pour les adolescentes placés en CR. Ce constat appelle, sur le plan clinique, à des parcours de soins différenciés selon le sexe pour l'évaluation et l'intervention ciblant

ruminant/coruminant et dysrégulation émotionnelle chez les filles, et les trajectoires antisociales/oppositionnelles chez les garçons. Sur le plan organisationnel, il justifie des ajustements de milieu attentifs aux besoins communs qui nivèlent les profils. Dans cette perspective, il est déterminant d'examiner maintenant comment les prévalences varient selon les niveaux d'encadrement (souple/régulier, intermédiaire, intensif), afin de mieux comprendre l'influence du contexte d'hébergement, en complément des différences observées selon le sexe.

4.3 Comparaison des prévalences selon les niveaux d'encadrement

Cet objectif visait à examiner la distribution des indicateurs de santé mentale selon les trois niveaux d'encadrement des unités d'hébergement (souple/régulier, intermédiaire, intensif). Contrairement à ce qui était anticipé, seules les dimensions extériorisées (comportements perturbateurs, TC, TOP) varient significativement selon le niveau d'encadrement, révélant un gradient de sévérité comportementale plutôt qu'affective. Les jeunes placés dans les milieux souples présentent les taux les plus faibles, suivis des unités intermédiaires, tandis que les unités intensives concentrent les scores les plus élevés. Cette tendance est cohérente avec les synthèses internationales indiquant que les jeunes placés dans des contextes résidentiels présentent une morbidité psychologique supérieure à ceux vivant en milieu familial ou en ressource de type familial (Li et al., 2019).

Aucune différence significative n'est observée pour l'anxiété, la dépression ou l'estime de soi. Deux explications convergentes sont plausibles. D'une part, les critères d'orientation vers les unités à encadrement intensif, tels que définis dans les cadres réglementaires québécois ("LSSSS," 2024), reposent sur la dangerosité et les comportements perturbateurs plutôt que sur les symptômes intériorisés, souvent moins détectés et moins saillants dans les milieux collectifs. D'autre part, la morbidité émotionnelle élevée et généralisée dans l'ensemble de la cohorte crée un effet plafond, limitant la sensibilité des comparaisons intermilieux. Ces constats rejoignent les conclusions des méta-analyses de Bronsard et al. (2016) et de Ford et Delker (2018), qui rapportent des écarts plus marqués selon les milieux pour les troubles extériorisés que pour les troubles intériorisés.

Sur le plan explicatif, plusieurs mécanismes institutionnels et développementaux permettent de comprendre ce gradient. Premièrement, un effet de sélection est attendu : les jeunes présentant des

conduites agressives, des fugues répétées ou des comportements à risque élevé sont plus susceptibles d'être orientés vers les milieux intensifs. Ce filtrage découle explicitement des dispositions de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et des cadres ministériels encadrant les critères d'admission en unités de réadaptation fermées ("LSSSS," 2024; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019). Par conséquent, les milieux à encadrement intensif accueillent proportionnellement davantage de jeunes présentant des profils cliniques lourds, ce qui amplifie mécaniquement les prévalences observées.

Deuxièmement, l'instabilité des placements peut être envisagée comme un facteur associé à une aggravation des difficultés chez les jeunes placés. La recension des écrits indique que la fréquence des changements de milieu est associée à une aggravation simultanée des troubles intériorisés et extériorisés, indépendamment des caractéristiques initiales (Maguire et al., 2024). Bien que cette variable n'ait pas été examinée dans la présente étude, ces résultats suggèrent que l'instabilité des placements pourrait contribuer à des trajectoires plus complexes, notamment chez les jeunes déjà orientés vers des unités à encadrement intensif. Dans cette perspective, des dynamiques telles que la répétition des crises, la désaffiliation et le recours à des mesures coercitives pourraient être impliquées dans le maintien ou l'aggravation des difficultés (McGuire et al., 2018).

Troisièmement, certains processus propres aux milieux collectifs entretiennent la symptomatologie externalisée. Le phénomène de contagion par les pairs (*deviancy training*) est bien documenté : il décrit l'amplification mutuelle des comportements antisociaux lorsque la densité de pairs déviants est élevée, notamment dans les groupes fermés où la supervision est constante, mais les interactions sociales sont limitées (Dozier et al., 2014). À l'inverse, les familles d'accueil ou les ressources de type familial offrent un environnement d'attachement plus stable, favorisant la régulation émotionnelle et la diminution progressive des troubles (Kliwer-Neumann et al., 2023).

Pris ensemble, ces résultats confirment partiellement l'hypothèse d'un gradient selon le niveau d'encadrement, mais ils invitent à interpréter les différences observées comme l'expression d'un continuum de besoins et de gravité, plutôt que comme un effet causal direct du niveau d'encadrement. Le niveau intensif ne crée pas la pathologie : il en est le reflet institutionnel et fonctionnel. Cliniquement, ces constats justifient un arrimage plus fluide entre les niveaux d'encadrement, afin d'éviter les ruptures de continuité et la décompensation symptomatique lors

des transferts. Sur le plan organisationnel, ils soulignent l'importance d'un soutien clinique spécialisé dans les unités intensives, notamment en régulation émotionnelle, en intervention de crise et en prévention de la contagion par les pairs. Ces constats soulignent la forte hétérogénéité clinique des jeunes selon leur niveau d'encadrement, mais également les limites inhérentes au dispositif institutionnel pour capter toute la complexité de leurs trajectoires. Il convient dès lors d'examiner de façon critique les forces et limites méthodologiques de l'étude, afin de situer la portée et la fiabilité des conclusions présentées.

4.4 Forces et limites de l'étude

La réalisation d'une recherche auprès de jeunes placés en CR constitue en soi un défi méthodologique majeur, ce qui explique la rareté des études dans ce milieu. Les contraintes institutionnelles et éthiques complexifient le recrutement et entraînent un risque de biais de sélection. Dans la présente étude, le comité d'éthique exigeait initialement la signature écrite des parents. Cette exigence a constitué un obstacle important : plusieurs parents étaient difficiles à joindre ou hésitaient à autoriser la participation de leur adolescent, ce qui ralentissait considérablement la collecte et augmentait la probabilité d'un échantillon biaisé vers les familles plus collaboratives. Ce n'est qu'après des démarches soutenues que le comité d'éthique a accepté de modifier la procédure, permettant d'obtenir un consentement verbal parental. Ce réajustement témoigne d'une négociation éthique réussie conciliant rigueur méthodologique et accessibilité de la population cible.

Malgré ces contraintes, la taille de l'échantillon atteint 101 participants, ce qui constitue une force notable et exceptionnelle pour une étude en CR. Un tel effectif assure une représentativité accrue des profils cliniques et offre une puissance statistique rarement observée dans ce type de recherche. De plus, le recrutement a impliqué la coordination simultanée de multiples acteurs (éducateurs, parents, jeunes, équipes cliniques), ce qui témoigne d'une implantation robuste et d'une collaboration interinstitutionnelle soutenue. Toutefois, cette taille d'échantillon demeure limitée pour l'examen d'effets plus complexes, notamment pour documenter les interactions entre le sexe et le niveau d'encadrement.

Un autre atout tient à l'implication directe du chercheur dans la collecte. J'ai été activement engagé dans plusieurs étapes du terrain : démarches d'autorisation parentale, présentation du projet aux jeunes et réalisation des évaluations standardisées. Plus de 58 adolescents ont été rencontrés personnellement, chaque séance durant environ trois heures. Cette implication a assuré une uniformité des procédures et une fidélité accrue des passations, renforçant la validité interne des données.

Plusieurs caractéristiques renforcent la robustesse scientifique et l'utilité clinique de cette recherche. Premièrement, l'étude documente une population hautement vulnérable, rarement représentée dans les enquêtes populationnelles malgré une charge psychopathologique élevée (Augusti et al., 2018; Li et al., 2016). Elle s'inscrit ainsi dans le prolongement des synthèses de Bronsard et al. (2016) et de Laforest et al. (2018), qui soulignent la nécessité d'analyses centrées sur les jeunes placés, afin d'éclairer les politiques publiques en santé mentale. Deuxièmement, l'usage d'instruments psychométriques standardisés (BYI-II, Conners 3) et de seuils cliniques explicites facilite la comparabilité interétudes et soutient le transfert des résultats vers les milieux d'intervention. Des travaux antérieurs ont confirmé la validité structurelle et la fiabilité de ces outils chez des jeunes placés ou issus de familles d'accueil (Gabrielli et al., 2015; Lehmann et al., 2017), ce qui renforce la crédibilité des scores obtenus. Enfin, la perspective multidimensionnelle (intégrant troubles intériorisés, extériorisés, TDAH et estime de soi) offre une vision développementale complète des trajectoires psychopathologiques, en cohérence avec les modèles transactionnels de Bronsard et al. (2016).

