

"L'évolution des familles négligentes: chronicité et typologies"

Rapport d'activités scientifiques
2001-2003

par

Louise S. Éthier et Louise Bourassa



en collaboration avec



Le Centre jeunesse
de la Mauricie et du
Centre-du-Québec

Présenté au
Fonds québécois de la recherche
sur la société et la culture

∞ Juin 2004 ∞



HV
6626.54
.Q44
E845
2004



ADDENDUM

Pour ce présent rapport, l'information retenue et analysée concerne exclusivement les mères. Les résultats relatifs aux pères et aux enfants feront partie d'une prochaine publication scientifique.

Au niveau de la méthodologie, le rapport fait mention de 171 familles évaluées, dont 162 mères. Cependant, les résultats portent sur de plus petits échantillons. Cela s'explique par le fait que nous avons retenu, en vue d'expliquer la chronicité et les typologies, seulement les mères qui ont été mesurées, de façon valide et cohérente, à trois temps successifs de l'étude. Les mères évaluées seulement à une ou deux reprises et celles pour lesquelles il y avait des données manquantes à certaines mesures, n'ont pas été retenues pour l'analyse.

Enfin, il faut noter que le rapport s'inscrit au niveau des activités de recherche réalisées entre 2001 et 2003, mais les données utilisées ont été recueillies au cours de l'étude longitudinale débutée en 1992.

"L'évolution des familles négligentes: chronicité et typologies"

Rapport d'activités scientifiques
2001-2003

par
Louise S. Éthier et Louise Bourassa



en collaboration avec



Le Centre jeunesse
de la Mauricie et du
Centre-du-Québec

Présenté au
Fonds québécois de la recherche
sur la société et la culture

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC
CENTRE DE DOCUMENTATION
MONTRÉAL

Jun 2004



Table des matières

Résumé	3
Définition et prévalence du phénomène étudié.....	4
Objectifs de l'étude	4
Contexte théorique	5
La négligence qui perdure: la négligence chronique	5
Attachement et traumatismes non résolus.....	5
Dépression et négligence	6
Faible rendement intellectuel	7
Principales hypothèses de recherche	8
Méthodologie	8
Les sujets	8
La procédure d'évaluation	8
Les mesures	9
Critères de chronicité	10
Résultats	10
Facteurs socio-démographiques reliés à la chronicité	10
Facteurs individuels reliés à la chronicité	11
Fonctionnement intellectuel et chronicité	12
Fonctionnement psychique des mères négligentes chroniques	13
Les modèles d'attachement et les traumatismes.....	13
La dépression	13
Formation d'étudiants et d'étudiantes	14
Discussion	14
Conclusion	16
Activités de diffusion et de transfert des connaissances	19
Références	23
Appendices	27
▪ Événements de vie et traumatismes chez les mères négligentes chroniques (Santé Mentale au Québec, 2004, XXXIX, pp.221-242)	
▪ Évolution des symptômes dépressifs chez les mères négligentes chroniques en comparaison avec les mères dont la négligence est transitoire (Revue de psychoéducation, volume 32, numéro 1, Décembre 2002, pp.31-47)	
▪ Parentalité et incapacité intellectuelle: une étude pilote (Revue francophone de la déficience intellectuelle, volume 13, numéro 2, pp. 133-154)	
▪ Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect (Journal of Family Violence, volume 19, numéro 1, Février 2004, pp. 13-24)	

Abstract- résumé

Cette étude a été menée auprès de 171 familles référées par les Centres jeunesse de la Mauricie / Centre-du-Québec et ce, au cours des trois dernières années. Les familles, signalées en protection de la jeunesse, étaient soit dans situation de négligence ou encore à risque de négligence. Les objectifs de l'étude étaient de cerner, parmi les familles négligentes, différents profils et typologies, d'identifier des facteurs de risque de chronicité, c'est-à-dire des facteurs reliés au suivi à long terme par les Centres jeunesse. Les résultats obtenus indiquent que certaines variables sont particulièrement associées aux situations chroniques d'abus et de négligence: un potentiel d'abus élevé, le statut parental, le nombre élevé d'enfants (3,13 fois plus de risque de chronicité), le placement de la mère en famille d'accueil durant son enfance ou son adolescence (3,7 fois plus de risques), l'abus sexuel intra ou extra familial étant jeunes (3,5 fois plus de risque) et les fugues durant d'adolescence (3,02 fois plus de risque). Les résultats indiquent que les mères qui ont une combinaison de huit facteurs de risque ou plus ont plus de chance de faire partie du groupe chronique. De plus, on remarque que le niveau de dépression des mères négligentes chronique est généralement plus élevé que celui des mères du groupe transitoire et que celles-ci sont plus nombreuses à se situer dans une zone clinique de dépression. En ce qui concerne l'attachement, aucune mère négligente chronique n'a un attachement sécure et 50% d'entre elles ont des traumatismes non résolus. Bien que 78% des mères du groupe chronique présentent un rendement intellectuel inférieur à la moyenne, le faible QI ne ressort pas comme un facteur de risque de chronicité.

Mots clés: négligence, chronicité, facteurs de risque.

Définition et prévalence du phénomène étudié

Il est de plus en plus reconnu que la négligence est un phénomène qui se distingue de celui de la violence, tant par ses effets que par ses causes. La négligence est non seulement le type de mauvais traitement le plus fréquent dans nos sociétés occidentales (National Center of Child Abuse and Neglect, 1992), mais la négligence se retrouve au sein de toutes les formes d'abus (Erickson et Egeland, 1996; Dubowitz, 1999). Au Québec, sur les 15 000 enfants pris en charge annuellement par les services de protection, nous retrouvons une majorité de cas, soit plus de 51%, qui concerne la négligence (Lessard, 2000). Selon Ménard et Pinard (1996) la proportion d'enfants négligés en Mauricie Bois-Francs croît légèrement d'une année à l'autre, soit une augmentation de 2,14% en trois ans. Cependant, malgré le taux alarmant de négligence, nous sommes confrontés à l'absence d'une définition claire et opérationnelle faisant consensus entre les chercheurs (Trickett 1995, Egeland, 1996, Zuravin, 1999). La définition retenue démontre que la négligence résulte de l'échec du parent à répondre aux divers besoins de son enfant. Ainsi, la négligence se définit davantage par l'absence de comportements qui soient bénéfiques à l'enfant et moins par la présence de conduites parentales néfastes. On peut donc dire que la négligence parentale est une perturbation sévère et durable de la relation parent-enfant; perturbation où le parent est non disponible émotionnellement à répondre aux besoins essentiels de l'enfant.

Le suivi, débuté en 1992 et réalisé en collaboration avec le Centre jeunesse Mauricie / Centre-du-Québec, permet de faire avancer les connaissances tant au niveau de la compréhension théorique des phénomènes de négligence parentale que de l'intervention. L'étude s'est penchée sur des cas de négligence grave et sur des familles qui présentent plusieurs facteurs de risque à l'endroit de l'enfant. Ces enfants sont privés de réponse aux besoins physiques de base, ils sont privés d'expériences nécessaires au développement général et ils ne reçoivent pas le soutien émotif permettant de créer une relation d'attachement sécurisante. C'est donc dans cette optique que les trois objectifs de recherche ont été retenus.

Objectifs de l'étude

Les familles de l'étude, étant référées par le Centre jeunesse Mauricie / Centre-du-Québec et étant signalées en protection de la jeunesse présentent différents profils ainsi que des cheminements particuliers. Le premier objectif de l'étude est de *cerner parmi les familles négligentes différents profils et typologies*. Les typologies en négligence sont définies en tenant compte : du niveau de dépression du parent, des modèles d'attachement de la mère, des traumas non résolus pour le parent et du retard intellectuel du parent. Le deuxième objectif est d'*identifier des facteurs de risque de chronicité, c'est-à-dire des facteurs reliés au suivi à court terme ou long terme par les Centres jeunesse*.

La négligence qui perdure: la négligence chronique

La prédisposition du parent à être négligent à l'endroit de son enfant, résulterait d'un processus développemental impliquant divers niveaux d'organisation du système social (micro, meso, exo, macro) (Belsky, 1993; Cicchetti et Lynch, 1993). L'actualisation des conduites de négligence, pouvant être chroniques ou transitoires, serait fonction de l'interaction entre les facteurs de risque et les mécanismes de protection que les recherches actuelles tentent d'identifier. Il existe cependant un consensus dans la littérature selon lequel un milieu familial qui posséderait plusieurs des caractéristiques particulières, présenterait un risque accru de négligence envers l'enfant.

La négligence se présente sous diverses formes, susceptibles de varier en fonction de leur niveau de sévérité et de leur durée. La persistance des conduites négligentes est un aspect très important de la problématique. En effet, bien qu'elle soit reconnue d'un point de vue clinique, la négligence chronique (Dubowitz, 1999; Gaudin, Polansky, Kilpatrick et Shilton, 1993; Nelson, 1997) a rarement fait l'objet d'études empiriques portant sur les caractéristiques sociales et psychologiques permettant de distinguer les familles dont la négligence perdure ou non. Selon Gaudin et al. (1993), les familles négligentes chroniques présentent en grande partie des problèmes multiples dont une déficience profonde en matière de connaissances, de capacités et de ressources.

Les études longitudinales permettant d'observer une situation de chronicité sont peu nombreuses, voire rarissimes. L'étude de DePanfilis et Zuravin (1999) portant sur 446 familles avait pour objectif d'identifier les facteurs prédictifs de la réadaptation de mauvais traitements infantiles. Celle-ci a permis de démontrer, que les facteurs prédictifs de la réapparition de mauvais traitements sont davantage le stress familial et le faible soutien reçu par les familles. De leur côté, Haapasalo et Aaltonen (1999) ont rapporté deux variables prédictives d'abus chroniques, soit le niveau socio-économique faible de la famille et les l'expériences d'abus vécues pendant l'enfance du parent. Il est possible que les parents dont la négligence est chronique se distinguent des parents dont la négligence est transitoire par la sévérité et le type d'abus vécus dans leur enfance.

Afin de mieux comprendre la chronicité, nous avons relevé les principaux facteurs identifiés dans les écrits scientifiques comme expliquant le plus la négligence du parent envers l'enfant.

Attachement et traumatismes non résolus

Depuis quelques années, les recherches sur les liens d'attachement ouvrent de nouvelles voies pour comprendre la problématique spécifique de négligence parentale, ainsi que les caractéristiques déterminant l'insensibilité du parent face aux besoins ou à la détresse de l'enfant. Les parents développent tôt dans leur vie, à partir de leurs expériences, des modèles de représentations internes d'attachement, sécurisants ou non sécurisants et ils ont tendance à agir dans leurs relations sociales (enfants, entourage) selon le même modèle. Les travaux de Pederson et Moran (1994) indiquent que les mères à risque ayant un modèle

d'attachement de type "évitant" reproduisent ce modèle avec l'enfant (elles évitent la relation, manque de communication et de sensibilité à l'endroit des besoins de l'enfant) tandis que les mères à risque de type "préoccupé" sont ambivalentes avec l'enfant, plus anxieuses et plus colériques. Ces différents modèles d'attachement sont importants à déceler chez les parents négligents, car selon que le parent est de type évitant ou préoccupé, l'intervention devra être nuancée. Selon Crittenden (1993) les parents ayant développé un modèle d'attachement évitant seraient les cas les plus lourds en négligence, les cas pour lesquels l'intervention serait moins efficace.

Les plus récentes recherches en attachement indiquent que les parents négligents et violents ne sont pas seulement des personnes présentant des modèles d'attachement insécures de type évitant ou préoccupé mais il s'agit de personnes qui ont vécu des traumatismes non résolus au cours de leur développement. Le trauma non résolu étant une expérience très intense sur le plan émotionnel, qui n'est pas intégrée psychiquement par l'individu et qui entraîne une série de mécanismes qui nuisent aux relations affectives et à l'adaptation générale. Les travaux de Main (1990;1996), et Lieberman et Zeanah (1999), démontrent que les parents avec un trauma non résolu ont un comportement imprévisible envers l'enfant, qu'ils sont souvent « effrayés et effrayants » pour leur enfant. Si un traumatisme n'est pas résolu et qu'il demeure très présent dans la conscience et dans les pensées, le système réagit par des mécanismes de défense tel que le déni et la dissociation mentale. La dissociation constituerait l'un des éléments expliquant la transmission intergénérationnelle de la négligence. Les mères qui négligent leurs enfants semblent s'être coupées, s'être dissociées de leurs propres expériences de négligence en tant qu'enfant (Egeland et Susman-Stillman, 1996).

C'est la raison pour laquelle certains auteurs introduisent la théorie de l'attachement aux notions de traumatisme et de dissociation. Puisque le parent représente pour l'enfant une base de sécurité afin de surmonter une situation stressante ou alarmante, les événements ponctuant la relation entre l'enfant et la figure d'attachement ou altérant la qualité de cette relation sont des phénomènes ayant des répercussions sur l'attachement de l'enfant.

Dépression et négligence

Plusieurs études corrélationnelles ont démontré l'existence d'une relation entre la dépression et la maltraitance parentale. L'étude de Zuravin (1989) suggère que le niveau de sévérité de la dépression de la mère influence le type de mauvais traitements exercé envers l'enfant. Elle suppose que les mères vont répondre aux comportements de leur enfant par différents types d'agressions (verbale ou physique) tout dépendant du niveau de sévérité de leur dépression. La présence de dépression sévère pourrait grandement faire augmenter la probabilité de voir apparaître des comportements négligents, étant donné l'état important de fatigue et le manque d'énergie possible de la mère. Chaffin, Kelleher et Hollenberg (1996) vont dans le même sens et démontrent que les parents dépressifs ont 3,45 fois plus de probabilité d'initier des comportements d'abus physique que ceux qui ne le sont pas. Rappelons que la négligence parentale n'exclut pas la présence de conduites violentes exercées envers l'enfant.

L'étude de Campbell, Cohn et Meyers (1995) nous indique que les mères dont la dépression est chronique se montrent beaucoup moins positive dans leur interaction avec leur enfant par rapport à celles dont la dépression est en voie de rémission ou qui ne sont pas dépressives. Bien que les parents dépressifs ne soient pas nécessairement des parents maltraitants, la relation parent-enfant est perturbée, ce qui les prédispose à adopter des comportements maltraitants, qui soient de l'ordre de la négligence ou de l'abus. Cependant, dans son étude réalisée auprès de parents négligents, Gaudin et al., (1993) démontrent que 60% des parents (N=102) ayant répondu à l'*Hudson's Generalized Contentment Scale* (GCS), seraient dépressifs.

La dépression a donc été identifiée comme une des caractéristiques psychologiques des mères qui négligent sévèrement leur enfant (Cummings et Cicchetti 1990; Downey et Coyne, 1990; Egeland, Breitenbucher et Rosenberg, 1980; Kinard, 1996; Scott, 1992). On remarque que les mères négligentes manifestent une pauvre connaissance des besoins de l'enfant (Herrenkolh, Herrenkolh et Egolf, 1983) et elles ont des attentes irréalistes envers l'enfant (Azar, 1984). De plus, les mères négligentes délégueraient facilement leurs responsabilités parce qu'elles sont déprimées, qu'elles ont des difficultés à trouver des solutions à leur vie quotidienne, mais aussi parce qu'elles sont stressées.

Faible rendement intellectuel

Lorsqu'on considère l'ensemble des études sur la maltraitance faite aux enfants, plusieurs auteurs considèrent qu'un faible niveau intellectuel du parent représente un risque important d'abus ou de négligence (Crittenden, 1988, Pianta, Egeland, et Erickson, 1989, Wolfe, 1988). Il a été évalué qu'aux États-Unis, au moins 120 000 bébés naissent chaque année d'une mère présentant des incapacités intellectuelles (Keltner et Tymchuk, 1992). L'étude de Llewellyn, McConnel et Ferronato (2003) démontre qu'il y a 3% des gens dans la population qui ont une incapacité intellectuelle et 1% des parents ont une incapacité intellectuelle. Selon l'Office des personnes handicapées (2000), à Montréal, sur une population de près de 2 millions de personnes, il y a 55 700 personnes avec une incapacité intellectuelle dont environ 550 qui sont parents. De plus, on remarque une augmentation du nombre de situations de parentalité chez les adultes présentant des incapacités intellectuelles dans les centres de réadaptation en déficience intellectuelle. Toujours au Québec, Éthier, Palacio-Quintin, Couture, Jourdan-Ionescu et Lacharité (1993) rapportent que 50 % des parents négligents ayant participé à leur étude obtiennent des résultats aux tests d'intelligence en dessous de la moyenne de la population générale. L'étude de Guay, Éthier, Palacio-Quintin et Boutet (1998) suggère que les parents ayant des retards intellectuels seraient les cas les plus préoccupants en négligence et qu'ils auraient des conduites de négligence envers leurs enfants plus sévères et ce, dans divers aspects du domaine parental.