Cependant, plusieurs limites méthodologiques doivent être considérées. Le devis transversal ne permet pas d'inférer la directionnalité des relations observées entre maltraitance, troubles mentaux et estime de soi. Les études longitudinales demeurent nécessaires pour distinguer les vulnérabilités préexistantes des effets cumulatifs de l'exposition (Baldwin et al., 2019). De plus, la taille d'échantillon, bien que substantielle pour le milieu, limite la détection d'effets de faible ampleur et la généralisation des résultats à l'ensemble des CR, compte tenu des différences structurelles entre pays et territoires (Fluke et al., 2021; Yi et al., 2023).

Sur le plan conceptuel, l'absence de mesure spécifique du TSPT introduit un risque de chevauchement symptomatique entre anxiété, hyperactivité et inattention. La recension des écrits

cliniques montre que les symptômes de TSPT et de TDAH se recouvrent fréquemment, rendant difficile l'attribution exclusive à un diagnostic unique (Villodas et al., 2021; Wendt et al., 2023). Le guide de Siegfried et Blackshear (2016) sur ce sujet souligne la nécessité d'une évaluation différenciée pour distinguer TSPT et TDAH, notamment en contexte de maltraitance chronique.

Par ailleurs, l'usage exclusif de mesures auto-rapportées constitue une limite importante. Les symptômes extériorisés, en particulier, sont difficilement captés par autoévaluation, en raison de biais de perception et de désirabilité sociale. Bronsard et al. (2016) recommandent des approches multi-informantes (enseignants, éducateurs, parents) pour améliorer la validité et la précision des évaluations comportementales. L'intégration de telles sources aurait permis de mieux estimer la fréquence et la gravité des comportements problématiques.

Enfin, l'absence de mesure de la consommation de substances constitue une lacune méthodologique majeure. La recherche de Lagacé Leblanc et al. (2021) montre que les habitudes de consommation (alcool, cannabis, et autres) modulent le fonctionnement adaptatif et exacerbent les symptômes du TDAH. Ces interactions sont d'autant plus critiques à l'adolescence, période de maturation neurobiologique intense où la consommation peut altérer les régions impliquées dans le contrôle inhibiteur et la mémoire de travail (Gray et Squeglia, 2018). L'absence de ces données dans notre étude empêche d'évaluer la contribution spécifique des usages à la complexité clinique des jeunes en CR.

En résumé, cette étude présente certaines limites structurelles, notamment un devis transversal, l'absence de données multifactorielles et de mesure de la consommation. Malgré ces limites, elle offre une contribution empirique importante à la compréhension des parcours psychopathologiques des adolescents en centre d'hébergement. Sa rigueur méthodologique et son implantation dans un milieu peu documenté renforcent sa valeur scientifique et clinique. Ces considérations méthodologiques permettent de situer avec justesse la portée des résultats. Il importe désormais d'en examiner les retombées cliniques et politiques, afin de traduire ces constats en orientations concrètes pour le dépistage, l'intervention et l'organisation des services en protection de la jeunesse.

4.5 Implications cliniques et politiques

Les résultats de cette étude révèlent un portrait clinique préoccupant : une prévalence élevée de symptômes intériorisés et extériorisés, une forte proportion de TDAH et une estime de soi fragilisée, avec des différences selon le sexe et le niveau d'encadrement. Conformément à l'hypothèse générale, ces constats plaident pour des actions coordonnées à deux niveaux : (a) une adaptation des pratiques cliniques fondées sur les données probantes, sensibles au contexte de placement, et (b) une planification politique visant un continuum intégré et équitable des soins en santé mentale jeunesse.

4.5.1 Implications pour la pratique clinique

L'intensité et la diversité symptomatiques observées justifient la mise en place d'un dépistage systématique à l'admission, lors des transitions de placement et en post-crise, à l'aide d'instruments validés couvrant les symptômes intériorisés, extériorisés, le TDAH, l'estime de soi et la consommation de substances. Concrètement, ce dépistage pourrait être réalisé par les équipes cliniques à l'aide de questionnaires standardisés administrés dès l'arrivée en unité, et intégré aux procédures d'évaluation initiale. Les jeunes présentant des scores cliniquement élevés pourraient ensuite faire l'objet d'une évaluation approfondie et être orientés vers des services spécialisés, notamment en pédopsychiatrie, en psychologie ou en neuropsychologie, selon le profil de difficultés observées. Ce dépistage gagnerait à être articulé à un suivi longitudinal des réponses au traitement, permettant un ajustement dynamique des interventions selon le principe défini dans le Programme québécois pour les troubles mentaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021).

Les interventions à privilégier reposent sur un double axe : promotion de la régulation émotionnelle et prise en charge spécifique des symptômes identifiés. La méta-analyse de Weisz et al. (2017) confirment l'efficacité moyenne à robuste de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour les troubles anxieux, dépressifs et oppositionnels, tandis que Dray et al. (2017) montrent qu'une approche de résilience scolaire intégrant des composantes TCC réduit la symptomatologie dépressive et anxieuse à court terme. Ces approches doivent être combinées à des interventions brèves de soutien à l'estime de soi et à la régulation affective (Zhang et al., 2023).

Parallèlement, l'usage d'outils numériques (applications, modules psychoéducatifs guidés, clavardage thérapeutique) et de modèles hybrides de suivi améliore la continuité entre les

rencontres, favorise l'accessibilité en région et réduit les risques de rechute (Singh et al., 2022). Les études récentes soulignent leur faisabilité en contexte jeunesse, particulièrement pour les symptômes anxiodépressifs (Langhammer et al., 2024).

Nos résultats indiquent également la nécessité d'adopter une approche sensible au trauma (trauma-informed care) adaptée à la forte exposition cumulative à la maltraitance observée en CR. Les synthèses de Kerig et al. (2024) et de Malvaso et al. (2024) montrent que cette approche favorise la stabilisation émotionnelle, réduit la réactivité comportementale et améliore l'alliance thérapeutique, en particulier dans les milieux fermés. Les interventions devraient aussi être sexospécifiques : renforcer les compétences de régulation émotionnelle et la cohésion relationnelle chez les filles, et cibler les trajectoires antisociales et la gestion des impulsions chez les garçons (Kerig et al., 2024).

4.5.2 Implication pour les politiques publiques

Les données empiriques issues de cette recherche soutiennent la nécessité d'un continuum de services intégrés entre la DPJ, les établissements de réadaptation, la santé mentale jeunesse, les milieux scolaires et communautaires. Le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022–2026 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022) propose un cadre cohérent : proximité, primauté de la personne, soutien aux proches et coordination formalisée. Ces principes doivent être prioritairement appliqués aux jeunes pris en charge par la protection de la jeunesse, qui cumulent des vulnérabilités psychosociales et institutionnelles.

La Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (2021) dénonce le manque criant de ressources en santé mentale et la fragmentation des services pour les jeunes placés. Conformément à ses recommandations, il est impératif d'instaurer un protocole provincial de dépistage et de suivi clinique aux moments clés (signalement, orientation, entrée/sortie de placement, transfert de milieu), avec partage sécurisé de l'information interpartenaires. Comme le note Tabone (2019), les intervenants de la DPJ sous-évaluent fréquemment les symptômes anxieux et dépressifs, faute d'outils standardisés. La mise en œuvre d'une évaluation uniforme est donc essentielle à la qualité et à la continuité des soins.

Sur le plan structurel, les politiques publiques doivent consolider les mécanismes d'intégration à la vie adulte (18–25 ans) : logement, emploi-études et santé mentale, afin de réduire les ruptures de

services et la désaffiliation sociale. Les bilans récents de la DPJ confirment l'urgence d'un soutien transitoire soutenu pour prévenir la chronicisation et la judiciarisation (Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, 2021).

Enfin, s'en remettre principalement à des interventions curatives tardives demeure inefficace et coûteux. Les analyses économiques de Fang et al. (2012) estiment à 124 milliards USD le coût sociétal d'une seule cohorte annuelle de maltraitance, incluant la santé, l'éducation, la justice et la perte de productivité. Or, plusieurs programmes préventifs (prévention du syndrome du bébé secoué, interventions parentales en première ligne) se révèlent coût-efficaces voire dominant, par rapport aux soins usuels (Kugener et al., 2023). Au Québec, la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (2021) appelle à un virage préventif et à une meilleure intégration entre santé mentale et protection de l'enfance. Ces orientations convergent avec nos résultats : investir en amont demeure plus efficace que de concentrer les ressources sur la seule gestion de la détresse aiguë en unités intensives. Dans cette perspective, investir en amont renvoie notamment à des stratégies visant à réduire l'instabilité des trajectoires de placement et à renforcer la qualité des environnements de vie des jeunes, par exemple par le recours à des milieux substituts plus stables, incluant des familles d'accueil, ainsi que le développement de ressources spécialisées capables d'accueillir des jeunes présentant des besoins complexes sur le plan comportemental et émotionnel. Cela inclut également le renforcement de la continuité relationnelle avec des figures significatives et l'intégration précoce de services en santé mentale. Ces approches visent à prévenir l'escalade des difficultés et à limiter le recours aux mesures intensives centrées sur la gestion de crise.

Pris ensemble, ces constats mettent en lumière la nécessité d'un double virage : clinique, vers des pratiques de dépistage et d'intervention intégrées et adaptées au trauma, et politiques, vers une gouvernance coordonnée et préventive en protection de la jeunesse. Afin de consolider ces acquis, il importe maintenant de préciser les axes de recherche futurs qui permettront de documenter les mécanismes explicatifs, d'évaluer les trajectoires longitudinales et de tester l'efficacité des modèles intégrés proposés.

4.6 Perspectives de recherches futures

La présente étude ouvre des pistes de recherche essentielles pour approfondir la compréhension des trajectoires développementales des jeunes en centre de protection de la jeunesse (CR). Conformément aux résultats obtenus, mais également aux limites méthodologiques identifiées, trois axes apparaissent prioritaires.

Premièrement, l'intégration de devis longitudinaux apparaît incontournable. Si nos données transversales permettent de brosser un portrait préoccupant de la santé mentale des jeunes placés, elles ne rendent pas compte de l'évolution des symptômes au fil du temps ni des facteurs qui influencent leur maintien ou leur atténuation. Comme le soulignent Fluke et al. (2021), seule une approche longitudinale permet d'identifier les périodes critiques où des interventions ciblées sont les plus susceptibles de modifier favorablement la trajectoire développementale. De plus, une telle approche permettrait de mieux comprendre l'effet cumulatif des expériences de maltraitance et des placements successifs sur la santé mentale, phénomène particulièrement saillant dans la population des jeunes en CR (McGuire et al., 2018).

Deuxièmement, l'exploration des mécanismes de protection et de résilience constitue une avenue de recherche prometteuse. Bien que la présente étude ait souligné une forte prévalence de symptômes intériorisés, extériorisés, de TDAH et une faible estime de soi, elle n'a pas permis d'examiner les ressources personnelles et sociales qui pourraient atténuer l'impact de la maltraitance. Des travaux montrent que le soutien familial, la qualité des relations avec les pairs et l'intégration dans des réseaux communautaires sont des facteurs pouvant modérer significativement l'effet des traumatismes sur la santé mentale (Zhu et al., 2023). Des études qualitatives, combinant entrevues auprès des jeunes et des intervenants, offriraient une compréhension plus fine des stratégies d'adaptation mobilisées dans des contextes variés d'encadrement. Ces analyses permettraient également de nuancer l'interprétation des différences observées selon le sexe et le niveau de sécurité, en éclairant les processus subjectifs qui sous-tendent ces variations.

Enfin, il serait pertinent d'élargir les échantillons étudiés afin d'inclure des jeunes provenant de divers contextes socioculturels et de différents territoires administratifs du Québec. Une telle démarche contribuerait à documenter la généralisabilité des résultats et à mieux adapter les

politiques publiques aux réalités plurielles de la jeunesse québécoise. En ce sens, la recherche future gagnerait à s'arrimer plus étroitement aux pratiques cliniques et institutionnelles, en développant des projets collaboratifs avec les CR, les écoles et les organismes communautaires.

CONCLUSION

La présente étude brosse un portrait préoccupant de la santé mentale des adolescents placés en CR. Les résultats mettent en lumière une prévalence élevée de symptômes intériorisés et extériorisés, ainsi qu'un taux élevé de symptômes du TDAH et une estime de soi fragilisée. Conformément à nos hypothèses, les filles présentent davantage de difficultés intériorisées et une estime de soi plus faible, tandis que les garçons manifestent plus fréquemment des comportements extériorisés. De plus, le niveau d'encadrement apparaît lié à une intensité accrue des problématiques comportementales, ce qui illustre la complexité clinique et contextuelle de cette population.

Ces résultats, tout en confirmant certaines attentes théoriques, soulignent la nécessité d'adopter une lecture nuancée et multidimensionnelle de la santé mentale des jeunes en CR. D'un côté, ils mettent en lumière l'ampleur de la détresse psychologique vécue par ces adolescents ; de l'autre, ils invitent à reconnaître l'influence des facteurs institutionnels, relationnels et individuels dans l'expression de leurs symptômes.

Sur le plan clinique, l'étude plaide pour le développement d'interventions intégrées et différenciées, sensibles au genre, au niveau d'encadrement et aux trajectoires de maltraitance. Sur le plan politique, elle rappelle l'importance d'investir dans un continuum de soins coordonné, appuyé sur des pratiques fondées sur les données probantes et adaptées à la réalité des jeunes les plus vulnérables. Enfin, sur le plan scientifique, les limites méthodologiques identifiées ouvrent des pistes de recherche prometteuses, notamment en ce qui concerne l'étude longitudinale des trajectoires, l'exploration des mécanismes de résilience et la validation d'outils adaptés au contexte de la protection de la jeunesse.

En somme, la contribution principale de ce travail réside dans la mise en lumière de la vulnérabilité psychologique marquée de ces jeunes et dans la démonstration de la nécessité d'une réponse clinique et politique coordonnée. En articulant les constats empiriques, les réflexions théoriques et les implications pratiques, cet essai entend nourrir à la fois la recherche scientifique et l'amélioration des pratiques professionnelles au bénéfice d'une jeunesse trop souvent laissée dans l'ombre.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. M. et McConaughy, S. H. (1992). Taxonomy of internalizing disorders of childhood and adolescence. Dans W. M. Reynolds (dir.), *Internalizing disorders in children and adolescents*. John Wiley.
- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*.
- Adler, A., Gervinskaitė-Paulaitienė, L., Čekuolienė, D. et Barkauskienė, R. (2020). Childhood Maltreatment and Adolescents' Externalizing Problems: Mentalization and Aggression Justification as Mediators. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1783733>
- Aebi, M., Linhart, S., Thun-Hohenstein, L., Bessler, C., Steinhausen, H. C. et Plattner, B. (2015, Jul). Detained Male Adolescent Offender's Emotional, Physical and Sexual Maltreatment Profiles and Their Associations to Psychiatric Disorders and Criminal Behaviors. *Journal of abnormal child psychology*, 43(5), 999-1009. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9961-y>
- American Psychiatric, A. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th^e éd.).
- American Psychiatric, A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Askeland, K. G., Bøe, T., Sivertsen, B., Linton, S. J., Heradstveit, O., Nilsen, S. A. et Hysing, M. (2022). Association of Depressive Symptoms in Late Adolescence and School Dropout. *School Mental Health*, 14(4), 1044-1056. <https://doi.org/10.1007/s12310-022-09522-5>
- Augusti, E. M., Baugerud, G. A., Sulutvedt, U. et Melinder, A. (2018, Jul). Maltreatment and trauma symptoms: Does type of maltreatment matter? *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 10(4), 396-401. <https://doi.org/10.1037/tra0000315>
- Baiden, P. et Fallon, B. (2018, May). Examining the association between suicidal behaviors and referral for mental health services among children involved in the child welfare system in Ontario, Canada. *Child Abuse & Neglect*, 79, 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.027>
- Baldwin, J. R., Reuben, A., Newbury, J. B. et Danese, A. (2019, Jun 1). Agreement Between Prospective and Retrospective Measures of Childhood Maltreatment: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(6), 584-593. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0097>
- Baldwin, J. R., Wang, B., Karwatowska, L., Schoeler, T., Tsaligopoulou, A., Munafo, M. R. et Pingault, J. B. (2023, Feb 1). Childhood Maltreatment and Mental Health Problems: A Systematic