Sous l'angle inverse, lorsqu'on s'attarde aux études avec des parents ayant des incapacités intellectuelles, il est possible de constater également des taux élevés de négligence parentale. Cependant, nous devons être prudents quant à l'interprétation de ces résultats, plusieurs études attestent que le niveau d'incompétence parentale n'est pas directement fonction du degré d'intelligence, à moins que celui-ci ne soit en dessous de 60 (Budd et Greenspan, 1984; Keltner, 1994; Tymchuk et Feldman, 1991). Tymchuk et Andron (1990)

indiquent que le niveau du quotient intellectuel est insuffisant pour déterminer la capacité parentale. Plus que le degré de quotient intellectuel, une morbidité psychiatrique, l'absence de soutien social et les conditions de vie difficiles constituent des facteurs importants associés à l'incompétence parentale. Par contre, Feldman (1994) affirme que les parents présentant des incapacités intellectuelles ont plus de difficultés à prendre des décisions appropriées, à répondre aux besoins de leurs enfants, à fournir un environnement stimulant et à agir de façon appropriée en fonction de l'âge de développement des enfants.

Principales hypothèses de recherche

1) *La négligence chronique* chez le parent serait reliée aux facteurs de risque suivants: indices sévères de dépression, retard de développement intellectuel, histoire d'abus et de traumatismes non résolus depuis l'enfance, absence de liens affectifs stables dans l'enfance tels que des placements multiples et l'absence d'expériences de travail. Le parent avec une ou plusieurs de ces caractéristiques présenterait plus de risque de négligence chronique envers l'enfant.

2) *La négligence transitoire* concerne les parents qui progressent suffisamment lors des interventions pour ne plus recevoir les services de protection bien qu'ils puissent bénéficier d'un soutien dispensé par les services de santé ou le réseau communautaire. Ces parents présenteraient les caractéristiques suivantes: un potentiel cognitif supérieur; moins de dépression, ont vécu de l'abus et de la négligence modérée à sévère dans leur enfance; ont eu dans la période de l'enfance au moins une figure d'attachement stable; ont eu une expérience de travail.

Méthodologie

Les sujets

Dans cette étude, il s'agit d'évaluer deux cohortes de familles négligentes. La *cohorte 1* concerne le suivi longitudinal (1992 à 2003) de 171 familles, 162 mères, 47 pères et 317 enfants âgés entre 6 mois et 12 ans, lors de la première évaluation. La *cohorte 2*, comprend onze familles négligentes avec jeunes enfants d'âge préscolaire, dont l'un des parents présente une déficience intellectuelle (5^{ème} percentile ou moins de la population générale). Le Centre jeunesse Mauricie / Centre-du-Québec ainsi que le Centre de Services en Déficience Intellectuelle de la Mauricie, ont été interpellés pour nous aider dans la recension des familles. Les familles de la cohorte 2 permettent de comparer les parents présentant un faible rendement intellectuel avec des familles dont au moins un parent présente une déficience intellectuelle.

La procédure d'évaluation

Toutes les mesures ont été passées sous forme d'entrevue avec le parent. L'évaluateur, toujours supervisé, est un étudiant en psychologie qui est gradué ou en voie de l'être. Les mères sont rencontrées à domicile, en moyenne à deux reprises, pour un total de 4 à 6

heures. Les enfants sont évalués en même temps par un second évaluateur. Les pères, s'il y a lieu sont rencontrés seuls à trois reprises. Pour les parents présentant des retards intellectuels, ils sont rencontrés en présence d'une personne qui les connaît bien (habituellement le travailleur social) de manière à s'assurer de la coopération du parent et de la validité des réponses. L'entrevue se fait alors au domicile du parent ou encore à l'université.

Concernant la codification des entrevues de l'attachement de l'adulte (EAA), celles-ci ont été effectuées par une professionnelle, Madame Jocelyne Gagnon (PhD), possédant une formation spécifique, accrédité par Mary Main. Les entrevues, réalisées par des professionnelles de psychologie, ont été réalisées auprès des mères dans un local de recherche, permettant ainsi une plus grande discrétion qu'à domicile. Les entrevues ont été enregistrées sur bande audio ou vidéo, puis leur contenu a été retranscrit au traitement de texte. Le contenu global du discours a été analysé selon la procédure habituelle préconisée par Main et Goldwyn (1998) en vue de l'attribution d'un style d'attachement à chacune des participantes. La codification a été effectuée à l'aveugle, sans que le chercheur connaisse le groupe d'appartenance des mères.

Les mesures

Les mesures passées aux parents ont été sélectionnées pour répondre aux objectifs de cette étude, soit la définition des profils et des typologies en négligence (familles dont l'un des parents présente de la dépression, des retards intellectuels, des traumatismes non résolus), les facteurs de risque reliés à la négligence chronique et transitoire ainsi que l'impact de la négligence sur l'enfant. Les mesures passées aux intervenants permettent de statuer sur le niveau et la gravité de négligence.

Les mesures ont été choisies en raison de leur fiabilité et leur validité quant à la population québécoise. Ce sont également des mesures pour lesquelles nous avons des données comparatives (comparaison avec les évaluations précédentes, comparaison avec des populations témoins et comparaison avec la population générale).

Liste des principales mesures administrées aux parents, dont les résultats sont rapportés

1. *Entrevue d'attachement de l'adulte (EAA)* (George, Kaplan et Main, 1998). Cette entrevue concerne les expériences vécues par le parent avec ses figures d'attachement, notamment les traumatismes ainsi que les expériences vécues avec ses enfants.
2. *Épreuve individuelle d'habileté mentale (EIHM)* (Chevrier, 1989). Cet instrument est une mesure du développement intellectuel du parent.
3. *Inventaire de potentiel d'abus envers l'enfant (CAPI)* (Milner, 1980). Cet instrument, qui permet d'évaluer le potentiel d'abus du parent, donne un score global d'abus et six sous-scores; problèmes avec les autres, avec la famille, avec les enfants, tristesse, rigidité, détresse.
4. *Inventaire de dépression de Beck* (Beck, 1996). L'instrument est destiné à mesurer la gravité d'une dépression telle que rapportée par les adultes et les adolescents de 13 ans et plus.

5. *Questionnaire démographique* (Éthier et al., 1998). Ce questionnaire permet de recruter l'information au sujet de la structure familiale, des diverses sources de revenu, de l'histoire reliée à l'emploi. Le questionnaire concerne les deux parents et toute autre personne habitant le logis familial.
6. *Questionnaire d'informations sur l'histoire du parent* (Éthier et al., 1998). Il permet d'avoir de l'information sur le soutien social, la santé du parent ainsi que de l'information sur son enfance et son adolescence.
7. *Questionnaire sur le soutien social du parent* (Éthier et al., 1998). Celui-ci permet de cibler les personnes de l'entourage qui donnent du soutien, émotionnel et matériel, leur fréquence d'aide et la satisfaction du répondant face aux personnes qui composent le réseau. La réciprocité de l'aide est également évaluée.

Liste des mesures remplies par les intervenants qui permettent de classifier les sujets

1. *Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE)* (Vézina et Bradet, 1990). Ce questionnaire vise à déterminer les difficultés liées à l'exercice des responsabilités parentales pouvant affecter le bien-être de l'enfant.
2. *Échelle de Reiss* (Reiss, 1988). Cette échelle dégage des indices de psychopathologie, chez les adolescents et les adultes présentant une incapacité intellectuelle.

Critères de chronicité

Quatre critères seront utilisés afin de catégoriser *la chronicité*: 1) Le parent dont le dossier est toujours actif en protection depuis 1992 parce que l'un ou l'autre de ses enfants demeure en besoin de protection. 2) Le parent pour qui il y a eu réouverture du dossier à la suite de signalement(s) retenu(s). 3) Le parent dont le dossier est fermé, en raison du placement à long terme des enfants et 4) le parent qui présente un des trois critères précédent et /ou qui présente un potentiel d'abus élevé (plus de 166 au Child Abuse Potential Inventory (CAPI)). Pour sa part, *la négligence transitoire* concerne les parents qui progressent suffisamment lors des interventions pour ne plus recevoir les services de protection bien qu'ils puissent bénéficier d'un soutien dispensé par les services de santé ou le réseau communautaire. La classification pour les familles transitoires se fait comme suit: 1) Le parent a un dossier fermé en protection de la jeunesse depuis plus de 4 mois. 2) Le parent qui a un faible potentiel d'abus (en bas du 95^e percentile au CAPI)

Résultats

Facteurs socio-démographiques reliés à la chronicité

Cette étude longitudinale sur les caractéristiques des mères et des familles, a permis de relater certains facteurs pouvant être reliés à la négligence chronique. Le tableau I se base sur les données au moment du recrutement. Il est démontré que la majorité des mères négligentes chroniques participant à l'étude, comparativement aux mères du groupe transitoire, sont moins scolarisées, ont un nombre plus élevé d'enfants, qu'elles étaient plus

jeunes lors de la naissance du premier enfant, qu'elles avaient un conjoint lors du recrutement et elles étaient sans emploi au moment de l'étude. Le niveau de pauvreté des mères est aussi corrélé avec la maltraitance, mais il est impossible pour l'instant de faire un lien entre le niveau de pauvreté et la chronicité dans une population à faible revenu puisque dans notre étude, toutes les familles ont un faible revenu.

Si nous faisons le parallèle entre les familles au moment du recrutement et après 4 années (voir tableau I et II), nous remarquons que le seul élément commun ressortant aux deux moments, pour expliquer la chronicité, est le nombre d'enfants plus élevé dans la famille. Le nombre d'enfants est donc un facteur de risque important dans le développement de la négligence chronique. On remarque aussi que le fait de vivre en couple semble être un élément anxiogène pour les mères du groupe chronique, au moment du recrutement, car la plupart de celles-ci vivent en couple comparativement aux familles négligentes transitoires.

Tableau I. Caractéristiques démographiques des groupes "chroniques" et "transitoires" au moment du recrutement.

	Familles chroniques (n=35)		Familles transitoires (n=21)		t (two-tailed p)
	M	(SD)	M	(SD)	
Age de la mère	29.02	(6.4)	29.3	(4.1)	.18
Niveau d'éducation	9.46	(1.8)	9.62	(2.4)	.28
Nombre d'enfants	2.7	(1.5)	2.1	(1.1)	1.74 †
Âge de l'aîné (en mois)	56.2	(21.7)	44.4	(20.8)	2.00
	N	%	N	%	X ² (two-tailed p)
Famille monoparentale	15	(42.9)	16	(76.2)	6.13 **
Famille biparentale	20	(57.1)	5	(23.8)	
Avec emploi	8	(22.9)	5	(23.8)	.01
Sans emploi	27	(77.1)	16	(76.2)	
Revenu annuel (\$CAN)					
10,000\$-14,999\$	13	(37.1)	15	(71.4)	-----
15,000\$-24,999\$	14	(40.0)	6	(28.6)	
25,000\$ et plus	8	(22.9)	-----	-----	

*p < .05 **p < .01 †p = .08.

Facteurs individuels reliés à la chronicité

Le tableau II démontre quelles sont les situations de vie, que la mère a vécu dans son enfance, et qui peuvent jouer un rôle dans le développement de la négligence chronique ou transitoire à l'âge adulte. Ces situations sont ici appelées des facteurs de risque individuels. Trois facteurs principaux vécus durant l'enfance ont été ressortis: le placement dans l'enfance, avoir été victime d'abus sexuel et avoir fait des fugues. Tout d'abord, on remarque que le facteur le plus souvent associé à la chronicité concerne le "vécu d'une situation d'abus sexuel durant l'enfance", c'est-à-dire que la plupart des mères faisant partie du groupe chronique ont été victime d'abus sexuel intra ou extra familial étant jeunes. Les mères négligentes qui ont été abusées ont 3,75 fois plus de risque de développer de la négligence chronique. Deuxièmement, le fait que la mère ait été "placée dans une famille d'accueil durant l'enfance ou l'adolescence" est un autre facteur pouvant expliquer la chronicité. Sur les 20 mères ayant été placées, 16 (80%) sont dans le groupe chronique. Finalement, on remarque que les mères ayant fait des fugues durant leur adolescence ont

3,02 fois plus de risque d'être dans le groupe de négligence chronique. Tel que mentionné, (situation lors du recrutement), le fait d'avoir un grand nombre d'enfants est un facteur de risque de chronicité. L'étude a aussi démontrée qu'une mère ayant 8 facteurs de risque ou plus a beaucoup plus de possibilité d'être dans le groupe de négligence chronique que les autres mères maltraitantes (4,23 fois plus).

Tableau 11. Distribution des facteurs de risque dans les groupes chroniques et transitoires et le calcul des "Odds ratio" de chronicité associés à ces facteurs

Facteurs de risque	Chronique N (%)	Transitoire N (%)	% par RF	Chi carré	Odds ratio	95% intervalle de confiance	
<i>Histoire du parent dans son enfance</i>							
Placement dans une famille d'accueil	16 (45.7)	4 (19.0)	80.0	4.28 *	3.57	0.98	12.82
Victime d'abus sexuel	21 (60.0)	6 (28.6)	77.8	5.32 *	3.75	1.17	12.00
Fugue durant l'adolescence	17 (48.6)	5 (23.8)	77.3	3.49 †	3.02	0.91	10.07
Rupture avec les figures parentales	25 (71.4)	13 (61.9)	65.8	.54	1.54	0.49	4.84
Figure parentale inefficace	21 (60.0)	13 (61.9)	61.8	.02	0.92	0.30	2.80
Négligence	25 (71.4)	17 (81.0)	59.5	.65	0.58	0.16	2.19
Victime de violence physique	12 (34.3)	9 (42.9)	57.1	.41	0.69	0.23	2.11
<i>Situation de la vie adulte</i>							
Sans emploi	27 (77.1)	16 (76.2)	62.8	.00	1.05	0.29	3.78
Réseau social limité	13 (37.1)	6 (28.6)	68.4	.43	1.47	0.46	4.75
Conjoint violent dans le passé	24 (68.6)	11 (52.4)	68.6	1.45	1.98	0.65	6.05
Faible fonctionnement intellectuel	11 (31.4)	3 (14.3)	78.6	2.18	2.75	0.67	11.32
Faible niveau éducationnel	22 (62.9)	11 (52.4)	66.7	.59	1.54	0.47	4.36
Nombreux enfants	12 (34.3)	3 (14.3)	80.0	2.86 †	3.13	0.77	12.79
Nombreux conjoints	26 (74.3)	14 (66.7)	65.0	.37	1.44	0.44	4.71

* p < .05 † p = .01

Fonctionnement intellectuel et chronicité

Dans le tableau II, on remarque que le faible fonctionnement intellectuel n'est pas en relation avec une situation de négligence chronique. Par contre, 78% des mères chroniques ont un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne. Un échantillonnage plus élevé confirmerait peut-être l'hypothèse entre le faible rendement intellectuel et la chronicité.

L'étude menée auprès de la cohorte de parents présentant une déficience intellectuelle (QI < 70-75), permet de constater que les mères, même si elles reçoivent des services d'aide, démontre la présence de négligence de type émotionnelle. Les mères auraient donc de la difficulté à accepter leurs enfants, à leur manifester de l'affection, à approuver ses comportements et à avoir une cohérence au niveau de la discipline parentale. La négligence émotionnelle du parent envers l'enfant a été détectée par l'intervenant au dossier. Cette négligence émotionnelle, présente chez plus de la moitié des familles, confirme les résultats de Crittenden et Bonvillian (1984), pour qui le niveau de sensibilité maternelle est relativement bas chez les mères présentant des incapacités intellectuelles. De plus, on remarque que près de la moitié des mères ayant une déficience intellectuelle vivent un stress beaucoup plus élevé en comparaison avec la population en générale. Cela peut expliquer en partie leurs difficultés à se sentir attachées et renforcées par l'enfant. Il est donc possible, que la détresse dans laquelle elles se trouvent lorsqu'elles exercent leur rôle

parental, nuise à l'attachement et à la sensibilité envers l'enfant (voir Lalande et Éthier, 2002).