- Review and Meta-Analysis of Quasi-Experimental Studies. *American Journal of Psychiatry*, 180(2), 117-126. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20220174>
- Barbano, A. C., van der Mei, W. F., deRoon-Cassini, T. A., Grauer, E., Lowe, S. R., Matsuoka, Y. J., O'Donnell, M., Olf, M., Qi, W., Ratanatharathorn, A., Schnyder, U., Seedat, S., Kessler, R. C., Koenen, K. C., Shalev, A. Y. et International Consortium to Prevent, P. (2019, Jun). Differentiating PTSD from anxiety and depression: Lessons from the ICD-11 PTSD diagnostic criteria. *Depress Anxiety*, 36(6), 490-498. <https://doi.org/10.1002/da.22881>
- Barreira, B., Ricarte, J. J., Ros, L. et Fernández-Pérez, D. (2025). Association between trait rumination and co-rumination in instant messaging and its possible relationship to depressive symptomatology. *Personality and Individual Differences*, 244. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2025.113259>
- Beck, J. S., Beck, A. T., Jolly, J. B. et Steer, R. A. (2005). *Beck Youth Inventories- - Second Edition for Children and Adolescents manual*. PsychCorp.
- Berber Celik, C. et Odaci, H. (2020, Mar). Does child abuse have an impact on self-esteem, depression, anxiety and stress conditions of individuals? *International Journal of Social Psychiatry*, 66(2), 171-178. <https://doi.org/10.1177/0020764019894618>
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E. et Ruggiero, J. (1994, Aug). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>
- Bickle, K. (2021). Staff Experiences of Stress and Coping in a Residential Treatment Facility for Youth. *Journal of Child and Youth Care Work*, 27. <https://doi.org/10.5195/jcycw.2021.17>
- Bisaillon, C., Bureau, J.-F. et Moss, E. (2017). Attachement et adaptation psychosociale chez des enfants hébergés en centre jeunesse. *Revue de psychoéducation*, 44(2), 269-288. <https://doi.org/10.7202/1039256ar>
- Bleidorn, W., Arslan, R. C., Denissen, J. J. A., Rentfrow, P. J., Gebauer, J. E. et Potter, J. (2016). Supplemental Material for Age and Gender Differences in Self-Esteem—A Cross-Cultural Window. *Journal of Personality and Social Psychology*. <https://doi.org/10.1037/pspp0000078.supp>
- Bouffard, T., Vezeau, C., Roy, M. et Lengelé, A. (2011). Stability of biases in self-evaluation and relations to well-being among elementary school children. *International Journal of Educational Research*, 50(4), 221-229. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2011.08.003>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (vol. 1). Basic Books.
- Boyd, M., Kisely, S., Najman, J. et Mills, R. (2019, Dec). Child maltreatment and attentional problems: A longitudinal birth cohort study [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104170. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104170>

- Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S. et Boyer, L. (2016, Feb). The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore)*, 95(7), e2622. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002622>
- Calhoun, B. H., Ridenour, T. A. et Fishbein, D. H. (2019, Jan). Associations between Child Maltreatment, Harsh Parenting, and Sleep with Adolescent Mental Health. *Journal of Child and Family Studies*, 28(1), 116-130. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1261-7>
- Carlen, K., Suominen, S. et Augustine, L. (2023, Nov 25). The association between adolescents' self-esteem and perceived mental well-being in Sweden in four years of follow-up. *BMC Psychology*, 11(1), 413. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01450-6>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Data and statistics on children's mental health*. <https://www.cdc.gov/children-mental-health/data-research/index.html>
- Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire. (2011). *Guide d'information sur l'hébergement à l'intention des parents*. Bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.
- Chamberland, C., Fallon, B., Black, T., Trocmé, N. et Chabot, M. (2012). Correlates of Substantiated Emotional Maltreatment in the Second Canadian Incidence Study. *Journal of Family Violence*, 27(3), 201-213. <https://doi.org/10.1007/s10896-012-9414-8>
- Cicchetti, D. et Doyle, C. (2016, Jun). Child maltreatment, attachment and psychopathology: mediating relations. *World Psychiatry*, 15(2), 89-90. <https://doi.org/10.1002/wps.20337>
- Clayton, K., Lee, J. B., Cheung, K., Theule, J. et Henrikson, B. (2018). Quantifying the Relationship between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Experiences of Child Maltreatment: A Meta-Analysis. *Child Abuse Review*, 27(5), 361-377. <https://doi.org/10.1002/car.2530>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Coleman, O., Baldwin, J. R., Dalgleish, T., Rose-Clarke, K., Widom, C. S. et Danese, A. (2024, Dec). Research Review: Why do prospective and retrospective measures of maltreatment differ? A narrative review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(12), 1662-1677. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14048>
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J. et Daigneault, I. (2011). Trauma Experiences, Maltreatment-Related Impairments, and Resilience Among Child Welfare Youth in Residential Care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 577-589. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9323-8>
- Collin-Vézina, D., McNamee, S., Brazeau, C. et Laurier, C. (2019). Initial Implementation of the ARC Framework in Juvenile Justice Settings. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(5), 631-654. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1583709>

- Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes : Rapport final*. G. d. Québec. <https://www.csdepj.gouv.qc.ca>
- Conners, C. K. (2008). *Conners 3rd Edition*. Multi-Health Systems (MHS) Inc.
- Craig, S. G., Bondi, B. C., O'Donnell, K. A., Pepler, D. J. et Weiss, M. D. (2020, Nov 8). ADHD and Exposure to Maltreatment in Children and Youth: a Systematic Review of the Past 10 Years. *Current Psychiatry Reports*, 22(12), 79. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01193-w>
- Crone, E. A., Green, K. H., van de Groep, I. H. et van der Crujisen, R. (2022). A Neurocognitive Model of Self-Concept Development in Adolescence. *Annual Review of Developmental Psychology*, 4(1), 273-295. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-120920-023842>
- Cyr, K., Clement, M. E. et Chamberland, C. (2014, Mar). Lifetime prevalence of multiple victimizations and its impact on children's mental health [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of interpersonal violence*, 29(4), 616-634. <https://doi.org/10.1177/0886260513505220>
- Desjardins, J., Lafortune, D. et Cyr, F. (2017). Psychopharmacotherapy in children placed in group homes and residential centres in Canada: Psychopathological portrait of children receiving psychotropic medications and educators' perception of treatment. *Children and Youth Services Review*, 81, 197-206. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.08.001>
- Directrices et Directeurs de la Protection de la Jeunesse. (2024). *Bilan des directrices et directeurs de la protection de la jeunesse au Québec 2023-2024*. https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscsmtl/files/media/document/Actu_2023_2024_Bilan_DPJ.pdf
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E. et Caspi, A. (2005, Apr). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological Science*, 16(4), 328-335. <https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2005.01535.x>
- Dozier, M., Kaufman, J., Kobak, R., O'Connor, T. G., Sagi-Schwartz, A., Scott, S., Shauffer, C., Smetana, J., van, I. M. H. et Zeanah, C. H. (2014, May). Consensus statement on group care for children and adolescents: A statement of policy of the American Orthopsychiatric Association. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(3), 219-225. <https://doi.org/10.1037/ort0000005>
- Dray, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., McElwaine, K., Tremain, D., Bartlem, K., Bailey, J., Small, T., Palazzi, K., Oldmeadow, C. et Wiggers, J. (2017, Oct). Systematic Review of Universal Resilience-Focused Interventions Targeting Child and Adolescent Mental Health in the School Setting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 813-824. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.07.780>