Fonctionnement psychique des mères négligentes chroniques

Les modèles d'attachement et les traumatismes

Les résultats démontrent une association entre la négligence chronique, l'attachement insécurisé des mères et les traumatismes vécus dans l'enfance. On remarque que les mères du groupe chronique présentent des indices de traumatismes non-résolus à 50%, contrairement à 25% pour celles du groupe transitoire. La majorité des participantes du groupe chronique (60%) ont un style d'attachement préoccupé et 40% ont un style évitant. Fait troublant, aucune mère du groupe chronique n'a un style d'attachement sécurisant alors que 20% des mères du groupe transitoire présente ce style. Chez les mères négligentes transitoires, 40% ont un style d'attachement préoccupé et 40% possèdent un style évitant.

Tableau III. Répartition des styles d'attachement chez les mères négligentes chroniques et transitoires

	Styles d'attachement			
	Sécure	Évitant	Préoccupé	Trauma non résolu
Mères négligentes chroniques (N=10)	0%	40%	60%	50%
Mères négligentes transitoires (N=10)	20%	40%	40%	25%
Total (N=20)	10%	40%	50%	35%

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

La dépression

On observe que le niveau de dépression des mères négligentes chroniques est généralement plus élevé que celui des mères négligentes transitoires et qu'il y a une diminution du niveau de dépression à travers le temps pour l'ensemble des mères de l'échantillon. Il est possible que cette diminution du niveau de dépression soit l'effet des services psychosociaux. Les mères négligentes chroniques sont également plus nombreuses à se situer dans une zone clinique de dépression sévère. D'autres éléments, outre la dépression, peuvent expliquer que les mères négligentes des groupes chroniques et transitoires suivent des trajectoires distinctes. Nous avons observé la présence plus fréquente d'un conjoint chez les mères

négligentes chroniques, celle-ci étant souvent associée à la violence au sein des familles en protection. La violence conjugale pourrait d'ailleurs contribuer à expliquer la dépression maternelle.

Tableau IV. Comparaison de l'état dépressif des mères négligentes chroniques (CH) et transitoires (TR) en fonction des scores de chacune des mères négligentes au BECK et al. (1961)

	mères négligentes chroniques n = 35		mères négligentes transitoires n = 20	
	n	%	n	%
État dépressif grave aux trois temps (score au Beck >19)	2	(5,7%)	0	(0%)
État dépressif grave à au moins deux temps (score >19)	13	(37,1%)	0	(0%)
État dépressif à au moins deux temps (score > 11)	22	(62,9%)	4	(20%)
Aucun état dépressif à T1, T2 et T3 (score < 11)	4	(11,4%)	6	(30%)

Formation d'étudiants ou d'étudiantes

Près d'une trentaine d'étudiants du baccalauréat en psychologie ont été formés, dans le cadre du projet "suivi aux familles", à titre d'évaluateur afin d'aller administrer les questionnaires au parent à son domicile. Des 30 étudiants, 6 à 8 personnes ont été retenus comme évaluateurs. Cette formation d'une dizaine d'heures leur permet de se familiariser avec la clientèle et connaître en détail les différents questionnaires à administrer, ainsi que les pièges à éviter. Des jeux de rôles ont également été effectués dans le but de mieux préparer les étudiants. La supervision est une partie importante de l'encadrement offert aux étudiants. Cette formation est dispensée par la professionnelle de recherche ainsi que par des assistants de recherche attirés à cette dite recherche.

De plus, une grande partie des recherches a été effectuée par des étudiants, à la maîtrise ou au doctorat. Ces étudiants ont été d'abord formés comme évaluateurs et les données ont pu servir à la rédaction de leur mémoire ou de leur thèse (entre autres: Langlois, Lalande et Boulet).

Discussion

Avant d'amorcer notre discussion, il est important de remettre en perspective ce qu'est la chronicité. Pour les fins de l'étude, quatre critères ont été retenus pour classer les familles

chroniques: 1) Le parent a un dossier actif en protection depuis 1992 parce que l'un ou l'autre de ses enfants demeure en besoin de protection. 2) Le parent a eu une réouverture de dossier à la suite de signalement(s) retenu(s). 3) Le parent a son dossier est fermé, en raison du placement à long terme des enfants. 4) Le parent présente un des trois critères précédent et /ou qui présente un potentiel d'abus élevé (plus de 166 au CAPI).

Pour mieux comprendre la chronicité des familles, certains facteurs socio-démographiques ont été retenus. Cependant, peu de ceux-ci peuvent expliquer la chronicité. On remarque, dans les deux groupes à l'étude, soit transitoire ou chronique, qu'il n'y a pas de différence significative au niveau de l'âge des mères, leur niveau d'éducation ni leur niveau socio-économique. Par contre, deux facteurs socio-démographiques peuvent être retenus pour expliquer la chronicité des mères: le nombre d'enfant ainsi que le statut familial. L'étude a pu démontrer que les mères négligentes chroniques ont plus d'enfants que les mères négligentes transitoires et quelles étaient aussi plus jeunes à la naissance du premier enfant. Cela peut s'expliquer par le stress qu'engendre un nombre plus élevé d'enfants et la difficulté possible à y faire face. Le second critère, corrélé avec la négligence, chronique est le statut familial. Comparativement aux résultats obtenus habituellement, où les mères monoparentales sont plus vulnérables, notre recherche démontre que la présence d'un conjoint semble être un élément de stress important pour une population négligente.

Malgré le fait que l'étude démontre peu de facteurs socio-démographiques reliés à la négligence chronique, plusieurs facteurs individuels peuvent par contre l'expliquer. Les facteurs individuels significatifs concernent les situations vécues par le parent durant son enfance et son adolescence. Des recherches (Crittenden, 1996; Egeland, 1988; Quinton & Rutter, 1988) ont démontré un lien important entre les difficultés parentales et les expériences négatives vécues par le parent durant son enfance et son adolescence. Les expériences négatives - négligence, violence physique, abandon et séparation, sont reconnus comme étant des facteurs de risque de maltraitance dans la population en générale. Notre étude abonde dans le même sens. Il est démontré dans l'étude que les mères ayant vécu dans leur enfance ou leur adolescence des situations d'abus, de placement ou de fugues sont plus vulnérables de développer de la négligence chronique à l'âge adulte. Ces facteurs ne sont pas des événements qui sont nécessairement indépendants les uns des autres. Ces situations réfèrent toutes à des moments difficiles vécus par l'enfant dans ses relations familiales. De plus, une mère ayant 8 facteurs de risque ou plus, a beaucoup plus de possibilité d'être dans le groupe de mères négligence chronique que les autres mères maltraitantes. Puisque ces résultats sont basés sur une recherche longitudinale, ces résultats ont une validité de recherche importante et ils sont en concordance avec l'étude de Brown et al. (1995), qui a durée 17 ans, et qui démontre que 24% des familles négligentes ont plus de 4 facteurs de risque.

Contrairement à notre hypothèse de départ, on remarque que le faible fonctionnement intellectuel n'est pas en relation avec une situation de négligence chronique. Par contre, 78% des mères chroniques ont un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne. Un échantillonnage plus élevé confirmerait peut-être cette hypothèse. L'étude effectuée spécifiquement auprès des mères ayant une déficience intellectuelle (QI < 70-75), permet de constater que les mères, même si elles reçoivent des services d'aide, démontre la

présence de négligence de type émotionnelle. Les mères déficientes auraient plus de difficulté à accepter leurs enfants, à leur manifester de l'affection, à approuver ses comportements et à avoir une cohérence au niveau de la discipline parentale.

À un autre niveau, ce qui ressort de notre étude est le fait que les mères négligentes chroniques ont une grande difficulté à intégrer sur le plan psychique les expériences de leur enfance. Théoriquement, cette difficulté d'intégration de l'expérience traumatique mènerait à divers mécanismes de défense. Dans cette étude nous avons démontré que les mères négligentes chroniques, en comparaison avec celles qui profitent davantage des interventions psychosociales offertes en Centres jeunesse, présentent plus de traumatismes non résolus. Le parent qui a vécu une expérience traumatisante dans son enfance, a dû, pour survivre, développer des mécanismes psychiques tel que la dissociation mentale, ce qui nuit considérablement à la qualité des relations affectives ultérieures et au comportement parental. Nous devons poursuivre notre étude afin de mieux comprendre comment le parent, ayant des traumatismes non résolus, se comporte avec son enfant et quels en sont les effets sur le développement de l'enfant. Ainsi, nous serons plus en mesure de comprendre, du moins en partie, la transmission intergénérationnelle de l'abus.

Pour mesurer le style d'attachement des mères, "l'analyse globale du discours" à l'entrevue d'attachement (selon la méthode préconisée par Main et al., 1998) a été utilisée. Il nous est donné de constater dans l'étude qu'aucune des mères interviewées ne possède un style d'attachement sécurisant, comparativement à 20% chez les mères transitoires. Contrairement à l'étude de Egeland et al. (1996), nos données ne font pas ressortir de lien entre le modèle d'attachement évitant et l'abus chronique. Le nombre de participantes pourrait expliquer ce résultat. Cependant, notre étude confirme la fréquence plus élevée de modèles d'attachement insécures accompagnés de traumatismes non résolus chez le groupe chronique. En d'autres termes, les mères qui présentent toujours un potentiel d'abus après six années passées sous les services à la protection de la jeunesse présentent toutes un modèle d'attachement insécurisé et, comparativement aux mères dont les enfants ne sont plus en protection, elles sont deux fois plus nombreuses à présenter un discours dissocié, indiquant une non-résolution des traumatismes de l'enfance.

Finalement, les résultats ont permis de démontrer un niveau de dépression plus élevé chez les mères négligentes chroniques comparativement aux mères négligentes transitoires. De plus, les "cas cliniques" sont plus nombreux malgré une baisse de l'intervention. Il est possible que cette baisse du niveau de dépression soit l'effet des services psychosociaux. Les mères chroniques sont également plus nombreuses à se situer dans une zone de dépression sévère. Ces résultats viennent appuyer la relation entre la variable dépression et la chronicité de la négligence.

Conclusion

La présente étude confirme la quasi-totalité des hypothèses de recherche. La négligence chronique est en lien avec différents facteurs de risque : indices sévères de dépression,

histoire d'abus et de traumatismes non résolus depuis l'enfance, absence de liens affectifs stables dans l'enfance tels que des placements multiples. Seulement le facteur relié au développement intellectuel n'a pas été confirmé. Cependant, de nouvelles recherches pourraient s'attarder sur le fonctionnement intellectuel des mères négligentes chroniques en utilisant un échantillon plus grand.

Les résultats de cette étude peuvent éventuellement mener vers une réflexion quant à l'élaboration de certains programmes d'intervention offerts aux parents dont la négligence perdure. Rappelons ici que les interventions conventionnelles se sont révélées peu profitables auprès de la population de parents chroniques (Gelles, 2000). En effet, la majorité des programmes d'intervention existant au Québec mettent l'accent sur les habiletés parentales, le soutien social et matériel des parents. À la lumière des données présentées dans cette étude il est possible de concevoir qu'un programme d'intervention pour des parents négligents chroniques pourrait augmenter son efficacité en y intégrant une aide portant sur l'histoire individuelle, voire des interventions sur les éléments psychiques en lien avec la transmission de l'abus. Un tel programme devrait tenir compte et traiter, advenant le cas, des traumatismes non résolus. En fait, les événements de vie vécus par la mère dans son enfance et l'aspect traumatique de ces événements jouent un rôle central dans la capacité de la personne à assumer son rôle de parent et sur la possibilité qu'une intervention visant l'amélioration de la relation parentale puisse être efficace.

L'intervention auprès des parents négligents devrait aussi tenir compte des nombreux besoins socio-économiques des membres de la famille (pauvreté extrême, isolement), mais doit aussi prendre en compte la détresse émotionnelle des mères, notamment lorsqu'il y a constat que le parent n'évolue pas (ou peu) dans le processus d'aide. Les événements de vie vécus par la mère dans son enfance et l'aspect traumatique de ces événements jouant un rôle central dans la capacité de la personne à assumer son rôle de parent, doivent être considérés afin qu'une intervention visant l'amélioration de la relation parentale puisse être efficace. L'ensemble des familles négligentes devrait bénéficier de soutien à long terme avec des services adaptés aux besoins sociaux et psychologiques de chaque famille. Les familles qui progressent, qui ne présentent plus de potentiel d'abus élevé doivent continuer à bénéficier d'aide. Ces familles, malgré leur détermination à s'en sortir, présentent un ensemble de caractéristiques qui les rendent vulnérables.

À ce jour, peu d'études longitudinales ont été réalisées auprès des parents négligents. Cette étude, en démontrant qu'après plus de six ans d'intervention et de services reçus, une majorité des mères recevant des services sociaux maintiennent leur conduite parentale abusive,

La négligence chronique est en lien avec différents facteurs de risque: indices sévères de dépression, histoire d'abus et de traumatismes non résolus depuis l'enfance, absence de liens affectifs stables dans l'enfance tels que des placements multiples.

Un programme d'intervention pour des parents négligents chroniques pourrait augmenter son efficacité en y intégrant une aide portant sur l'histoire individuelle, voire des interventions sur les éléments psychiques en lien avec la transmission de l'abus.

L'intervention auprès des parents négligents devrait aussi tenir compte des nombreux besoins socio-économiques des membres de la famille (pauvreté extrême, isolement), mais doit aussi prendre en compte la détresse émotionnelle des mères, notamment lorsqu'il y a constat que le parent n'évolue pas (ou peu) dans le processus d'aide.

constitue donc un pas important dans la compréhension de cette problématique.

En ce qui concerne les prochaines études portant sur la chronicité de la négligence, elles devraient tenir compte de l'intensité et du type d'expériences passées de la mère. Il serait aussi important d'augmenter le nombre de sujets recrutés afin de prendre en considération les différentes formes de négligence vécues dans l'enfance (Macfie, Cichetti & Toth, 2001). Il faudrait aussi évaluer d'autres caractéristiques de santé mentale de la mère, puisque la présence de dépression n'exclut pas celles d'autres troubles, dont la toxicomanie (Chaffin, et al. 1996).

L'ensemble des familles négligentes devrait bénéficier de soutien à long terme avec des services adaptés aux besoins sociaux et psychologiques de chaque famille.

Activités de diffusion et de transfert de connaissances

Cette étude longitudinale, débutée en 1992, a contribué à l'avancement des connaissances en ce qui concerne les facteurs psychologiques et sociaux qui occasionnent la négligence parentale et les facteurs qui permettent de la prévenir ou du moins, qui en diminuent les impacts ainsi que les facteurs reliés à la négligence chronique et transitoire.

Livres et/ou contributions à des ouvrages collectifs

Éthier, L., Lacharité, C. (accepté). Les caractéristiques familiales et personnelles du parent dont l'enfant demeure en besoin de protection. Dans G. Tarabulsy (ed), Évaluation psychosociale en contexte de protection de l'enfance.

Éthier, L.S. (accepté). L'impact du déficit cognitif sur la capacité parentale. Dans Georges Tarabulsy, Daniel Paquette, Louise S. Éthier et Carl Lacharité (Eds). Les mesures d'évaluation en contexte de protection de l'enfance. Presses de l'université Laval. Québec.

Éthier, L.S., Gagnon, J., Lacharité, C., Tarabulsy, G., Piché, C. (2002). Recension des mesures d'attachement parent-enfant : perspective d'application clinique. Évaluation en protection de l'enfance. Sous la direction de Marceline Gabel et Paul Durning. Fleurus, Collection psychosociale. Paris, 122-143.

Lacharité, C., Desmet, S. et coll. (accepté). Les pratiques professionnelles envers les familles : Analyse d'activités de réflexion collective « qualifiante » auprès de praticiennes de divers secteurs de service. Dans Lacharité, C., Pronovost, G. (eds), Comprendre la famille, Vol. 7. Ste-Foy : PUQ.

Lacharité, C., Éthier, L. (accepté.). Paternité et situations de négligence : Nature des arrangements relationnels pères-enfants. Dans JP Pourtois (ed), La bientraitance des familles, Éditions DeBoeck Université.

Lacharité, C., Pronovost, G. (2002). Comprendre la famille, vol.6. Presses de l'université du Québec, Ste-Foy.

Lacharité, C. (2001). Understanding fathers from disadvantaged environments. Involving Fathers. Sous la direction de G. Forget. Direction de la santé publique, Montréal, 57-61.

Articles de revue avec comité de lecture

Boulet, M.-C., Éthier, L. S., Couture, G (2004). Événements de vie et traumatismes chez les mères négligentes chroniques, Revue Santé Mentale au Québec, XXIX, 1, 9-36.