- DuPaul, G. J., Chunta, A., & Ahn, J. H. (2022). Parenting Children with Externalizing Behavior and ADHD. Dans A. S. M. J. M. Smith (dir.), *The Cambridge Handbook of Parenting: Interdisciplinary Research and Application*. Cambridge University Press.
- Elton, A., Tripathi, S. P., Mletzko, T., Young, J., Cisler, J. M., James, G. A. et Kilts, C. D. (2014, Apr). Childhood maltreatment is associated with a sex-dependent functional reorganization of a brain inhibitory control network [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Human brain mapping*, 35(4), 1654-1667. <https://doi.org/10.1002/hbm.22280>
- Espinosa, F., Martin-Romero, N. et Sanchez-Lopez, A. (2022). Repetitive Negative Thinking Processes Account for Gender Differences in Depression and Anxiety During Adolescence. *International Journal of Cognitive Therapy* 15(2), 115-133. <https://doi.org/10.1007/s41811-022-00133-1>
- Essau, C. A. et de la Torre-Luque, A. (2023, Apr). Comorbidity Between Internalising and Externalising Disorders Among Adolescents: Symptom Connectivity Features and Psychosocial Outcome. *Child Psychiatry and Human Development* 54(2), 493-507. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01264-w>
- Fabiano, G. A., Schatz, N. K. et Pelham, W. E., Jr. (2014, Oct). Summer treatment programs for youth with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(4), 757-773. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.05.012>
- Fallon, B., Trocmé, N., Fluke, J., Van Wert, M., MacLaurin, B., Sinha, V., Helie, S. et Turcotte, D. (2014). Responding to child maltreatment in Canada: Context for international comparisons. *Advances in Mental Health*, 11(1), 76-86. <https://doi.org/10.5172/jamh.2012.11.1.76>
- Fang, X., Brown, D. S., Florence, C. S. et Mercy, J. A. (2012, Feb). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse & Neglect*, 36(2), 156-165. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.10.006>
- Farhane-Medina, N. Z., Luque, B., Taberner, C. et Castillo-Mayen, R. (2022, Oct-Dec). Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review. *Science Progress*, 105(4), 368504221135469. <https://doi.org/10.1177/00368504221135469>
- Ferrara, P., Corsello, G., Basile, M. C., Nigri, L., Campanozzi, A., Ehrich, J. et Pettoello-Mantovani, M. (2015, Dec). The Economic Burden of Child Maltreatment in High Income Countries [Review]. *The Journal of pediatrics*, 167(6), 1457-1459. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.09.044>
- Fluke, J. D., Tonmyr, L., Gray, J., Bettencourt Rodrigues, L., Bolter, F., Cash, S., Jud, A., Meinck, F., Casas Munoz, A., O'Donnell, M., Pilkington, R. et Weaver, L. (2021, Sep). Child maltreatment data: A summary of progress, prospects and challenges. *Child Abuse & Neglect*, 119(Pt 1), 104650. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104650>

- Fong, H. F., Alegria, M., Bair-Merritt, M. H. et Beardslee, W. (2018, May). Factors associated with mental health services referrals for children investigated by child welfare [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Child Abuse & Neglect*, 79, 401-412. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.020>
- Ford, J. D. et Delker, B. C. (2018, May-Jun). Polyvictimization in childhood and its adverse impacts across the lifespan: Introduction to the special issue. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(3), 275-288. <https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1440479>
- Ford, J. D., Spinazzola, J., van der Kolk, B. et Grasso, D. J. (2018, Sep 11). Toward an Empirically Based Developmental Trauma Disorder Diagnosis for Children: Factor Structure, Item Characteristics, Reliability, and Validity of the Developmental Trauma Disorder Semi-Structured Interview. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(5). <https://doi.org/10.4088/JCP.17m11675>
- Gabrielli, J., Jackson, Y. et Brown, S. (2015, Sep 1). Measurement of Behavioral and Emotional Outcomes of Youth in Foster Care: Investigation of the Roles of Age and Placement Type. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(3), 422-431. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9464-8>
- Gallo, E. A. G., Munhoz, T. N., Loret de Mola, C. et Murray, J. (2018, May). Gender differences in the effects of childhood maltreatment on adult depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 79, 107-114. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.003>
- Gardner, M. J., Thomas, H. J. et Erskine, H. E. (2019, Oct). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104082. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082>
- Gelner, H., Karska, J., Gaweda, L., Samochowiec, J. et Misiak, B. (2023). Effects of the interaction between PTSD and ADHD symptoms on the level of reporting psychotic-like experiences: findings from a non-clinical population. *Front Psychiatry*, 14, 1232606. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1232606>
- Geoffrion, S. et Ouellet, F. (2013, Fall). Quand la réadaptation blesse ? Éducateurs victimes de violence. *Criminologie*, 46(2), 263-289. <https://doi.org/10.7202/1020996ar>
- Ghosh, A., Ray, A. et Basu, A. (2017). Oppositional defiant disorder: current insight. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 10, 353-367. <https://doi.org/10.2147/prbm.S120582>
- Gonzalez, R. A., Velez-Pastrana, M. C., McCrory, E., Kallis, C., Aguila, J., Canino, G. et Bird, H. (2019, Jun). Evidence of concurrent and prospective associations between early maltreatment and ADHD through childhood and adolescence. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(6), 671-682. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01659-0>

- Goodman, R. (1997, Jul). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Gray, K. M. et Squeglia, L. M. (2018, Jun). Research Review: What have we learned about adolescent substance use? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(6), 618-627. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12783>
- Greeno, E. J., Fedina, L., Lee, B. R., Farrell, J. et Harburger, D. (2019, Jun). Psychological Well-Being, Risk, and Resilience of Youth in Out-Of-Home Care and Former Foster Youth. *Journal of child & adolescent trauma*, 12(2), 175-185. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0204-1>
- Hadler, N. L. et van Schalkwyk, G. I. (2025, Feb 28). Beyond psychotropics: critical strategies for supporting youth in foster care. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 19(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s13034-025-00874-9>
- Hanson, R. F., Borntreger, C., Self-Brown, S., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Resnick, H. S. et Amstadter, A. (2008, Jul). Relations among gender, violence exposure, and mental health: the national survey of adolescents [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *American Journal of Psychiatry*, 78(3), 313-321. <https://doi.org/10.1037/a0014056>
- Harder, A. T. (2018). Residential Care and Cure: Achieving Enduring Behavior Change with Youth by Using a Self-determination, Common Factors and Motivational Interviewing Approach. *Residential Treatment for Children & Youth*, 35(4), 317-335. <https://doi.org/10.1080/0886571x.2018.1460006>
- Harpur, L. J., Polek, E. et van Harmelen, A. L. (2015, Sep). The role of timing of maltreatment and child intelligence in pathways to low symptoms of depression and anxiety in adolescence [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Child Abuse & Neglect*, 47, 24-37. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.019>
- Harter, S. (2006). Developmental and individual difference perspectives on self-esteem. Dans D. K. M. T. D. Little (dir.), *Handbook of personality development* (p. 311–334). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hélie, S., Collin-Vézina, D., Trocmé, N., Esposito, T., F., B., Morin, S. et Cardin, J.-F. (2025). *Étude d'incidence québécoise sur les enfants évalués en protection de la jeunesse entre 1998 et 2019 (ÉIQ-2019) : Rapport final*. <https://iujd.ca/fr/etude-dincidence-quebecoise-sur-les-enfants-evalues-en-protection-de-la-jeunesse-en-2019-eiq-2019>
- Hélie, S., Collin-Vézina, D., Turcotte, D., Trocmé, N. et Girouard, N. (2017). *Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2014*. Centre intégré universitaire de santé et services sociaux-Centre sud de l'Île-de-Montréal.
- Hélie, S., Collin-Vézina, D., Turcotte, D., Trocmé, N. et Girouard, N. (2017). *Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2014*.

- Henriksen, I. O., Ranoyen, I., Indredavik, M. S. et Stenseng, F. (2017). The role of self-esteem in the development of psychiatric problems: a three-year prospective study in a clinical sample of adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11, 68. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0207-y>
- Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O'Grady, S. M. et Rosenthal, E. A. (2022, Apr). Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 484-496. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13480>
- Hovey, K. A., Zolkoski, S. M. et Bullock, L. M. (2017). Mental Health and the Juvenile Justice System: Issues Related to Treatment and Rehabilitation. *World Journal of Education*, 7(3). <https://doi.org/10.5430/wje.v7n3p1>
- Human Rights Watch. (2022). *How do US states measure child rights?* <https://www.hrw.org/feature/2022/09/13/how-do-states-measure-up-child-rights>
- Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A. et Gotlib, I. H. (2020, Apr). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 102, 104361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361>
- Jalnapurkar, I. (2018). Sex Differences in Anxiety Disorders: A Review. *Psychiatry, Depression & Anxiety*, 4, 1-9. <https://doi.org/10.24966/pda-0150/100011>
- Kaur, M., Floyd, A. et Balta, A. M. (2022, Feb). Oppositional defiant disorder: Evidence-based review of behavioral treatment programs. *Annals of Clinical Psychiatry*, 34(1), 44-58. <https://doi.org/10.12788/acp.0056>
- Kerig, P. K. et Becker, S. P. (2015). Early Abuse and Neglect as Risk Factors for the Development of Criminal and Antisocial Behavior. Dans *The Development of Criminal and Antisocial Behavior* (p. 181-199). https://doi.org/10.1007/978-3-319-08720-7_12
- Kerig, P. K., Ford, J. D., Alexander, A. R. et Modrowski, C. A. (2024). Interventions for Trauma-Affected Youth in the Juvenile Justice System: An Overview of Diagnostic, Ethical, and Clinical Challenges and Evidence-Based Treatments. *Psychological Injury and Law*, 17(3), 199-220. <https://doi.org/10.1007/s12207-024-09497-5>
- Keyes, K. M. et Platt, J. M. (2024, Apr). Annual Research Review: Sex, gender, and internalizing conditions among adolescents in the 21st century - trends, causes, consequences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(4), 384-407. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13864>
- Kisely, S., Abajobir, A. A., Mills, R., Strathearn, L., Clavarino, A. et Najman, J. M. (2018, Dec). Child maltreatment and mental health problems in adulthood: birth cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 213(6), 698-703. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.207>
- Klein, B., Damiani-Taraba, G., Koster, A., Campbell, J. et Scholz, C. (2015, Mar). Diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children involved with child protection