- Devault, A., Lacharité, C., Ouellet, F., Forget, G. (2004). Les pères en situation d'exclusion économique et sociale : les rejoindre et les soutenir adéquatement. Nouvelles pratiques sociales, 16(1), 45-58.
- Éthier, L.S., Couture, G., Lacharité, C. (2004). Risk factors associated with chronicity in negligence. Journal of Family Violence, Vol. 19, 1, 13-24.
- Éthier, L.S., Lacharité, C. (2001). Les causes et les effets de la négligence envers les enfants. Revue Les Sciences de l'éducation. Pour l'Ere nouvelle, Tome 2, no 2, 12-24.
- Éthier, L.S., Lemelin, J.-P., Lacharité, C. (accepté, 2004). Chronically and non-chronically maltreated children's behavior problems : a longitudinal study. International Journal of Child Abuse and Neglect. MSS # 02-204-4454.
- Lacharité, C., Éthier, L.S. (2001). Toward a comprehensive model of intervention with neglecting families. Canada's Children, Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada, 24-27.
- Lacharité, C., Éthier, L.S. (2002). Child Neglect: A serious problem in North America. Canada's Children, Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada, Winter, 18-26.
- Lalande, D., Éthier, L.S., Rivest, C., Boutet, M. (2002). Parentalité et incapacités intellectuelles : une étude pilote. Revue Francophone de la déficience intellectuelle. Volume 13, no 2, 133-155.
- Langlois, G., Éthier, L.S. (2003). Évaluation des symptômes dépressifs chez les mères négligentes chroniques en comparaison avec les mères dont la négligence est épisodique. Revue de Psychoéducation et d'Orientation, Vol, 32, no1, 31-47.

Articles de revue sans comité de lecture

- Dessureault, D., Dionne, M., Milot, T., Ethier, L., Mercure, Y., & Gagnon, D. (2003). Expérience de validation «la situation de Billy». Le club PIBE-RTS et E/O, 2(3), 1-4.
- Éthier, L.S. (2001). Les constats de la recherche et de l'intervention en négligence. Revue de droit. Université de Sherbrooke, 30(2).

Thèses et/ou mémoires dirigés par les chercheurs en lien avec cette étude

LOUISE ÉTHIER

Étudiants de 2^e cycle (Mémoire)

Boulet, Marie-Claude

L'histoire d'attachement des mères négligentes chroniques et transitoires : une étude descriptive de cas.

Grenier, Sophie (Co- Diane St-Laurent)	Étude des processus cognitifs sous-jacents à la réalisation d'activités quotidiennes chez des patients schizophrènes.
Lalande, Denise	Parentalité et déficience intellectuelle : une étude pilote.
Langlois, Geneviève	Évolution des symptômes dépressifs chez les mères négligentes chroniques et comparaison avec les mères dont la négligence est épisodique.
<u>Étudiants de 3^e cycle (Thèse)</u>	
Bouchard, Caroline (Co- Georges Tarabulsy)	La dépression, l'insensibilité maternelle et la détresse de l'enfant dans le développement de la relation désorganisée.
Calille, Sylvie	Intervention auprès des jeunes enfants maltraités : projet pilote.
Chamberlain, Marie-Line	Traumatismes maternels et comportement de l'enfant.
Desmet, Sylvie	Intervention et sensibilité maternelle chez les parents déficients intellectuels.
Leblanc, Sonia (Co- Diane St-Laurent)	Développement cognitif des enfants maltraités.
Milot, Tristan (Co- Diane St-Laurent)	Le développement émotionnel de l'enfant négligé et violenté.

CARL LACHARITÉ

Étudiants de 2^e cycle (Mémoire)

Bourassa, Marie-Josée	Le stress parental chez les parents d'enfants ayant un problème de santé mentale : facteurs explicatifs directs et indirects.
Chamberlain, Marie-Line	Lien entre le niveau de stress parental et la qualité de l'alliance parentale chez les parents ayant un enfant âgé de 4 à 6 mois.
Fréchette, Marie-Ève	Le niveau d'habiletés prosociales comme variable modératrice en ce qui a trait aux problèmes intériorisés chez les enfants maltraités.
Morel, Julie	La stabilité de l'attachement de 15 et 18 mois.

Roussy, Isabelle

Le développement émotionnel et comportemental des enfants victimes de négligence : les variations intra-familiales et inter-familiales.

Turmel, Virginie

Relation entre l'adaptation maternelle et les problèmes extériorisés et intériorisés chez les jeunes enfants maltraités.

Étudiant de 3^e cycle (Thèse)

Côté, Denise

Comparaisons des antécédents développementaux de pères vulnérables et de pères de la population générale selon le modèle élaboré par Lacharité (2003) en lien avec leurs conduites parentales.

Références

- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*.
- Azar, S.T., & Wolfe, D.A. (1989). Child abuse and neglect. In E.J. Mash & A. Barkley (sous la direction de), *Treatment of childhood disorders* (p.451-489). New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). *Inventaire de dépression de Beck, deuxième édition. Manuel*.
- Belsky, J. (1993). Etiology of Child Maltreatment: A Developmental-Ecological Analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434.
- Bigras, M., LaFrenière, P. J., & Abidin, R. R. (1996). *Indice de stress parental. Manuel. Francophone en complément à l'édition américaine*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Budd, K. S., & Greenspan, S. (1984). Mentally Retarded Mothers. In E. A. Blechman (Ed.), *Behavior Modification with Women* (pp. 477-506). New York, NY: The Guilford Press.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J.G., & Salzinger, S. (1995). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Neg.*, 22(11): 1065-1078.
- Campbell, S.B., Cohn, J.F., & Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31 (3), 349-357.
- Chaffin, M. Kelleher, K., & Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: psychiatry, substance abuse and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse and Neglect*, 20 (3), 191-203.
- Chevrier, J. M. (1989). *Épreuve individuelle d'habileté mentale*. Montréal : Institut de recherches psychologiques.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an Ecological/Transactional Model of Community Violence and Child Maltreatment: Consequences for Children's Development. *Psychiatry*, 56(1), 96-118
- Crittenden, P.M. (1993). An information-processing perspective on the behavior of neglectful parents. *Criminal-Justice-and-Behavior*, 20(1), 27-48.
- Crittenden, P.M., (1996) Research on maltreating families: Implications for intervention. Dans J. Briere, L. Berliner et coll. (eds): The APSAC Handbook on Child Maltreatment. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Crittenden, P. (1988). Family and Dyadic Patterns of Functioning in Maltreating Families. In K. Browne, C. Davies & P. Stratton (Eds.), *Early Prediction and Prevention of Child Abuse* (pp. 161-189). New York: Wiley.
- Cummings, E. M., & Cicchetti, D. (1990). Toward a Transactional Model of Relations Between Attachment and Depression. In M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.), *Attachment During Preschool Years* (pp. 339-372). Chicago: University of Chicago.
- DePanfilis, D., & Zuravin, S.J. (1999). Predicting child maltreatment recurrences during treatment. *Child Abuse and Neglect*, 23 (8), 729-473.
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of Depressed Parents: An Integrative Review. *Psychological Bulletin*, 108(1), 50-76
- Dubowitz, H. (Ed.) (1999). *Neglected children: Research, practice, & policy*. Thousand Oaks: Sage, 89 – 108.
- Egeland, B. (1988). Breaking the cycle of abuse: Implications for prediction and intervention. in Browne, K., & Davies, C. (eds) *Early Prediction and prevention of Child Abuse*, Wiley, New York, pp.87-99.
- Egeland, B., & Susman-Stillman, A. (1996). Dissociation as a Mediator of Child Abuse Across Generations. *Child Abuse and Neglect*, 20(11), 1123-1132.
- Egeland, B., Breitenbucher, M., & Rosenberg, D. (1980). Prospective Study of the Significance of Life Stress in the Etiology of Child Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(2), 195-205.
- Erickson, M., & Egeland, B. (1996). Child neglect. In J. Briere, L. Berliner, J. Bulkley, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 4-20). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Feldman, M. A. (1994). Parenting education for parents with intellectual disabilities : A review of outcome studies. *Developmental Disabilities*, 15(4), 299-332.
- Gaudin, J.M., Polansky, N.A., Kilpatrick, A.C., & Shilton, P. (1993). Loneliness, depression, stress, and social supports in neglectful families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63 (4), 597-605.
- Gelles, R.J. (2000). Treatment-resistant families in Reece, R.M., éd., *Treatment of Child Abuse: Common Ground for Mental Health, Medical and Legal Practitioner*, The John Hopkins University Press, Baltimore, 304-312.
- Georges, C., Kaplan, N. & Main. (1996). *Adult attachment interview protocol*, Unpublished Manuscript, universitu of California at Berkeley.
- Haapasalo, J., & Aaltonen, R. (1999). Child abuse potential: How persistent? *Journal of interpersonal Violence*, 14 (6), 571-585.

Herrenkolh, R. C., Herrenkolh, E. C., & Egolf, B. P. (1983). Circumstances Surrounding the Occurrence of Child Maltreatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3).

Keltner, B. (1994). Home Environments of Mothers With Mental Retardation. *Mental Retardation*, 32(2), 123-127.

Keltner, B. & Tymchyk, A.J.(1992). Reaching to mothers with mental retardation. *American Journal of Maternal Child and Nursing*, 17 (3), 136-140.

Kinard, E. M. (1996). Social Support, Competence, and Depression in Mothers of Abused Children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(3), 449-462.

Lessard, C. (2000). *Indicateurs repères sur l'application de la loi sur la protection de la jeunesse, 1993 à 1999*. Ministère de la santé et des Services Sociaux. Québec; Gouvernement du Québec.

Llewellyn, G., McConnell, D., & Ferronato, L. (2003). Prevalence and outcomes for parents with disabilities and their children in an Australian court sample. *Child Abuse and Neglect*, 27(3), 235-251.

Lieberman, A.F., Zeanah, C.H.(1999). Contributions of attachment theory to infant-parent psychotherapy and other interventions with infants and young children. In Cassidy, J., Shaver, P. R. (Eds). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (pp. 555-574). New York, NY, US: Guilford Press.

Macfie, J., Cichette, D., & Toth, S.L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology*, 13, 233-254.

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' Unresolved Traumatic Experiences Are Related to Infant Disorganized Attachment Status: Is Frightened and/or Frightening Parental Behavior the Linking Mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention* (pp. 161-182). Chicago, IL, USA: The University of Chicago Press.

Main, M.(1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2): 237-243.

Milner, J.S. (1980). *The Child Abuse Potential Inventory Manual*. Webster, NC: Press

Nelson, K. (1997). Approaches to Intervention with Chronically Neglecting Families. In S.W. Henggeler, & A.B. Santos (Éds.), *Innovative Approaches for Difficult-to-Threat Populations* (pp.83-98) Washington, DC: American Psychiatric Press.

Office des personnes handicapées du Québec (2000). Récupéré de: <http://www.ophq.gouv.qc.ca>

Pederson, D.R., Moran,G.(1996). Expressions of the attachment relationship outside of the Strange Situation. *Child-Development*. 1996 ,67(3), 915-927.

- Pianta, R., Egeland, B., & Erickson, M. F. (1989). The Antecedents of Maltreatment: Results of the Mother-Child Interaction Research Project. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect* (pp. 203-253). Cambridge, Angleterre: Cambridge University Press.
- Quinton, D. & Rutter, M. (1988) *Parenting Breakdown*, Brookfield, Avebury.
- Reiss, S. (1988). *Reiss Screen for Maladaptive Behavior Test Manual*. Orland Park, IL : International Diagnosis Systems, Inc.
- Scott, D. (1992). Early Identification of Maternal Depression as a Strategy in the Prevention of Child Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, 345-358.
- Trickett, P.K. et McBride-Chang, C. (1995). The developpemental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developpemental Review*, 15(3), 223-238.
- Tymchuk, A.J., Feldman, M.A (1991). Parents with mental retardation and their children: Review of research relevant to professional practice. *Canadian Psychology*, 1991, 32(3), 486-494.
- Tymchuk, A. J., Andron, L., & Tymchuk, M. (1990). Training Mothers With Mental Handicaps to Understand Behavioural and Developmental Principles. *Mental Handicap Research*, 3(1), 51-59.
- Vézina, A., & Bradet, R. (1990). *Validation québécoise de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales*. Research report. Québec: Université Laval.
- Wolfe, D. A. (1988). Child Abuse and Neglect. In E. J. Marsh & L. G. Terdal (Eds.), *Behavioral Assessment of Childhood Disorders* (2nd ed., pp. 401-443). New York: The Guilford Press.
- Zuravin, S. (1999). Child Abuse and Neglect. A review of definitions and measurement research. Dans Howard Dubowitz (dir.) *Neglected children. Research. Practice and policy*. London.
- Zuravin, S. (1989). Severity of maternal depression and three types of mother-to-child aggression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59 (3), 377-389.

Appendices



Événements de vie et traumatismes chez les mères négligentes chroniques

Marie-Claude Boulet*

Louise S. Éthier**

Germain Couture***

L'objectif de cette recherche est de comprendre la chronicité des comportements de négligence des mères maltraitantes vis-à-vis leur enfant. L'étude examine les événements vécus par ces mères dans leur propre enfance tel que l'abus, la séparation, le placement, le deuil, le rejet, la négligence, le manque d'amour et le renversement des rôles. Une attention particulière est apportée aux indices de traumatisme non résolu dans le discours des mères, soit la dissociation. L'hypothèse stipule que les mères présentant des problèmes chroniques de négligence évoqueront davantage d'expériences négatives et/ou des expériences négatives plus intenses vécues en bas âge comparativement aux mères chez qui ces problèmes sont transitoires. Une deuxième hypothèse propose que les indices de dissociation seront plus nombreux dans le discours des mères du groupe chronique. Suite à une étude de suivi de six années à la Protection de la Jeunesse, un échantillon de 20 mères, comprenant 10 mères négligentes chroniques et 10 mères négligentes transitoires a été étudié à l'aide de deux principaux instruments de mesure : le Child Abuse Potential Inventory (CAPI) et l'Entrevue d'attachement adulte (EAA) (Main et Goldwyn, 1998). Les expériences de l'enfance et l'ensemble du discours de l'EAA ont été codifiés selon la méthode préconisée par Main et Goldwyn (1998). Les analyses non paramétriques indiquent que les mères négligentes chroniques rapportent plus d'expériences négatives ou très négatives subies dans l'enfance que les mères négligentes transitoires. Les analyses de contenu démontrent aussi que les mères négligentes chroniques évoquent davantage les placements, les ruptures et l'abus que les mères négligentes transitoires. Les résultats de l'analyse globale de l'entrevue d'attachement selon le système de Main et Goldwyn (1998), démontrent que la majorité des mères négligentes chroniques présentent deux fois plus de traumatismes non résolus que les mères négligentes transitoires.

* Étudiante graduée, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

** Professeure titulaire, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

*** Agent de recherche et planification, Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec ; professeur associé, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

La réalisation de cette étude est rendue possible grâce au soutien du Fonds Québécois de Recherche sur la Société et la Culture (RQRSC, Rs-3459) et à la collaboration du Centre Jeunesse Mauricie-Centre du Québec.

Contexte théorique

La négligence parentale entraîne à court, moyen et long terme, de graves conséquences chez l'enfant qui la subit et ce, aux niveaux physique, psychologique et psychosocial (Brière, 1992; Djeddah et al., 2000; Hamerman et Ludwig, 2000; Lessard, 2000; Trocmé et al., 2001). Elle se définit comme étant une perturbation sévère de la relation parent-enfant, perturbation où le parent est non disponible émotionnellement à répondre aux signaux de l'enfant. Les principaux facteurs de risque de la négligence parentale sont des facteurs d'ordre socio-économique comme la pauvreté et le manque de soutien social (Black, 2000; Gelles, 2000) et des facteurs d'ordre individuel ou psychologique (Erickson et Egeland, 1996). Les facteurs individuels font référence entre autres, à des expériences vécues par le parent durant son enfance telle qu'une relation avec ses propres parents considérée comme étant peu positive, voire négligente au niveau émotionnel (Black, 2000; Erickson et Egeland, 1996), à avoir subi de la violence ou en avoir été témoin (Gelles, 2000), à avoir été abusé sexuellement, à avoir été placé en bas âge et avoir vécu des pertes de personnes significatives (Macfie et al., 1999; Main et Hesse, 1990).

La durée d'exposition aux événements négatifs ainsi que leur intensité ont une incidence sur leur potentiel traumatique de ces événements (Djeddah et al., 2000; Haapasalo et Aaltonen, 1999). Haapasalo et Aaltonen (1999) démontrent que des mères suivies par les services de protection ont vécu davantage d'expériences de rejet et d'abus psychologique dans leur enfance que les mères n'étant pas sous les services de protection. Ils rapportent aussi que les parents ayant un score élevé au CAPI (Child Abuse Potential Inventory de Milner, 1980) sont plus susceptibles d'avoir vécu de l'abus dans leur enfance.

Dans la pratique, nous observons que des parents améliorent significativement leur conduite envers l'enfant après avoir bénéficié de l'aide des services de protection. Par contre, d'autres parents ayant reçu une aide comparable continuent à mettre leur enfant en danger. Le concept de chronicité fait référence à la persistance des conduites négligentes sévères sur de longues périodes pouvant s'échelonner jusqu'à 15 ans (Cicchetti et Barnett, 1991), voire tout au long des années de parentage tandis que la « transivité » correspond à la cessation ou à la diminution significative des comportements négligents envers l'enfant suite à une période d'intervention (Éthier et Lacharité, 2001). À cet égard, Gelles (2000) considère qu'entre 10 % et 15 % des parents négligents possèdent un ensemble de caractéristiques sociales et psychologiques faisant en sorte qu'ils sont peu réceptifs aux diverses inter-

ventions et que, si un parent possède cet ensemble de caractéristiques, alors le type, l'intensité et la quantité de l'intervention ainsi que l'expérience de l'intervenant diminueraient peu ses comportements négligents, ni le danger dans lequel se trouve l'enfant.

Les événements négatifs vécus en bas âge apparaissent donc des éléments déterminants dans la chronicité des comportements de maltraitance du parent. De tels événements ont la particularité d'être potentiellement traumatisants pour la personne qui les vit. Dans le cadre du présent article, nous nous intéresserons plus particulièrement aux situations où ces traumatismes sont demeurés non résolus, c'est-à-dire un traumatisme qui n'a pas été intégré psychiquement. Ces situations peuvent être reliées à la reproduction de la négligence (avoir été négligé dans son enfance et négliger son enfant une fois devenu parent) et éventuellement nuire aux effets positifs de l'intervention.

D'un point de vue clinique, le traumatisme fait référence à une expérience de peur intense, de terreur et d'impuissance qui menace la vie de l'individu et qui peut mener à une désorganisation psychologique et comportementale. Cependant, un événement devient un traumatisme en fonction des perceptions qu'a l'individu de cet événement, selon l'individu lui-même et selon les conditions entourant cet événement. L'abus physique ou sexuel commis par une figure d'attachement est inévitablement considéré comme un traumatisme alors que les expériences de perte, telle la mort d'un proche, sont potentiellement traumatiques (Main et Hesse, 1990).

Il est fréquent qu'une personne présente des signes de dissociation mentale suite à un traumatisme (Egeland et Susman-Stillman, 1996). On définit la dissociation comme une séparation des procédés psychologiques tel que les sentiments, les souvenirs, l'identité ou les pensées qui sont habituellement intégrés (Spiegel et Cardena, 1991). La dissociation altère les sentiments, les pensées ou les actions empêchant ainsi ces informations d'être intégrées au reste du fonctionnement de l'individu (Putnam, 1993; West, 1967). En fait, lorsque le système est accablé par certains types d'informations qu'il ne peut gérer et auxquels il ne peut répondre adéquatement, il se dissocie de cette information traumatique et s'engourdit afin de ne pas la ressentir, ce qui lui permet de survivre. On croit que, normalement, l'information traumatique reste active dans la conscience jusqu'à ce que l'organisme puisse la traiter et la classer, ce qui neutralise et contrôle alors les sentiments et l'anxiété associés au traumatisme. Par contre, si un traumatisme n'est pas résolu et qu'il demeure très présent dans la conscience et dans les pensées, le système réagit par des mécanismes de défense tels que le déni et la

dissociation. Un individu qui se dissocie d'une information trop difficile à gérer est, par conséquent, désorganisé et désorienté au niveau psychique. L'intensité du traumatisme, sa durée ainsi que la fréquence à laquelle l'individu y est exposé influencent les symptômes dissociatifs (Hartman et Burgess, 1993).

La dissociation pourrait être associée à la transmission intergénérationnelle de la négligence. Une étude de Egeland et Susman-Stillman (1996) démontre que les mères perpétuant les comportements abusifs envers leurs propres enfants présentent des signes de dissociation plus élevés que les mères qui ne manifestent pas d'abus alors qu'elles en ont elles-mêmes subi. D'ailleurs, les mères ayant été abusées et qui abusent leurs enfants relatent les expériences qu'elles ont vécues en bas âge de manière contradictoire et idéalisée. Leur discours portant sur leur enfance est fragmenté, déconnecté et l'information est peu intégrée. Par exemple, ces mères ne fournissent pas des exemples congruents à la description des événements de leur enfance, ou bien elles n'ont aucun souvenir d'événements ou d'expériences vécus dans l'enfance, ou encore les exemples donnés ne correspondent aucunement à la description donnée. Ces auteurs concluent que les mères qui négligent leurs enfants semblent s'être coupées, s'être dissociées de leurs propres expériences de négligence en tant qu'enfant. Ainsi, les mères qui ont été abusées dans leur enfance et qui reproduisent l'abus lorsqu'elles deviennent parent auraient vécu plus d'expériences traumatiques et présenteraient davantage un modèle d'attachement de type évitant où les mécanismes de déni et de coupure de l'affect sont fréquemment utilisés.

Quelques auteurs (Main et Goldwyn, 1998 ; Main et Hesse, 1990 ; Adam et al., 1995) intègrent la théorie de l'attachement aux notions de traumatisme et de dissociation. Puisque le parent représente pour l'enfant une base de sécurité afin de surmonter une situation stressante ou alarmante, les événements ponctuant la relation entre l'enfant et la figure d'attachement ou altérant la qualité de cette relation sont des phénomènes ayant des répercussions sur l'attachement de l'enfant. C'est donc dire que la perte à travers la mort, la séparation, l'abus, les menaces ou autre traumatisme ainsi qu'un parent lui-même dissocié sont tous des facteurs qui sont susceptibles de modifier la représentation interne que se fait un enfant de sa relation avec le parent. A cet effet, la possibilité que les enfants abusés soient identifiés comme étant insécurisés et désorganisés est près de 80 % (Carlson et al., 1989 ; Lyons-Ruth, 1996 ; Main et Hesse, 2000). L'enfant qui a été négligé ou abusé par son parent se représentera la relation d'attachement comme étant source de colère et de méfiance. Il est pris dans un dilemme où la figure d'at-

tachement est à la fois source de protection, d'abandon et de peur. L'abus par une figure d'attachement constitue donc un traumatisme indéniable. Les autres expériences, telles que les ruptures ou les pertes de la figure d'attachement, seraient potentiellement traumatiques pour l'enfant (Adam et al, 1995 ; Main et Hesse, 1990). Un des mécanismes psychiques que l'on retrouve chez l'enfant traumatisé est la dissociation mentale. Chez l'enfant, ce mécanisme possède souvent une fonction d'adaptation au sens où l'enfant peut conserver l'image du bon parent en se coupant de ses expériences négatives. L'enfant idéalise le bon parent et se dissocie des émotions qui le font souffrir ; il peut scinder ses expériences en adoptant l'image d'un bon et d'un mauvais parent. Ce mécanisme adaptatif chez le jeune enfant deviendrait nuisible au cours du développement en ne permettant pas à l'adulte d'intégrer ses expériences, ses émotions et ses comportements.

Les effets d'un traumatisme sur le plan psychique ne semblent pas se résorber avec le temps. Au contraire, il semble qu'un grand nombre de victimes d'abus dans l'enfance ont tendance à transposer leur problème à l'âge adulte. Parmi les effets à long terme d'un traumatisme, nous retrouvons de la dissociation mentale qui se traduit par une altération des sentiments et des pensées qui nuisent au fonctionnement général de l'individu et par conséquent, au comportement parental.

Il est possible d'induire le modèle d'attachement de l'adulte à travers son discours dans l'entrevue d'attachement de l'adulte (EAA). Un modèle d'attachement permet de situer les représentations internes de la personne envers ses figures d'attachement. Les représentations internes d'un individu se construisent au fil des expériences relationnelles vécues tout au long de sa vie et, plus particulièrement, celles expérimentées en bas âge. On situe l'attachement de l'adulte selon quatre catégories : sécurisé et autonome au niveau de son attachement, évitant l'attachement et/ou les émotions relatives à l'attachement, préoccupé par ou avec l'attachement, et non-résolu/désorganisé en ce qui a trait à des expériences de perte ou d'abus (Main, 1996 ; Adam et al., 1995). Les processus mentaux d'un individu en regard à l'attachement sont généralement organisés en référence aux figures d'attachement présentes au cours de sa vie, mais surtout celles présentes dans l'enfance. Une perte de la figure d'attachement ou une expérience fort négative vécue en bas âge intervenant dans la relation d'attachement altère cette organisation mentale et cela pourra être perçu dans le discours (Main et Goldwyn, 1998 ; Main, 1996 ; Main et Hesse, 1990).

L'objectif de cet article vise à mieux comprendre les expériences de vie des mères qui présentent un profil de négligence chronique, c'est-

à-dire des conduites négligentes graves envers l'enfant sur plusieurs années malgré les efforts d'intervention déployés par les services de protection. Nous sommes intéressés plus particulièrement aux indices de dissociation à travers le discours utilisé par la mère lorsqu'elle raconte ses expériences vécues dans l'enfance, particulièrement en ce qui a trait aux expériences traumatiques. Cette étude est effectuée à l'aide de l'entrevue sur l'attachement de l'adulte (Main et Goldwyn, 1998), en explorant les expériences vécues par les mères négligentes dans leur enfance avec leurs figures d'attachement et en portant une attention particulière aux expériences de perte, de séparation et d'abus n'étant pas résolues (c'est-à-dire des expériences rapportées dans un discours comportant des indices de dissociation). La comparaison entre les résultats obtenus auprès de mères négligentes chroniques et ceux de mères négligentes transitoires permettra de vérifier si la non-résolution de traumatismes vécus pendant l'enfance peut être associée à la chronicité de la négligence. Nous posons l'hypothèse que les mères négligentes chroniques rapporteront plus d'expériences négatives et/ou des expériences négatives intenses vécues dans leur enfance que les mères négligentes transitoires. Nous posons également l'hypothèse que les mères négligentes chroniques rapporteront plus d'indices de traumatismes non résolus que les mères négligentes transitoires. De plus, sur une base exploratoire, cette recherche s'intéresse aux modèles d'attachement des mères en relation à la chronicité de la négligence. Nous stipulons, à l'instar des travaux de Egeland et al. (1996), que les mères dont le modèle d'attachement est l'évitement (type évitant) seront plus nombreuses dans le groupe chronique.

Méthode

Choix des participantes et classification

Dans cette recherche, 20 participantes sont mises à l'étude : dix mères négligentes chroniques et dix mères négligentes transitoires. Les participantes, qui ont volontairement collaboré, proviennent d'une étude de suivi menée par Éthier et al. (1995) auprès de 83 familles présentant des conduites sévères de négligence et de violence occasionnelle. Les répondantes ont été recrutées initialement par les services de protection, soit le Centre Jeunesse Mauricie et Centre-du-Québec (CJMCCQ). Outre le dossier en protection, ces familles faisaient preuve, au moment de leur recrutement, d'abus et/ou de négligence sévère comme l'indiquent leurs résultats à l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales (ICBE) de Magura et Moses (1984), traduit et adapté en français par Vézina et Bradet (1992).

Six ans après le recrutement initial, les participantes furent classées dans les catégories négligence transitoire et négligence chronique selon un double critère évaluant leur évolution suite à l'intervention, soit leur score au CAPI (Child Abuse Potential Inventory) et leur dossier au Centre Jeunesse. Ont été considérées transitoires les mères dont le score à l'échelle globale du CAPI est dit normal (166 et moins selon les normes proposées par Milner, 1980) et dont le dossier en protection est inactif depuis plus de 4 mois. Les mères possédant un potentiel d'abus élevé au CAPI (plus de 166, correspondant au centile 95) furent classées dans la catégorie chronique. De plus, leur dossier en protection demeure ouvert étant donné le risque d'abus encore présent et ce, même après qu'il y ait eu intervention. Aux fins de la présente étude, les 20 mères participantes ont été sélectionnées au hasard dans chacune de leur catégorie au sein de l'échantillon de l'étude initiale.

Instruments de mesure

Child abuse potential inventory (CAPI). Élaboré par Milner en 1980 et traduit en français par Palacio-Quintin en 1992 pour la population québécoise, le CAPI est l'un des instruments les plus utilisés dans les études concernant les mauvais traitements envers les enfants, qu'il s'agisse de violence physique ou de négligence. Il contient 160 items dont 50 portent directement sur l'abus et la négligence. Les items sont formulés sous forme d'énoncés avec lesquels le participant se dit en accord ou en désaccord. La correction conduit à l'attribution d'un score global de potentiel d'abus et six scores des sous-échelles suivantes : problèmes avec les autres, problèmes avec la famille, problèmes avec les enfants, tristesse, rigidité et détresse.

Questionnaire sociodémographique. Un bref questionnaire d'Éthier et al. (1992) a été utilisé afin d'organiser et de standardiser l'information concernant la composition de la famille et les caractéristiques de ses membres tel que l'âge, l'éducation, le travail, le revenu, le nombre d'enfant, le statut conjugal.

Entrevue d'attachement de l'adulte (EAA). L'entrevue d'attachement de l'adulte de George et al. (1996) et Main et Goldwyn, (1998) est une entrevue semi-structurée comportant une vingtaine de questions nécessitant environ 90 minutes de passation. Le répondant est appelé à parler de son histoire familiale, des pertes significatives qu'il a vécues, de la violence et de l'abus subis, de ses principales figures d'attachement et de la relation qu'il a entretenue avec chacune d'elle à travers diverses expériences de vie. Cet instrument permet de situer le participant dans l'une des quatre catégories générales qualifiant l'attachement :

sécurisé-autonome, évitant, préoccupé et non-résolu/désorganisé. Pour ce faire, le juge se base sur la cohérence du discours de l'entrevue et sur les diverses échelles de cotation du système. En deuxième lieu, l'EAA permet d'identifier les événements de vie et les traumatismes non résolus en cotant le type et l'intensité des événements vécus dans l'enfance et les indices de dissociation dans le discours lorsque la personne rapporte des événements potentiellement traumatisants. Pour ce faire, l'EAA utilise 2 catégories d'échelles. La première catégorie regroupe les principaux événements de vie encourus durant l'enfance : amour, rejet, négligence, renversement des rôles et pression à la performance. La seconde catégorie d'échelle correspond à la non-résolution des expériences d'abus et de deuil. À toutes les échelles de chaque catégorie, le répondant obtient un score de un à neuf (1-3-5-9), un étant l'absence de ce type d'expérience et neuf, la très forte présence de ce type d'expérience. Une cote au-dessus de 5 signifie généralement qu'il y a un manque de résolution, donc dissociation face à un traumatisme. Divers auteurs ont su prouver qu'il n'y a pas de liens entre l'EAA et les tests d'intelligence (Bakermans-Kranenburg et van IJzendoorn, 1993 ; Rosenstein et Horowitz, 1993 ; Sagi et al., 1994 ; Ward et Carlson, 1995 ; Crowell et al., 1996) et qu'il n'existe pas de relations significatives entre les classifications de l'EAA et le style du discours, la désirabilité sociale, le niveau de scolarisation, ni les variables démographiques. (Crowell et al., 1996). Van IJzendoorn (1995) évalue à 78 % le taux d'accord inter-juges du EAA sur 1997 protocoles étudiés.

Traitement des données

Les entrevues de l'attachement de l'adulte ont été effectuées par deux professionnelles possédant une formation spécifique à cet effet. Les entrevues ont été réalisées auprès des mères dans un local de recherche, permettant ainsi une plus grande discrétion qu'à domicile. Les entrevues ont été enregistrées sur bande audio ou vidéo, puis leur contenu a été retranscrit au traitement de texte. Ces retranscriptions ont été utilisées de deux façons différentes ; 1) Le contenu global du discours a été analysé selon la procédure habituelle préconisée par Main et Goldwyn (1998)¹ en vue de l'attribution d'un style d'attachement à chacune des participantes. La codification a été effectuée à l'aveugle, sans que le chercheur connaisse le groupe d'appartenance des mères. 2) Les retranscriptions des entrevues ont également été utilisées pour le traitement par analyse de contenu effectuée à l'aide du logiciel Atlas-TI. Ce logiciel, élaboré en 1997 par Thomas Muhr, permet l'analyse de grandes quantités de données sous forme textuelle, audio et vidéo. Il comporte une série d'outils qui rendent possible la segmentation et la cotation de

texte. Parallèlement, le logiciel peut créer des réseaux et des hiérarchies avec les cotes, il peut les comparer et on peut aussi ajouter au texte des commentaires, des mémos, du texte secondaire, etc.