- services: are current diagnostic guidelines acceptable for vulnerable populations? *Child Care Health and Development*, 41(2), 178-185. <https://doi.org/10.1111/cch.12168>
- Kliewer-Neumann, J. D., Zimmermann, J., Bovenschen, I., Gabler, S., Lang, K., Spangler, G. et Nowacki, K. (2023, Aug 11). Attachment disorder symptoms in foster children: development and associations with attachment security. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00636-5>
- Kreski, N. T., Askari, M. S., Cerda, M., Chen, Q., Hasin, D. S., Martins, S. S., Mauro, P. M., Olfson, M. et Keyes, K. M. (2024, Jan). Changing adolescent activity patterns and the correlation of self-esteem and externalizing mental health symptoms across time: results from the USA from 1991 through 2020. *Psychological Medicine*, 54(1), 169-177. <https://doi.org/10.1017/S0033291723001150>
- Krueger, R. F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M. K., Eaton, N. R., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Widiger, T. A., Achenbach, T. M., Bach, B., Bagby, R. M., Bornovalova, M. A., Carpenter, W. T., Chmielewski, M., Cicero, D. C., Clark, L. A., Conway, C., DeClercq, B., DeYoung, C. G., Docherty, A. R., Drislane, L. E., First, M. B., Forbush, K. T., Hallquist, M., Haltigan, J. D., Hopwood, C. J., Ivanova, M. Y., Jonas, K. G., Latzman, R. D., Markon, K. E., Miller, J. D., Morey, L. C., Mullins-Sweatt, S. N., Ormel, J., Patalay, P., Patrick, C. J., Pincus, A. L., Regier, D. A., Reininghaus, U., Rescorla, L. A., Samuel, D. B., Sellbom, M., Shackman, A. J., Skodol, A., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Tackett, J. L., Venables, N. C., Waldman, I. D., Waszczuk, M. A., Waugh, M. H., Wright, A. G. C., Zald, D. H. et Zimmermann, J. (2021, Jan). Les progrès dans la réalisation de la classification quantitative de la psychopathologie. *Annales Médico-psychologiques*, 179(1), 95-106. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.11.015>
- Kugener, T., Wiethoff, I., van Mastrigt, G., van den Berg, B. et Evers, S. (2023). Economic evaluations of interventions focusing on child abuse and neglect in high-income countries: a systematic review. *Front Psychiatry*, 14, 1031037. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1031037>
- Kumari, V. (2020, Sep 7). Emotional abuse and neglect: time to focus on prevention and mental health consequences. *British Journal of Psychiatry*, 1-3. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.154>
- Laajasalo, T., Cowley, L. E., Otterman, G., Lamela, D., Rodrigues, L. B., Jud, A., Kemp, A., Naughton, A., Hurt, L., Soldino, V., Ntinapogias, A., Nurmatov, U. et network, C. A. (2023, Jun). Current issues and challenges in the definition and operationalization of child maltreatment: A scoping review. *Child Abuse & Neglect*, 140, 106187. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106187>
- Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L. M. (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Institut national de santé publique du Québec.
- Lafortune, D., Royer, M. N., Rossi, C., Turcotte, M. E., Boivin, R., Cousineau, M. M., Dionne, J., Drapeau, S., Guay, J. P., Fenchel, F., Laurier, C., Meilleur, D. et Trépanier, J. (2015). *La loi sur le système de justice pénale pour les adolescents sept ans plus tard : portrait des jeunes, des trajectoires et des pratiques*.

- Lagacé Leblanc, J., Massé, L. et Plourde, C. (2021). Influence de la consommation de substances psychoactives sur le fonctionnement adaptatif des étudiants du postsecondaire présentant un TDAH. *Drogues, santé et société*, 18(2), 95-119. <https://doi.org/10.7202/1075336ar>
- Lanctôt, N. (2020). Child maltreatment, maladaptive cognitive schemas, and perceptions of social support among young women care leavers. *Child & Family Social Work*, 25(3), 619-627. <https://doi.org/10.1111/cfs.12736>
- Langevin, R., Marshall, C., Wallace, A., Gagne, M. E., Kingsland, E. et Temcheff, C. (2023, Apr). Disentangling the Associations Between Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Child Sexual Abuse: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*, 24(2), 369-389. <https://doi.org/10.1177/15248380211030234>
- Langhammer, T., Hilbert, K., Wasenmueller, R., Praxl, B., Ertle, A., Asbrand, J. et Lueken, U. (2024). Evaluation of a CBT-Based Program for Mental Health in the General Population During the COVID-19 Pandemic: A Stepped-Care Approach Using a Chatbot and Digitized Group Intervention. *Depress Anxiety*, 2024, 8950388. <https://doi.org/10.1155/2024/8950388>
- Lansing, A. E., Plante, W. Y., Beck, A. N. et Ellenberg, M. (2018, Sep). Loss and Grief Among Persistently Delinquent Youth: The Contribution of Adversity Indicators and Psychopathy-Spectrum Traits to Broadband Internalizing and Externalizing Psychopathology. *Journal of child & adolescent trauma*, 11(3), 375-389. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0209-9>
- Lapalme, M., Déry, M., Dubé, M. et Lemieux, A. (2017). Developmental Course of ADHD Symptoms Based on Multirater Report in Girls and Boys With or Without a Disruptive Behavior Disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 26(2), 106-118. <https://doi.org/10.1177/1063426617712500>
- Laurier, C., Ducharme, A.-M., St-Pierre, L. et Sarmiento, J. (2018). Jeunes contrevenants à la croisée des chemins. *Criminologie*, 51(2), 288-313. <https://doi.org/10.7202/1054244ar>
- Lehmann, S., Boe, T. et Breivik, K. (2017). The internal structure of foster-parent completed SDQ for school-aged children. *PLoS One*, 12(6), e0176625. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176625>
- Li, C., Fu, P., Wang, M., Xia, Y., Hu, C., Liu, M., Zhang, H., Sheng, X. et Yang, Y. (2023, Apr 11). The role of self-esteem and emotion regulation in the associations between childhood trauma and mental health in adulthood: a moderated mediation model. *BMC Psychiatry*, 23(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04719-7>
- Li, D., Chng, G. S. et Chu, C. M. (2019, Dec). Comparing Long-Term Placement Outcomes of Residential and Family Foster Care: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*, 20(5), 653-664. <https://doi.org/10.1177/1524838017726427>
- Li, M., D'Arcy, C. et Meng, X. (2016, Mar). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, 46(4), 717-730. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002743>