La grille de cotation de cette étude porte sur les expériences et la non-résolution des traumatismes perçus dans le discours des mères durant l'EAA et respecte grandement le système de cotation de Main et Goldwyn (1998). La grille a été incorporée au logiciel Atlas-TI comme base de codification des contenus. Par souci d'adaptation de cette étude à la population négligente, l'échelle pression à la performance n'a pas été retenue et les cotes deuil, abus, violence dans le couple parental, placement et rupture/séparation ont été ajoutées à la grille de cotation. La retranscription du discours de chaque mère a été analysée selon cette grille. De cette façon, chaque partie de discours relative à un événement de vie, par exemple, était cotée selon la grille puis inventoriée par l'intermédiaire des fonctions du logiciel. Une étude pilote a été réalisée afin de tester la validité de la grille de cotation utilisée avec Atlas-TI. Un accord inter-juges n'a pas été réalisé étant donné que l'auteure principale était seule à assigner des cotes à chacun des verbatim. Toutefois, l'assignation des cotes globales aux diverses catégories d'événements présente un taux d'accord intra-juge de 76 %. L'appartenance d'une mère donnée au groupe chronique ou transitoire n'était pas connue au moment de la codification.

Afin de faciliter les analyses statistiques, les expériences de vie de la grille de cotation ont été regroupées en cinq catégories (voir annexe A). La catégorie des expériences favorables ou très favorables fait référence à la forte ou à la très forte présence des comportements aimants et à l'absence des comportements de rejet, de renversement des rôles et de négligence envers l'enfant. Les expériences négatives ou très négatives regroupent les comportements intenses et très intenses de rejet, de négligence et de renversement des rôles et font référence à la faible présence des comportements aimants envers l'enfant. Les expériences plus ou moins négatives se rapportent à l'intensité moyenne des comportements de chaque échelle. Pour sa part, la catégorie de présence de traumatisme fait référence aux expériences de deuil et d'abus qui comportaient des indices de dissociation lorsque racontées².

Résultats

Analyse du discours des mères avec l'aide du logiciel Atlas-TI

Les données recueillies ont été soumises à des analyses non-paramétriques (U de Mann-Whitney) et des analyses de distribution de fréquences (Chi²). Une première analyse indique que les mères négli-

gentes chroniques ont significativement plus de cotes au total (rang moyen = 13,10) que les mères négligentes transitoires (rang moyen = 7,90) avec $U = 24,0$; $p = 0,0245$. En ce qui concerne le nombre de cotes aux expériences négatives et/ou très négatives, les mères négligentes chroniques obtiennent un rang moyen de 13,20, alors que les mères négligentes transitoires ont un rang moyen de 7,80. Cette différence se révèle donc significative avec $U = 23,0$ et $p = 0,0205$. On retrouve la même différence pour la cotation aux ruptures, aux placements et aux abus, soit un rang moyen de 13,20 pour le groupe chronique et de 7,80 pour le groupe transitoire avec $U = 23,0$; $p = 0,0125$. En d'autres termes, les mères négligentes chroniques ont vécu significativement plus d'abus, de placements et de ruptures avec des figures d'attachement dans leur enfance que les mères négligentes transitoires.

Pour le score total de la variable présence d'indices de traumatisme, le rang moyen des mères négligentes chroniques est de 12,35 et celui des mères négligentes transitoires est de 8,65, $U = 31,5$ et $p = 0,079$. Bien que la différence ne soit pas statistiquement significative, elle est marginale et mérite qu'on s'y attarde. Il est probable qu'une augmentation du nombre de mères dans l'étude confirmerait la tendance, à savoir que les mères négligentes chroniques présentent plus d'indices de traumatisme ou de dissociation que les mères négligentes transitoires.

D'autres variables présentent aussi des différences qui ne sont pas significatives statistiquement, mais qui par contre peuvent être intéressantes. Par exemple pour la variable abus (abus sexuel et violence) avec présence de traumatisme, le rang moyen des mères négligentes chroniques est de 3,9 et celui des mères négligentes transitoires est de 1,4, $U = 33$ et $p = 0,0795$. En ce qui concerne la variable deuil avec présence de traumatisme, les mères négligentes chroniques ont un rang moyen de 3,6 et les mères négligentes transitoires ont un rang moyen de 2,1 avec $U = 34$ et $p = 0,1085$. On constate donc une «tendance» à associer davantage le traumatisme aux événements d'abus sexuels et de violence et moins aux événements reliés aux pertes et aux deuils.

Analyse globale de l'entrevue de l'attachement de l'adulte (EAA)

Selon le système de codification de Main et Goldwyn (1998) on attribue au discours des mères un style d'attachement et s'il y a présence de traumatismes non résolus. Les mères du groupe chronique présentent des indices de traumatisme non résolu à 50 % contrairement à 25 % pour celle du groupe transitoire. Les participantes du groupe chronique ont, à 60 %, un style d'attachement préoccupé et 40 % sont de style évitant.

Chez les mères négligentes transitoires, 40 % d'entre elles ont un style d'attachement préoccupé et 40 % possèdent un style évitant. Aucune mère du groupe chronique n'a un style d'attachement sécurisant alors que 20 % du groupe transitoire présente un style sécurisant. Étant donné le faible nombre de participantes, nous ne sommes pas en mesure d'identifier un modèle d'attachement en lien avec la chronicité. Ce n'est donc pas la catégorie d'attachement qui ressort dans cette étude, mais plutôt la non-résolution du traumatisme.

Tableau 1
Répartition des styles d'attachement
chez les mères négligentes chroniques et transitoires

	Styles d'attachement			
	Sécuré	Évitant	Préoccupé	Trauma non résolu
Mères négligentes chroniques (N = 10)	0 %	40 %	60 %	50 %
Mères négligentes transitoires (N = 10)	20 %	40 %	40 %	25 %
Total (N = 20)	10 %	40 %	50 %	35 %

Au niveau des données démographiques, il y a lieu de constater qu'elles sont pratiquement équivalentes dans les 2 groupes de participantes, sauf en ce qui concerne le type de famille. Soixante-dix pour cent (70 %) des mères négligentes chroniques vivent depuis au moins 6 mois avec un conjoint alors que 90 % des mères négligentes transitoires sont monoparentales.

Tableau 2
 Comparaison des données démographiques entre le groupe de mères négligentes transitoires et le groupe de mères négligentes chroniques au temps de recrutement.

	Mères chroniques (n = 10)		Mères transitoires (n = 10)		(2-tailed p)
	M	s	M	s	
Âge de la mère	28,2	5,5	28,9	4,3	0,32
Scolarité	9,3	2,7	9,6	2	0,28
Nombre d'enfants	2	1,2	1,8	0,92	0,41
	N	%	N	%	c2 (2-tailed p)
Mère vivant avec un conjoint depuis plus de 6 mois	7	70	1	10	7,5**
Mère monoparentale	3	30	9	90	7,5**
Sans emploi	5	50	5	50	0
Ayant un emploi	5	50	5	50	0
Revenu annuel (\$CA)					
10 000 \$ à 14 999 \$	0	0	0	0	
15 000 \$ à 24 999 \$	7	70	9	90	1,25
25 000 \$ et plus	3	30	1	10	1,25 **

p < .01

Discussion

Cette étude permet de mieux comprendre ce qui différencie la négligence chronique de la négligence transitoire, comprendre pourquoi, même après six années d'intervention de la part des services de protection, des mères continuent de mettre leur enfant en danger alors que d'autres cessent leur conduite négligente. Cette recherche accorde une attention particulière au potentiel traumatique des expériences de vie des mères négligentes.

Les résultats des analyses statistiques, portant sur le contenu des entrevues d'attachement démontrent que les mères du groupe chronique rapportent davantage d'expériences négatives et potentiellement traumatisantes que les mères du groupe transitoire. Ce résultat ne signifie pas qu'elles ont réellement vécu plus d'événements difficiles car il ne s'agit pas ici d'une analyse de fréquence des comportements vécus proprement dits, mais bien que, dans un contexte d'entrevue semi-structurée portant sur la relation avec leur figure d'attachement, les mères négligentes chroniques relatent spontanément plus ce genre de

souvenir. Par ailleurs, les analyses de contenu démontrent que les mères négligentes chroniques rapportent significativement plus d'événements de vie négatifs ou très négatifs, d'expériences de ruptures, de placements et d'abus comparativement aux mères négligentes transitoires. En général, les participantes du groupe chronique ont plus de cote au total, ce qui signifie qu'elles ont rapporté avoir vécu dans l'enfance un plus vaste éventail d'expériences négatives que les mères du groupe transitoire.

Les résultats de cette recherche appuient en partie les hypothèses proposées. Les résultats obtenus à l'analyse de contenu à l'aide du logiciel Atlas-TI démontrent que les mères considérées comme étant négligentes de façon chronique rapportent plus d'événements négatifs potentiellement traumatisants vécus dans l'enfance, mais elles ne rapportent pas significativement plus d'indices de dissociation. Pour ce qui est du style d'attachement, en tenant compte « de l'analyse globale du discours » à l'entrevue d'attachement (selon la méthode préconisée par Main et al., 1998), il nous est donné de constater qu'aucune des mères interviewées ne possède un style d'attachement sécurisant, comparativement à 20 % chez les mères du groupe transitoire. Contrairement à l'étude de Egeland et al. (1996), nos données ne font pas ressortir de liens entre le modèle d'attachement évitant et l'abus chronique. Encore une fois ici, le petit nombre de participantes pourrait expliquer ce résultat. Cependant, notre étude confirme la fréquence plus élevée de traumatismes non résolus pour les parents chroniques. En d'autres termes, les mères qui présentent toujours un potentiel d'abus après six années passées sous les services à la protection de la jeunesse présentent toutes un modèle d'attachement insécurisé et, comparativement aux mères dont les enfants ne sont plus en protection, elles sont deux fois plus nombreuses à présenter un discours dissocié, indiquant une non-résolution des traumatismes de l'enfance.

Ce qui ressort de notre étude est le fait que les mères négligentes chroniques ont une grande difficulté à intégrer sur le plan psychique les expériences de leur enfance. Théoriquement, cette difficulté d'intégration de l'expérience traumatique mènerait à divers mécanismes de défense. Dans cette étude nous avons démontré que les mères négligentes chroniques, en comparaison avec celles qui profitent davantage des interventions psychosociales offertes en Centres jeunesse, présentent plus de traumatismes non résolus. Le parent qui a vécu une expérience traumatisante dans son enfance, a dû, pour survivre, développer des mécanismes psychiques tel que la dissociation mentale, ce qui nuit considérablement à la qualité des relations affectives ultérieures et au

comportement parental. Nous devons poursuivre notre étude afin de mieux comprendre comment le parent dissocié se comporte avec son enfant et quels en sont les effets sur le développement de l'enfant. Ainsi, nous serons plus en mesure de comprendre, du moins en partie, la transmission intergénérationnelle de l'abus.

Les résultats de cette étude peuvent éventuellement mener vers une réflexion quant à l'élaboration de certains programmes d'intervention offerts aux parents dont la négligence perdure. Rappelons ici que les interventions conventionnelles se sont révélées peu profitables auprès de la population de parents chroniques (Gelles, 2000). En effet, la majorité des programmes d'intervention existant au Québec mettent l'accent sur les habilités parentales, le soutien social et matériel du parent. À la lumière des données présentées dans cette étude, il est possible de concevoir qu'un programme d'intervention pour des parents négligents chroniques pourrait augmenter son efficacité en y intégrant une aide portant sur l'histoire individuelle, voire des interventions sur les éléments psychiques en lien avec la transmission de l'abus. Un tel programme devrait tenir compte et traiter, advenant le cas, des traumatismes non résolus. En fait, les événements de vie vécus par la mère dans son enfance et l'aspect traumatique de ces événements jouent un rôle central dans la capacité de la personne à assumer son rôle de parent et sur la possibilité qu'une intervention visant l'amélioration de la relation parentale puisse être efficace.

Notes

1. Nous remercions madame Jocelyne Gagnon, Ph.D. accréditée par Mary Main (1999) pour codifier l'entrevue de l'attachement adulte (EAA).
2. Par exemples, indications de confusion entre la personne décédée et la personne elle-même « je suis morte quand mon père avait 14 ans » ; Il est mort et... (silence de 52 secondes). Changement soudain de sujet, associations bizarres entre deux contenus (Main et Goldwyn, 1998).

Références

- ADAM, K. S., SHELDON KELLER, A. E., WEST, M., 1995, Attachment organization and vulnerability to loss, separation, and abuse in disturbed adolescents in Golberg, S., Muer, R., Verr, J., édés., *Attachment Theory — Social, Developmental and Clinical Perspectives*, The Analytic Press, London, 309-341
- BAKERSMAN-KRANENBURG, M. J., VAN IJENDOORN, M. H., 1993, A psychometric study of the Adult Attachment Interview : Reliability and discriminant validity, *Developmental Psychology*, 29, 870-879.

- BLACK, M. M., 2000, Child neglect in Reece, R. M., éd., *Treatment of Child Abuse: Common Ground for Mental Health, Medical, and Legal Practitioners*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 157-163.
- BRIÈRE, J. N., 1992, *Child Abuse Trauma; Theory and Treatment of the Lasting Effects*, Sage Publications, Newbury Park, 204 p.
- CARLSON, V., CICCETTI, D., BARNETT, D., BRAUNWALD, K., 1989, Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants, *Developmental Psychology*, 25, 4, 525-531.
- CICCETTI, D., BARNETT, D., 1991, Toward the development of a scientific nosology of child maltreatment in Grove, W. M., Cicchetti, D., éd., *Thinking Clearly About Psychology* (vol. 2), University of Minnesota Press, Minneapolis, 346-377.
- CROWELL, J. A., WATERS, E., TREBOUX, D., O'CONNOR, E., COLON-DOWNS, C., FEIDER, O., GOLBY, B., POSADA, G., 1996, Discriminant validity of the adult attachment interview, *Child Development*, 67, 2584-2599.
- DJEDDAH, C., FACCHIN, P., RANZATO, C., ROMER, C., 2000, Child abuse : Current problems and key public health challenges. *XVth International Conference on the Social Sciences and Medicine : Societies and Health in Transition, Social Science and Medicine*, 51, 905-915.
- EGELAND, B., SUSMAN-STILLMAN, A., 1996, Dissociation as a mediator of child abuse across generations, *Child Abuse and Neglect*, 20, 11, 1123-1132.
- ERICKSON, M., EGELAND, B., 1996, CHILD NEGLECT IN BRIÈRE, J., BERLINER, L., BULKLEY, J. A., JENNY, C., REID, T., éd., *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, Sage Publications, Thousand Oaks, 4-20.
- ÉTHIER, L. S., LACHARITÉ, C., DESAULNIERS, R., 1992, *Questionnaire socio-démographique*, Gredef, UQTR.
- ÉTHIER, L. S., LACHARITÉ, C., GAGNIER, J. P., COUTURE, G., 1995, *Le programme d'aide personnel, familial et communautaire (PAPFC) appliqué aux familles à risque de négligence parentale*, Document de recherche non publié, Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille (GREDEF), Université du Québec à Trois-Rivières.
- ÉTHIER, L. S., LACHARITÉ, C., 2001, *Risk factors associated with the Chronocity of high potential abuse and neglect. VIII European Conference in Child Abuse and Neglect*. Istanbul, Turquie.
- GELLES, R. J., 2000, Treatment-resistant families in Reece, R. M., éd., *Treatment of Child Abuse: Common Ground for Mental Health, Medical, and Legal Practitioner*, The John Hopkins University Press, Baltimore, 304-312.

- GEORGES, C., KAPLAN, N., MAIN, M., 1996, *Adult Attachment Interview Protocol*, Unpublished Manuscript, University of California at Berkeley.
- HAAPASALO, J., AALTONEN, T., 1999, Child abuse potential, how persistent?, *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 6, 571-585.
- HAMERMAN, S., LUDWIG, S., 2000, Emotional abuse and neglect in Reece, R. M., éd., *Treatment of Child Abuse: Common Ground for Mental Health, Medical, and Legal Practitioners*, The John Hopkins University Press, Baltimore, 201-210.
- HARTMAN, C. R., BURGESS, A. W., 1993, Information processing of trauma, *Child Abuse and Neglect*, 17, 47-58.
- LESSARD, C., 2000, *Indicateurs repères sur l'application de la loi sur la protection de la jeunesse 1993-1994 à 1998-1999*, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- LYONS-RUTH, K. L., 1996, Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment strategies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1, 520-554.
- MACFIE, J., TOTTH, S. L., ROGOSH, F. A., ROBINSON, J., EMDE, R. N., CICCETTI, D., 1999, Effect of maltreatment on preschoolers' narrative representations of response to relieve distress and of role reversal, *Developmental Psychology*, 35, 460-465.
- MAGURA, S., MOSES, B. S., 1984, *Outcome measures for child welfare services. Theory and applications*, Child Welfare League of America, Washington, DC.
- MAIN, M., 1996, Introduction to a special section on attachment and psychopathology, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 2, 237-243.
- MAIN, M., GOLDWYN, R., 1998, *Adult Attachment Scoring and Classification Systems (version 6,3)*, Document inédit, U. C. Berkeley.
- MAIN, M., HESSE, E., 2000, Disorganized infant, child, and adult attachment: collapse un behavioral strategies, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 4, 1097-1127.
- MAIN, M., HESSE, E., 1990, Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? in Greenberg, M. T., Cicchetti, D., Cummings, E. M., éd., *Attachment in the Preschool Years*, The University of Chicago Press, 161-182.