- Li, M., Gao, T., Su, Y., Zhang, Y., Yang, G., D'Arcy, C. et Meng, X. (2023, Oct). The Timing Effect of Childhood Maltreatment in Depression: A Systematic Review and meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*, 24(4), 2560-2580. <https://doi.org/10.1177/15248380221102558>
- Lim, L., Hart, H., Mehta, M. A., Simmons, A., Mirza, K. et Rubia, K. (2015, Sep 1). Neural Correlates of Error Processing in Young People With a History of Severe Childhood Abuse: An fMRI Study [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *American Journal of Psychiatry*, 172(9), 892-900. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14081042>
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E. et Weisskopf, M. G. (2014, Apr). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 59(2), 359-372. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0519-5>
- Magalhães, E. et Camilo, C. (2023). Maltreatment History and Internalizing and Externalizing Symptoms in Out-of-home Care: A Three-Level Meta-analysis. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 15(2), 89-103. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2023a10>
- Magdi, H. M., Abousoliman, A. D., Lbrahim, A. M., Elsehrawy, M. G., El-Gazar, H. E. et Zoromba, M. A. (2025, Feb 14). Attention-deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder adult comorbidity: a systematic review. *Systematic Reviews*, 14(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s13643-025-02774-7>
- Maguire, D., May, K., McCormack, D. et Fosker, T. (2024, Jun). A Systematic Review of the Impact of Placement Instability on Emotional and Behavioural Outcomes Among Children in Foster Care. *Journal of child & adolescent trauma*, 17(2), 641-655. <https://doi.org/10.1007/s40653-023-00606-1>
- Malvaso, C. G., Day, A. et Boyd, C. M. (2024, Sep). The Outcomes of Trauma-Informed Practice in Youth Justice: An Umbrella Review. *Journal of child & adolescent trauma*, 17(3), 939-955. <https://doi.org/10.1007/s40653-024-00634-5>
- Manly, J. T., Cicchetti, D. et Barnett, D. (2008). The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. *Development and Psychopathology*, 6(1), 121-143. <https://doi.org/10.1017/s0954579400005915>
- Martin, J., Langley, K., Cooper, M., Rouquette, O. Y., John, A., Sayal, K., Ford, T. et Thapar, A. (2024, Dec). Sex differences in attention-deficit hyperactivity disorder diagnosis and clinical care: a national study of population healthcare records in Wales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(12), 1648-1658. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13987>
- McClure, A. C., Tanski, S. E., Kingsbury, J., Gerrard, M. et Sargent, J. D. (2010, Jul-Aug). Characteristics associated with low self-esteem among US adolescents. *Academic Pediatrics*, 10(4), 238-244 e232. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2010.03.007>
- McGuire, A., Cho, B., Huffhines, L., Gusler, S., Brown, S. et Jackson, Y. (2018, Dec). The relation between dimensions of maltreatment, placement instability, and mental health among

- youth in foster care [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Child Abuse & Neglect*, 86, 10-21. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.012>
- McLean, C. P. et Anderson, E. R. (2009, Aug). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 496-505. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.003>
- Mikolajewski, A. J. et Scheeringa, M. S. (2022, Mar). Links between Oppositional Defiant Disorder Dimensions, Psychophysiology, and Interpersonal versus Non-interpersonal Trauma. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 44(1), 261-275. <https://doi.org/10.1007/s10862-021-09930-y>
- Milone, A. et Sesso, G. (2022, Feb 7). Disruptive Behavior Disorders: Symptoms, Evaluation and Treatment. *Brain Sciences*, 12(2). <https://doi.org/10.3390/brainsci12020225>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille : Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017–2022*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Guide d'application des nouvelles dispositions législatives et réglementaires concernant le recours à certaines mesures d'encadrement* (No 18-839-06W). Publications du Québec
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Document d'information à l'intention des établissements – soins et services en santé mentale des jeunes – Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-19W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022–2026 – Version synthèse* (No 21-914-15W).
- Moore, S. E., Scott, J. G., Ferrari, A. J., Mills, R., Dunne, M. P., Erskine, H. E., Devries, K. M., Degenhardt, L., Vos, T., Whiteford, H. A., McCarthy, M. et Norman, R. E. (2015, Oct). Burden attributable to child maltreatment in Australia [Meta-Analysis]. *Child Abuse & Neglect*, 48, 208-220. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.006>
- Morken, I. S., Viddal, K. R., von Soest, T. et Wichstrom, L. (2023, Jun). Explaining the Female Preponderance in Adolescent Depression-A Four-Wave Cohort Study. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 51(6), 859-869. <https://doi.org/10.1007/s10802-023-01031-6>
- Murray, A. L., Ushakova, A., Speyer, L., Brown, R., Auyeung, B. et Zhu, X. (2022, Mar). Sex/gender differences in individual and joint trajectories of common mental health symptoms in early to middle adolescence. *JCPP Advances*, 2(1), e12057. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12057>

- Nemeroff, C. B. (2016, Mar 2). Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron*, 89(5), 892-909. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.01.019>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. et Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Orth, U., Erol, R. Y. et Luciano, E. C. (2018, Oct). Development of self-esteem from age 4 to 94 years: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 144(10), 1045-1080. <https://doi.org/10.1037/bul0000161>
- Orth, U. et Robins, R. W. (2022, Jan). Is high self-esteem beneficial? Revisiting a classic question. *American Psychologist*, 77(1), 5-17. <https://doi.org/10.1037/amp0000922>
- Paquette, G., Tourigny, M., Baril, K., Joly, J. et Séguin, M. (2017). Mauvais traitements subis dans l'enfance et problèmes de santé mentale à l'âge adulte : une étude nationale conduite auprès des Québécoises. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 43-63. <https://doi.org/10.7202/1040243ar>
- Parodi, K. B., Holt, M. K., Green, J. G., Porche, M. V., Koenig, B. et Xuan, Z. (2022, Jan). Time trends and disparities in anxiety among adolescents, 2012-2018. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 57(1), 127-137. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02122-9>
- Peña, F. R. d. I. et Feria, M. (2021). Diagnostic dimensionality and transdiagnostic clinical manifestations. *Salud mental*, 44(3), 103-105. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2021.014>
- Peterson, C., Florence, C. et Klevens, J. (2018, Dec). The economic burden of child maltreatment in the United States, 2015. *Child Abuse & Neglect*, 86, 178-183. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.018>
- Pfiffner, L. J. et Haack, L. M. (2014, Oct). Behavior management for school-aged children with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(4), 731-746. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.05.014>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. et Rohde, L. A. (2015, Mar). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Priyadarshini, D. S. et Jose, T. P. (2025, Jun). Interconnected pathways of social competence and resilience among foster care adolescents: Self-esteem acts as a potential mediator. *MethodsX*, 14, 103411. <https://doi.org/10.1016/j.mex.2025.103411>
- Quarti Irigaray, T., Barbosa Pacheco, J., Grassi-Oliveiraa, R., Paz Fonseca, R., Carlos de Carvalho Leitec, J. et Haag Kristensena, C. (2013). Child maltreatment and later cognitive functioning: a systematic review. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 376-387.

- Reid-Russell, A., Miller, A. B., Cvencek, D., Meltzoff, A. N. et McLaughlin, K. A. (2021, Feb 17). Lower implicit self-esteem as a pathway linking childhood abuse to depression and suicidal ideation. *Development and psychopathology*, 1-15.
<https://doi.org/10.1017/S0954579420002217>
- Reuben, A., Moffitt, T. E., Caspi, A., Belsky, D. W., Harrington, H., Schroeder, F., Hogan, S., Ramrakha, S., Poulton, R. et Danese, A. (2016, Oct). Lest we forget: comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(10), 1103-1112.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12621>
- Richardson, R., Connell, T., Foster, M., Blamires, J., Keshoor, S., Moir, C. et Zeng, I. S. (2024, Jun). Risk and Protective Factors of Self-harm and Suicidality in Adolescents: An Umbrella Review with Meta-Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 53(6), 1301-1322.
<https://doi.org/10.1007/s10964-024-01969-w>
- Robles, R., de la Pena, F. R., Medina-Mora, M. E., de Los Dolores Marquez-Caraveo, M. E., Dominguez, T., Juarez, F., Rojas, A. G., Sarmiento-Hernandez, E. I., Feria, M., Sosa, L., Aguerre, R. E., Ortiz, S., Real, T., Rebello, T., Sharan, P. et Reed, G. M. (2022, Apr 1). ICD-11 Guidelines for Mental and Behavioral Disorders of Children and Adolescents: Reliability and Clinical Utility. *Psychiatric Services*, 73(4), 396-402.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000830>
- Rose, A. J., Glick, G. C., Smith, R. L., Schwartz-Mette, R. A. et Borowski, S. K. (2017, Jul). Co-Rumination Exacerbates Stress Generation among Adolescents with Depressive Symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 45(5), 985-995.
<https://doi.org/10.1007/s10802-016-0205-1>
- Salari, N., Ghasemi, H., Abdoli, N., Rahmani, A., Shiri, M. H., Hashemian, A. H., Akbari, H. et Mohammadi, M. (2023, Apr 20). The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 49(1), 48.
<https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>
- Salinas, K. Z. et Venta, A. (2021, Jan 21). Testing the Role of Emotion Dysregulation as a Predictor of Juvenile Recidivism. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 11(1), 83-95. <https://doi.org/10.3390/ejihpe11010007>
- Salmon, S., Garces Davila, I., Taillieu, T. L., Stewart-Tufescu, A., Duncan, L., Fortier, J., Struck, S., Georgiades, K., MacMillan, H. L., Kimber, M., Gonzalez, A. et Afifi, T. O. (2022, May 6). Adolescent health outcomes: associations with child maltreatment and peer victimization. *BMC Public Health*, 22(1), 905. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13310-w>
- Seppa, S., Huikari, S., Korhonen, M., Nordstrom, T., Hurtig, T. et Halt, A. H. (2024, Aug). Associations of Symptoms of ADHD and Oppositional Defiant Disorder (ODD) in Adolescence With Occupational Outcomes and Incomes in Adulthood. *Journal of Attention Disorders*, 28(10), 1392-1405. <https://doi.org/10.1177/10870547241259329>