- MILNER, J. S., 1980, *The Child Abuse Potential Inventory Manual*, Psytec, Webster.
- MAIN, M., GOLDWYN, R., 1998, *Adult Attachment Scoring and Classification Systems (version 6,3)*, Document inédit, U. C. Berkeley.
- ROSENSTEINM, D. S., HOROWITZ, H. A., 1996, Adolescent attachment and psychopathology, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 3, 244-249.
- SAGI, A., VAN IJENDOORN, M. H., SCHARF, M., KOREN-KARIE, N., JOELS, T., MAYSELESS, O., 1994, Stability and discriminant validity of the adult attachment interview: A psychometric study in young israeli adults, *Developmental Psychology*, 30, 771-777.
- SPIEGEL, D., CARDENA, E., 1991, Disintegrated experiences: The dissociative disorders revisited, *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 3, 366-378.
- TROCMÉ, N. M., MACLAURIN, B. J., FALLON, B. A., 2001, Canadian incidence study of reported child abuse and neglect: Methodology, *Canadian Journal of Public Health*, 92, 4, 259-263.
- VAN IJENDOORN, M., H., 1995, Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview, *Psychological Bulletin*, 117, 3, 387-403.
- VÉZINA, A., BRADET, R., 1992, Validation québécoise de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales, *Science et Comportement*, 22, 3-4, 233-251.
- WARD, M. J., CARLSON, E. A., 1995, The predictive validity of the adult attachment interview for adolescent mothers, *Child Development*, 66, 69-79.

ANNEXE A

- 1) Expériences favorables ou très favorables :
 - a) Pas de manque d'attention (score 1 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - b) Pas du tout rejetant (score 1 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - c) Aimant (score 7 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - d) Très aimant (score 9 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - e) Le bien-être des parents n'est pas une préoccupation de l'enfant (score 1 selon Main et Goldwyn, 1998)
- 2) Expériences négatives ou très négatives :
 - a) Inattentif (score 5 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - b) Négligent (score 7 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - c) Extrêmement négligent (score 9 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - d) Moyennement (modérément) rejetant (score 5 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - e) Rejetant (score 7 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - f) Extrêmement rejetant (score 9 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - g) Manque d'amour (score 1 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - h) Amour instrumental (score 3 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - i) Faibles indices d'amour (score 5 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - j) Parent a implicitement ou explicitement besoin de l'enfant (score 5 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - k) Début de renversement des rôles (score 7 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - l) Renversement des rôles, besoin extrême de l'enfant (score 9 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - m) Ruptures/séparations
 - n) Placement
 - o) Deuil
 - p) Abus
 - q) Violence dans le couple parental
- 3) Expériences plus ou moins négatives :
 - a) un peu inattentif (score 3 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - b) un peu rejetant (score 3 selon Main et Goldwyn, 1998)
 - c) faible préoccupation, attention excessive envers le parent par moments, mais le parent n'a pas besoin de l'enfant et n'est pas la responsabilité de l'enfant (score 3 selon Main et Goldwyn, 1998)
- 4) Présence de traumatisme :
 - a) Deuil ; faibles indices de désorganisation/désorientation (score 3 selon Main et Goldwyn, 1998)

- b) Deuil ; indices de désorganisation/désorientation (score 5 selon Main et Goldwyn, 1998)
- c) Deuil ; désorganisation/désorientation évidente (score 7 selon Main et Goldwyn, 1998)
- d) Deuil ; désorganisation/désorientation marquée (score 9 selon Main et Goldwyn, 1998)
- e) Abus ; faibles indices de désorganisation/désorientation (score 3 selon Main et Goldwyn, 1998)
- f) Abus ; indices de désorganisation/désorientation (score 5 selon Main et Goldwyn, 1998)
- g) Abus ; désorganisation/désorientation évidente (score 7 selon Main et Goldwyn, 1998)
- h) Abus ; désorganisation/désorientation marquée (score 9 selon Main et Goldwyn, 1998)

ABSTRACT**Life events and trauma in chronic negligent mothers**

The present study examines more closely the chronic behaviors of maltreating mothers. Events that these mothers have experienced during childhood are examined, experiences including abuse, placement, separation, bereavement, rejection, neglect, lack of love and role reversal. Signs of unresolved trauma found in the discourse of mothers, such as dissociation, are also studied. It is proposed that negligent mothers from the chronic group will evoke more negative experiences and/or more intense negative experiences which occurred during childhood than the mothers from the transitory group. The chronic group will also show more signs of dissociation. From a six years follow-up study, a sample of 20 mothers was recruited from the Child Protection Services, including the cases of 10 chronic maltreating mothers and 10 transitory maltreating mothers. Two main measures were used: the Child Abuse Potential Inventory (CAPI) and the Adult Attachment Interview (AAI) (Main et Goldwyn, 1998). The experiences from childhood and complete discourse in AAI were analysed with the method used by Main et Goldwyn (1998). Non parametric analysis indicate that mothers from the chronic group evoke more negative and very negative childhood experiences than the mothers from the transitory group. Content analysis show that chronic maltreating mothers relate having gone through more potentially traumatic events such as foster care placements, separations and abuse. The analysis of the Adult Attachment Interview according to Main and Goldwyn's system demonstrate that the majority of the chronic maltreating mothers have two times more unresolved traumas.

RESUMEN**Sucesos de la vida y traumas en las madres negligentes crónicas.**

El objetivo de esta investigación es comprender lo crónico de los comportamientos de negligencia de las madres que maltratan a sus hijos. El estudio examina los eventos vividos por estas madres durante su propia infancia, tales como el abuso, la separación, el internamiento, el duelo, el rechazo, la negligencia, la falta de amor y la inversión de roles. Se pone atención particular en los índices de trauma no resuelto en el discurso de las madres, es decir, la disociación. La hipótesis estipula que las madres que presentan problemas crónicos de negligencia evocan, comparativamente, más experiencias negativas y/o experiencias negativas más intensas, vividas a edad temprana, que las madres en las que

estos problemas son transitorios. Una segunda hipótesis propone que los índices de disociación son más numerosos en el discurso de las madres del grupo crónico. Después de un estudio de seguimiento de seis años en la Protección del Menor, se analizó, con ayuda de dos instrumentos de medida principales: el Inventario de Abuso Potencial del Menor (Child Abuse Potential Inventory, CAPI) y la Entrevista de Apego del Adulto (Entrevue d'attachement adulte, EAA) (Main y Goldwyn, 1998), una muestra de 20 madres, que comprendía 10 madres negligentes crónicas y 10 madres negligentes transitorias. Las experiencias de la infancia y el conjunto de discursos de la EAA fueron codificados según el método preconizado por Main y Goldwyn (1998). Los análisis no paramétricos indican que las madres negligentes crónicas cuentan con más experiencias negativas o muy negativas, sufridas en la infancia, que las madres negligentes transitorias. Los análisis del contenido demuestran también que las madres negligentes evocan más los internamientos, las rupturas y el abuso que las madres negligentes transitorias. Los resultados globales del análisis de la Entrevista de Apego del Adulto según el sistema de Main et Goldwyn (1998), demuestran que la mayoría de las madres negligentes crónicas presentan dos veces más de traumas no resueltos que las madres negligentes transitorias.

RESUMO

Acontecimentos de vida e traumatismos nas mães negligentes crônicas

O objetivo desta pesquisa é compreender a cronicidade dos comportamentos de negligência das mães que maltratam seus filhos. O estudo examina os acontecimentos vivenciados por estas mães em sua própria infância como abuso, separação, adoção, falecimento, rejeição, negligência, falta de amor e inversão de papéis. Uma atenção particular é dada aos índices de traumatismo não resolvido no discurso das mães, ou seja, a dissociação. A hipótese estipula que as mães que apresentam problemas crônicos de negligência evocarão mais as experiências negativas ou as experiências negativas mais intensas vivenciadas durante a infância, em comparação com as mães nas quais estes problemas são transitórios. Uma segunda hipótese propõe que os índices de dissociação serão maiores nos discursos das mães do grupo crônico. Após um estudo de acompanhamento, com a duração de seis anos na Proteção da Criança e do Adolescente, uma amostragem de vinte mães, incluindo dez mães negligentes crônicas e dez mães negligentes transitórias foi estudada com ajuda de dois principais instrumentos de medida: o Child Abuse Potential Inventory (CAPI) e a Entrevue d'attachement adulte –

entrevista que avalia o conteúdo e a coerência de lembranças dos adultos com respeito a suas experiências de primeiro vínculo (EAA) (Main e Goldwyn, 1998). As experiências da infância e o discurso da EAA em sua totalidade foram codificados segundo o método preconizado por Main e Goldwyn (1998). As análises não paramétricas indicam que as mães negligentes crônicas trazem mais experiências negativas ou muito negativas vivenciadas na infância que as mães negligentes transitórias. As análises de conteúdo demonstram também que as mães negligentes crônicas evocam mais as adoções, as rupturas e os abusos que as mães negligentes transitórias. Os resultados da análise global da entrevista de vínculo, de acordo com o sistema de Main e Goldwyn (1998), demonstram que a maioria das mães negligentes crônicas apresentam duas vezes mais traumatismos não resolvidos que as mães negligentes transitórias.

Évolution des symptômes dépressifs chez les mères négligentes chroniques en comparaison avec les mères dont la négligence est transitoire

**Geneviève
Langlois¹
Louise S. Éthier¹**

1. Université du Québec à
Trois-Rivières

La réalisation de cette étude est rendue possible grâce au soutien du Fonds Québécois de Recherche sur la Société et la Culture (FQRSC, Rs-3459).

Adresse de correspondance:
Louise S. Éthier, PhD.
Groupe de recherche et
d'intervention en négligence.
Département de Psychologie,
Université du Québec à Trois-
Rivières
3351, Boulevard des Forges
C.P. 500, Trois-Rivières (QC),
Canada G9A 5H7
Téléphone : (819) 376-5156
Fax : (819) 376-5195
Courriel :
Louise_Ethier@uqtr.ca

Résumé

Cette étude clinique fait partie d'un suivi longitudinal de 1992 à 1998, portant sur 55 mères gravement négligentes envers leur enfant. L'objectif est d'étudier l'évolution du niveau de dépression chez les mères dont la négligence est chronique en comparaison avec celle des mères dont la négligence est épisodique ou transitoire. Les mères de notre étude, inscrites à la protection de la jeunesse et en CLSC, ont été évaluées à domicile, à trois reprises, soient en 1992, 1995 et 1998. L'inventaire de dépression de Beck et al. (1961) est l'instrument utilisé pour évaluer l'intensité des symptômes dépressifs des mères des deux groupes respectifs. Les résultats démontrent que le niveau de dépression des mères négligentes CH est généralement plus élevé que celui des mères TR et qu'il y a une diminution du niveau de dépression à travers le temps pour l'ensemble des mères de l'échantillon. Les mères négligentes CH sont également plus nombreuses à se situer dans une zone clinique de dépression sévère. Les résultats viennent confirmer la relation entre dépression maternelle et la chronicité en négligence.

Mots-clés : chronicité, négligence et dépression maternelle

Abstract

This longitudinal study from 1992 to 1998, involves 55 mothers who are seriously negligent toward their child. The purpose of this study is to evaluate the evolution of depressive symptoms for chronically negligent mothers (CH) in comparison with mothers whom the negligence is transitory (TR). The mothers, recruited from the Child Protection Agency and from the Local Community Services Center, have been evaluated at home in 1992, 1995 and 1998. The Beck's Depression Inventory (Beck et al, 1961) is used as a measure of depressive symptoms. The results show that the level of depressive symptoms is higher for the CH group than for the TR group and with time there is a significant decrease of depression for both groups. In addition, the number of mothers suffering for severe depression is higher in the chronic group. The discussion focuses on the relation between maternal depression and chronic neglect and the need for a long-term intervention process taking into account the high level of the mother's distress.

Key words : chronicity, neglect and maternal depression

Définition et prévalence de la négligence

La négligence est un problème majeur qui affecte sérieusement le développement des enfants et touche un grand nombre de familles aux prises avec différents problèmes économiques, psychologiques et sociaux. Aux États-Unis, le *National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS)* (1998) confirmait qu'en 1997, 13,9 enfants sur 1,000 étaient victimes de maltraitance. Au Canada, l'étude d'incidence canadienne de Trocmé et al. (2001) indique que 135,573 enquêtes sur des enfants de moins de 16 ans ont été menées en 1998, ce qui représente un taux de 21,52 pour 1000 enfants. La négligence est la forme de maltraitance la plus souvent enquêtée. Elle est le principal motif d'enquête dans 40 % des cas, suivie de la violence physique (31 %) et des abus sexuels (11 %). Au Québec, pour l'ensemble des signalements retenus, la négligence parentale représente plus de la moitié des situations (51 %) et cette proportion est à la hausse depuis six ans (Lessard, 2000).

La négligence se définit davantage par l'absence de comportements bénéfiques vis-à-vis l'enfant que par la présence de conduites parentales néfastes. L'enquête menée par Trocmé et al. (2001) relève huit principales formes de négligence qui peuvent être reliées ou non entre elles. On note l'omission de superviser ou de protéger l'enfant (entraînant des sévices physiques ou des abus sexuels), la négligence sur le plan physique ou médical ainsi que le défaut de prodiguer les soins nécessaires sur les plans affectif, éducatif, mental ou développemental. L'attitude permissive à l'égard d'un comportement inadapté ou criminel est également une forme de négligence.

La négligence chronique

La négligence se présente sous diverses formes, susceptibles de varier en fonction de leur niveau de sévérité et de leur durée. La persistance des conduites négligentes est un aspect très important de la problématique. En effet, bien qu'elle soit reconnue d'un point de vue clinique, la *négligence chronique* (Dubowitz, 1999; Gaudin, Polansky, Kilpatrick, & Shilton, 1993; Nelson, 1997) a rarement fait l'objet d'études empiriques portant sur les caractéristiques sociales et psychologiques permettant de distinguer les familles dont la négligence perdure ou non. Selon Gaudin et al. (1993), les familles négligentes chroniques présentent en grande partie des problèmes multiples dont une déficience profonde en matière de connaissances, de capacités et de ressources. En comparaison, les familles négligentes transitoires ou épisodiques ont, pour la plupart, expérimenté des crises de vie récentes pour lesquelles les stratégies et les ressources normalement utilisées pour faire face aux difficultés n'ont pas fonctionné. La notion de chronicité implique que les problèmes de mauvais traitements persistent sur une période de temps relativement longue. Des auteurs tels que Cicchetti et Barnett (1991) abordent la chronicité. Ils mentionnent que celle-ci réfère à une période pouvant s'échelonner de 3 mois à 15 ans. Au Québec, Lessard (2000) relève que la durée moyenne des services en protection est de 24 mois et que pour un bon nombre de familles, après cette période, les services ne sont plus nécessaires. Par contre, d'autres familles récidivent ou requièrent un suivi sur une longue période de temps et ce, malgré

des interventions soutenues. Dans ce dernier cas, la situation de mauvais traitements peut être désignée de chronique par opposition à la situation qui est transitoire.