- Siegfried, C. B. et Blackshear, K. (2016). *Is it ADHD or child traumatic stress? A guide for Clinicians*.
- Singh, V., Kumar, A. et Gupta, S. (2022). Mental Health Prevention and Promotion-A Narrative Review. *Front Psychiatry, 13*, 898009. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.898009>
- Smith, Y. et Colletta, L. (2019, May). Intensive oversight of youth residential treatment: Staff perspectives on the New York State Justice Center for the Protection of People with Special Needs. *Child Abuse & Neglect, 91*, 52-62. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.02.001>
- Sowislo, J. F. et Orth, U. (2013, Jan). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 139*(1), 213-240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Spinhoven, P., Penninx, B. W., van Hemert, A. M., de Rooij, M. et Elzinga, B. M. (2014, Aug). Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: prevalence and shared risk factors. *Child Abuse & Neglect, 38*(8), 1320-1330. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.017>
- Stern, A., Agnew-Blais, J., Danese, A., Fisher, H. L., Jaffee, S. R., Matthews, T., Polanczyk, G. V. et Arseneault, L. (2018, Jul). Associations between abuse/neglect and ADHD from childhood to young adulthood: A prospective nationally-representative twin study. *Child Abuse & Neglect, 81*, 274-285. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.04.025>
- Sylvestre, A., Bussieres, E. L. et Bouchard, C. (2016, Feb). Language Problems Among Abused and Neglected Children: A Meta-Analytic Review [Review]. *Child maltreatment, 21*(1), 47-58. <https://doi.org/10.1177/1077559515616703>
- Tabone, J. K. (2019). Adolescent Maltreatment and Risk Behaviors: A Comparison of Child Protective Service Reports and Youth Self-reports. *Child and Adolescent Social Work Journal, 36*(6), 685-695. <https://doi.org/10.1007/s10560-019-00617-8>
- Tesli, N., Jaholkowski, P., Haukvik, U. K., Jangmo, A., Haram, M., Rokicki, J., Friestad, C., Tielbeek, J. J., Naess, O., Skardhamar, T., Gustavson, K., Ask, H., Fazel, S., Tesli, M. et Andreassen, O. A. (2024, Jan). Conduct disorder - a comprehensive exploration of comorbidity patterns, genetic and environmental risk factors. *Psychiatry Research, 331*, 115628. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115628>
- Toth, S. L., Handley, E. D., Manly, J. T., Sturm, R., Adams, T. R., Demeusy, E. M. et Cicchetti, D. (2020, Oct). The Moderating Role of Child Maltreatment in Treatment Efficacy for Adolescent Depression. *Journal of abnormal child psychology, 48*(10), 1351-1365. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00682-z>
- Tung, I., Norona, A. N. et Lee, S. S. (2019, Oct). Childhood maltreatment affects adolescent sensitivity to parenting and close friendships in predicting growth in externalizing behavior. *Development and psychopathology, 31*(4), 1237-1253. <https://doi.org/10.1017/S0954579418000585>

- Turner, H. A., Finkelhor, D. et Ormrod, R. (2006, Jan). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine*, 62(1), 13-27. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.030>
- Vamvakos, C. et Berger, E. (2024). Residential care worker perceptions on the implementation of trauma-informed practice. *Children and Youth Services Review*, 159. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107513>
- Van den Tillaart, J., Eltink, E., Stams, G. J., Van der Helm, P. et Wissink, I. (2018, Oct). Aggressive Incidents in Residential Youth Care. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(13), 3991-4007. <https://doi.org/10.1177/0306624X18758898>
- Villodas, M. T., Morelli, N. M., Hong, K., Duong, J., Evans, M. C., Elson, D., Rose, E., Picci, G. et Fishbein, D. (2021, Oct). Differences in late adolescent psychopathology among youth with histories of co-occurring abuse and neglect experiences. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105189. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105189>
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Krumholz Marchette, L. S., Chu, B. C., Weersing, V. R. et Fordwood, S. R. (2017, Feb-Mar). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72(2), 79-117. <https://doi.org/10.1037/a0040360>
- Wendt, F. R., Garcia-Argibay, M., Cabrera-Mendoza, B., Valdimarsdottir, U. A., Gelernter, J., Stein, M. B., Nivard, M. G., Maihofer, A. X., Post-Traumatic Stress Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics, C., Nievergelt, C. M., Larsson, H., Mattheisen, M., Polimanti, R. et Meier, S. M. (2023, Feb 15). The Relationship of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With Posttraumatic Stress Disorder: A Two-Sample Mendelian Randomization and Population-Based Sibling Comparison Study. *Biological Psychiatry*, 93(4), 362-369. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2022.08.012>
- White, C. R., English, D., Thompson, R. et Roberts, Y. H. (2016). Youth self-report of emotional maltreatment: Concordance with official reports and relation to outcomes. *Children and Youth Services Review*, 62, 111-121. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.02.004>
- Wu, Y., Zhang, Y., Wang, C. et Huang, B. (2024). A meta-analysis on the lifetime and period prevalence of self-injury among adolescents with depression. *Front Public Health*, 12, 1434958. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1434958>
- Yi, Y., Edwards, F., Emanuel, N., Lee, H., Leventhal, J. M., Waldfogel, J. et Wildeman, C. (2023, Apr). State-Level Variation in the Cumulative Prevalence of Child Welfare System Contact, 2015-2019. *Children and Youth Services Review*, 147. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.106832>
- Young, S., Uysal, O., Kahle, J., Gudjonsson, G. H., Hollingdale, J., Cortese, S., Sakalli-Kani, A., Greer, B., Cocallis, K., Sylver, N., Yilmaz, U. E., Semerci, B. et Kilic, O. (2024, Nov 4). A systematic review and meta-analysis comparing the severity of core symptoms of attention-

- deficit hyperactivity disorder in females and males. *Psychological Medicine*, 54(14), 1-22.
<https://doi.org/10.1017/S0033291724001600>
- Zhang, H., Wang, W., Liu, S., Feng, Y. et Wei, Q. (2023, Dec). A Meta-Analytic Review of the Impact of Child Maltreatment on Self-Esteem: 1981 to 2021. *Trauma Violence Abuse*, 24(5), 3398-3411. <https://doi.org/10.1177/15248380221129587>
- Zhang, J., Buchanan, G. J. R., Piehler, T. F., Gunlicks-Stoessel, M. et Bloomquist, M. L. (2022, Sep). The Relationship Between Parent-Adolescent Conflict Dynamics and Adolescent Depression. *Journal of Child and Family Studies*, 31(9), 2535-2544.
<https://doi.org/10.1007/s10826-022-02318-w>
- Zhu, N., Hawke, L. D., Sanches, M. R. et Henderson, J. (2023, Apr). The impact of child maltreatment on mental health and substance use trajectories among adolescents. *Early Intervention in Psychiatry*, 17(4), 394-403. <https://doi.org/10.1111/eip.13339>
- Zoellner, L. A., Pruitt, L. D., Farach, F. J. et Jun, J. J. (2014, Feb). Understanding heterogeneity in PTSD: fear, dysphoria, and distress. *Depress Anxiety*, 31(2), 97-106.
<https://doi.org/10.1002/da.22133>
- Zuckerman, M., Li, C. et Hall, J. A. (2016). When men and women differ in self-esteem and when they don't: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 64, 34-51.
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2016.07.007>