Facteurs de risque reliés à la chronicité en négligence

Les études longitudinales permettant d'observer une situation de chronicité sont peu nombreuses, voire rarissimes. L'étude de DePanfilis et Zuravin (1999), portant sur 446 familles avait pour objectif d'identifier les facteurs prédictifs de répétition de mauvais traitements infantiles. Celle-ci a permis de démontrer, après cinq années de cueillette de données, que les facteurs prédictifs de la réapparition de mauvais traitements sont davantage le stress familial et le faible soutien reçu par les familles. De leur côté, Haapasalo et Aaltonen (1999), suite à une étude longitudinale de sept années, entreprise auprès de mères recrutées par les Centres de protection de l'enfance, ont rapporté deux variables prédictives d'abus chroniques, soit le niveau socio-économique faible de la famille et les expériences d'abus vécues pendant l'enfance du parent. Enfin, l'étude longitudinale de Éthier, Couture et Lacharité (2001), amorcée en 1992, démontre que les familles qui présentent dès la prise en charge huit facteurs ou plus de risques psychosociaux ont quatre fois plus de chances de se retrouver dans le groupe chronique. Pris individuellement, les facteurs suivants sont reliés à la négligence chronique : le fait que le parent ait été placé en famille d'accueil lorsqu'il était jeune (3,7 fois plus à risque de chronicité), qu'il ait été abusé sexuellement pendant l'enfance (3,5 fois plus à risque) et le fait d'avoir un nombre d'enfants plus élevé (3,13 fois plus à risque de chronicité).

Le fait d'avoir été maltraité ou placé étant jeune favoriserait chez l'adulte les conduites parentales abusives (Cichetti & Rizley, 1981; Egeland, Jacobvitz & Sroufe, 1988; Zuravin, McMillen, DePanfilis, & Risley-Curtiss, 1996) et expliquerait, au moins partiellement, celles qui perdurent dans le temps (DePanfilis & Zuravin, 1999; Haapasalo & Aaltonen, 1999; Éthier, Couture & Lacharité, 2001). Il est possible que les parents dont la négligence est chronique se distinguent des parents dont la négligence est transitoire par la sévérité ou le type d'abus vécus dans leur enfance. Le fait d'avoir été sévèrement abusé entraînerait de nombreuses conséquences pour le développement ultérieur. Comme nous le verrons plus loin, l'une des conséquences à l'abus et à la violence subie dans l'enfance serait la dépression récurrente à l'âge adulte (Kessler & Magee, 1993).

La dépression

En 1994 -1995, près de 6 % des Canadiens, âgés de plus de 18 ans ont vécu un épisode majeur de dépression alors qu'en 1998-1999, près de 1,1 millions, soit 4 % de la population canadienne de 12 ans et plus ont éprouvé des symptômes de dépression au cours de la dernière année (Statistiques Canada, 2001). L'étude américaine de Kessler et Magee (1994) démontre que 10,2 % de l'échantillon adulte (N = 2867) répondait avoir vécu un épisode de dépression majeure au cours de la dernière année. Bien que la dépression chez l'adulte est l'un des problèmes de santé mentale les plus fréquents dans les sociétés occidentales (World Health

Organization, 1996), l'occurrence est nettement plus élevée parmi les populations «à risque» ou fragilisées en raison de problèmes individuel, social et économique (Harris, Brown & Bifulco, 1990). Par exemple, l'étude de Gaudin et al., (1993) réalisée auprès de parents négligents démontre que 60 % des parents (N = 102) ayant répondu à l'*Hudson's Generalized Contentment Scale* (GCS), seraient dépressifs.

Le concept de dépression se définit par rapport aux *humeurs dépressives*, au *syndrome dépressif* (ensemble de symptômes dépressifs qui peuvent accompagner d'autres troubles tels que les troubles de l'anxiété, la toxicomanie, la schizophrénie) et aux *désordres dépressifs* qui correspondent aux catégories diagnostiques du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV; American Psychiatric Association, APA, 1994). Les *désordres dépressifs* (excluant la dépression bipolaire) se subdivisent en deux principales catégories, le simple épisode ou les épisodes récurrents de dépression et la dysthymie qui se caractérise par une perturbation chronique de l'humeur.

Les désordres dépressifs correspondent à un ensemble de symptômes observables. Parmi ceux-ci, on y retrouve une prépondérance d'émotions négatives (tristesse parfois accompagnée d'irritation, de colère ou de sentiments de culpabilité), parfois des difficultés de concentration, une fatigabilité et une perte d'énergie importante, une diminution de l'intérêt pour l'environnement et les activités habituellement plaisantes au quotidien. D'autres symptômes tels que l'isolement, le retrait social, la diminution de l'estime de soi et parfois même les idéations et tentatives suicidaires peuvent aussi faire partie du tableau clinique (Cicchetti & Toth, 1998). Des manifestations de type somatique sont également observables chez certaines personnes dont la perte d'appétit, l'insomnie, l'agitation psychomotrice ou à l'inverse, l'hyperphagie et l'hypermnie. Toutefois, ces derniers symptômes ne font pas nécessairement toujours partie de la dépression (Petot, 1999). D'autres critères se rattachent également à ces symptômes tels que leur durée et leur intensité. En effet, le diagnostic de dépression majeure est posé en fonction de l'intensité des symptômes qui se distinguent selon trois degrés de gravité (léger, moyen et grave) et de leur durée. Selon le DSM-IV, pour parler d'épisode dépressif majeur, il doit y avoir présence d'au moins cinq symptômes pendant une durée de deux semaines et un changement par rapport au fonctionnement antérieur. De plus, un des deux critères suivants doivent absolument être présents : humeur dépressive ou perte d'intérêt ou de plaisir.

Les mauvais traitements durant l'enfance comme facteurs de risque reliés à la dépression à l'âge adulte

Dans une perspective psychologique, les principaux facteurs expliquant l'apparition de la dépression sont l'histoire de mauvais traitements vécus pendant l'enfance, les expériences infantiles de perte, de rupture, d'abandon et de rejet (Brown, Harris, & Eales, 1996; Hall, Sachs, Rayens, & Lutenbacher, 1993; Quinton & Rutter, 1988). Les personnes victimes d'abus pendant leur enfance présentent un niveau plus élevé de dépression que celles qui ne rapportent pas ce genre d'expériences (Banyard, 1999; Bryer, Nelson, Miller, & Krol, 1987; Carlin et al., 1994; Surrey, Swett, Michaels, & Levin, 1990; Wexler, Lyons, Lyons, & Mazure, 1997). Parmi les expériences marquantes,

la violence vécue dans l'enfance serait davantage reliée à la dépression que la perte et la séparation (Burnam et al, 1988; Parker & Parker, 1991; voir Kessler & Magee, 1994). L'étude de Hall et al. (1993) démontre que 63 % des femmes qui rapportent la présence d'un traitement passé ou récent pour une dépression ont vécu l'expérience d'abus sexuel violent ou d'abus physique sévère pendant leur enfance. Quant à Brown, Cohen, Johnson et Smailes (1999), ils constatent que les personnes qui rapportent l'expérience d'abus pendant l'enfance sont trois fois plus à risque de devenir dépressifs et suicidaires que ceux qui n'ont jamais vécu de mauvais traitements. Enfin, Zlotnick, Ryan, Miller et Gabor (1995) démontrent que les femmes de leur étude qui ont vécu des mauvais traitements pendant l'enfance étaient beaucoup moins aptes à se rétablir d'un épisode sévère de dépression, 12 mois après avoir subi celui-ci. La réponse au traitement de la dépression était également moins bonne puisque cinq ans après leur sortie de l'hôpital, les femmes victimes d'abus comptaient parmi 78 % des patientes qui présentaient encore une dépression et ce, de façon chronique. En résumé, ils existent un bon nombre d'études démontrant que les expériences d'abus vécues en bas âge favorisent l'apparition de désordres dépressifs chez l'adulte (Famularo, Barnum, & Stone, 1986; Kinard, 1982; Lahey, Conger, Atkeson, & Treiber, 1984; Wolfe, 1985; Zuravin, 1989).

L'influence de la dépression sur la conduite parentale

La dépression perturbe le fonctionnement normal d'une personne, notamment les relations qu'elle entretient avec ses amis, sa famille et ses enfants. La personne dépressive ressent de la fatigue, un manque d'énergie et de disponibilité ainsi qu'une tendance à l'isolement. La dépression peut également entraîner des comportements agressifs et de l'irritabilité pouvant même aller jusqu'à la violence physique. L'étude de Campbell, Cohn et Meyers (1995) nous indique que les mères dont la dépression est chronique se montrent beaucoup moins positives dans leur interaction avec leur enfant par rapport à celles dont la dépression est en voie de rémission ou qui ne sont pas dépressives. Ces mères sont également moins compétentes quand vient le temps de nourrir l'enfant et elles présentent aussi moins d'affects positifs pendant une situation de jeu, lorsque l'enfant a quatre mois. Bien que les parents dépressifs ne soient pas nécessairement des parents maltraitants, la relation parent-enfant est perturbée, ce qui les prédispose à adopter des comportements maltraitants, qu'ils soient de l'ordre de la négligence ou de l'abus.

La relation entre la dépression du parent et la conduite de maltraitance envers l'enfant

Plusieurs études corrélationnelles ont démontré l'existence d'une relation entre la dépression et la maltraitance parentale. Ainsi, au début de l'étude de Chaffin, Kelleher et Hollenberg (1996), l'échantillon représentatif de la communauté comprenait des familles qui ne présentaient aucun signe de maltraitance (N = 7103). À la deuxième prise de mesure, un an après le début du suivi, les chercheurs ont identifié les facteurs de risque associés aux familles où il y a eu apparition de signalement pour maltraitance. Les auteurs démontrent qu'il y a davantage de dépression et d'abus de drogue chez les parents où il y a eu signalement au deuxième temps de l'étude que chez ceux qui n'ont

présenté aucun signalement à ce même moment. En fait, les parents dépressifs présentent 3,45 fois plus de probabilité d'initier des comportements d'abus physique que ceux qui ne le sont pas.

Dans le même sens, Famularo et al. (1986) constatent que les parents maltraitants démontrent une prévalence plus élevée de troubles émotionnels de longue durée que ceux qui ne le sont pas et ce, déjà avant leur statut de parent. Leur étude vérifiait la relation entre la présence de maltraitance sévère et de troubles affectifs chez 50 parents ayant subi un retrait de garde de leurs enfants pour mauvais traitements. Ils ont ensuite été comparés à 38 parents qui ne présentaient aucun signe d'abus ou de négligence.

L'étude de Zuravin (1989) suggère que le niveau de sévérité de la dépression de la mère influence le type de mauvais traitements exercé envers l'enfant. Elle suppose que les mères vont répondre aux comportements de leur enfant par différents types d'agressions (verbale ou physique) tout dépendant du niveau de sévérité de leur dépression. La dépression modérée chez la mère augmenterait la probabilité d'abus physique alors qu'une dépression sévère ferait augmenter le risque d'agression verbale. Selon l'auteure, la présence de dépression sévère pourrait grandement faire augmenter la probabilité de voir apparaître des comportements négligents, étant donné l'état important de fatigue et le manque d'énergie possible de la mère.

Objectif de l'étude

Pour plusieurs parents, la situation de négligence ou de violence cessera pour parfois ne plus jamais réapparaître. Pour d'autres, elle peut se révéler chronique et perdurer pendant des années. La dépression chez le parent, notamment celle de la mère, qui est le parent le plus stable auprès de l'enfant, est sans doute une variable explicative de la chronicité. Cette étude est effectuée dans le cadre d'un suivi longitudinal de mères négligentes (Éthier et al., 1992, 1995, 1998). L'objectif poursuivi ici est d'étudier l'évolution du niveau de dépression chez des mères négligentes chroniques en comparaison avec l'évolution d'un groupe de mères dont la négligence est transitoire. Cette recherche s'échelonne donc sur six ans et comprend trois temps de mesure (1992, 1995, 1998).

Hypothèses

La première hypothèse émise est que le niveau de dépression est plus élevé chez les mères négligentes chroniques que chez les mères négligentes transitoires, aux trois temps de l'étude (1992, 1995 et 1998). Une deuxième hypothèse suppose qu'il y a une variation significative du niveau de dépression chez les mères négligentes transitoires, qui se traduit par une diminution de celui-ci, à travers le temps. La troisième hypothèse avance qu'il y a stabilité à travers le temps du niveau de dépression des mères négligentes chroniques.

Méthode

Participants

En 1992, cinquante-huit familles ont été recrutées avec la collaboration des Centres Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, suite à un signalement pour négligence ou violence envers leur (s) enfant (s). Le jugement clinique d'intervenants des Centres Jeunesse ainsi que les résultats au Child Well-Being Scales (Magura & Moses, 1984) ont permis de démontrer la présence de mauvais traitements sévères envers les enfants de ces familles. L'adaptation et la validation de cet instrument standardisé ont été effectuées pour la population québécoise française par Vézina et Bradet (1990). Des familles à haut risque de négligence et violence envers l'enfant ($n = 29$) ont reçu des services du Centre Local de Services Communautaires (CLSC) et ont aussi été recrutées pour cette étude. Celles-ci devaient présenter au moins quatre facteurs de risque de négligence sur une liste de 22 facteurs, élaborée par Brown et Sagi (1988) et Crittenden (1992). Les familles démontraient en moyenne 7,6 facteurs de risque de négligence. Quatre ans après la période de recrutement, un suivi a été effectué auprès de 37 mères (63,8 % de l'échantillon initial) recrutées par les Centres Jeunesse et 25 mères (86,2 % de l'échantillon initial) du CLSC, considérées à haut risque de négligence. La perte des sujets est attribuée au départ de certaines mères pour une autre région ou encore au refus de celles-ci de participer au suivi longitudinal. Des analyses comparatives ont été faites entre les cas d'attrition et les autres familles; celles-ci ne démontrent aucune différence en ce qui concerne le nombre de facteurs de risque et les variables socio-démographiques.

Classification des deux groupes (chronique et transitoire)

Lors de la troisième évaluation faite en 1998, soit après six années de suivi, deux critères ont été utilisés pour effectuer la séparation des mères en groupes distincts selon qu'elles étaient négligentes chroniques ou transitoires. Les mères dont le dossier était toujours actif au Centre Jeunesse ou au CLSC au troisième temps de cette étude (1998) et qui avaient un potentiel d'abus élevé, selon le CAPI (Child Abuse Potential Inventory), au temps 3 (1998), ont été classées dans le groupe des mères négligentes chroniques. Celles dont le dossier au Centre Jeunesse ou au CLSC était inactif depuis plus de quatre mois au troisième temps de l'étude et qui ne présentaient pas un potentiel d'abus élevé au CAPI au temps 3, faisaient partie des mères négligentes transitoires. Le CAPI est l'instrument utilisé pour évaluer le potentiel d'abus. Pour considérer un potentiel d'abus élevé, la mère devait présenter un score global de 166 ou plus, ce qui correspond au 95^e rang centile. Suite à l'application des critères de classification, un groupe de 35 mères négligentes chroniques (CH) et un de 20 mères négligentes transitoires (TR) ont été formés.

Lors du recrutement, les mères négligentes chroniques et transitoires de notre échantillon présentaient plusieurs caractéristiques démographiques semblables. En effet, il n'y avait aucune différence significative en ce qui concerne l'âge des mères, leur scolarité ainsi que le nombre d'enfants par famille (voir Tableau 1). La moyenne d'âge

des mères négligentes CHR était de 28,9 et 29,1 ans pour les mères négligentes transitoires. Le nombre moyen d'enfants par foyer se situait à 2,37 pour les CH et 2,0 pour les TR et le nombre moyen d'années de scolarité de la mère à 9,57 (CH) et 9,95 (TR) années. En ce qui concerne le revenu familial, plus de la moitié des mères négligentes CH (68,6 %) ont un salaire sous le seuil du 20, 000\$ par année contre 95 % des mères négligentes TR. En fait, la majorité des mères de l'étude bénéficient de l'aide sociale (CH = 80 % et TR = 70 %) et celui-ci est proportionnel aux nombres de personnes vivant sous le même toit. 17,1 % des mères négligentes CH ont un revenu d'emploi, contre 15 % chez les TR. Deux mères seulement dans le groupe transitoire vivent de prêts et de bourses d'étude. D'autre part, la majorité des mères du groupe CH vit avec un conjoint (57,2 %) comparativement à seulement 20 % du groupe transitoire. La majorité des mères du groupe transitoire déclarent vivre seules, sans soutien financier (80 %).

Tableau 1
Comparaisons des informations démographiques entre les mères négligentes chroniques et transitoires lors du recrutement

	mères négligentes chroniques n = 35		mères négligentes transitoires n = 20		t	p
	M	(σ)	M	(σ)		
Âge de la mère	28,91	(6,30)	29,10	(4,13)	0,12	0,907
Scolarité de la mère (années)	9,57	(1,80)	9,95	(1,91)	0,73	0,466
Nombre d'enfants par foyer	2,37	(1,44)	2,0	(1,17)	0,98	0,330
	N	%	N	%	χ^2	p
Revenu familial						
Moins de \$20,000	24	(68,57 %)	19	(95 %)	5,21	0,02
\$20,000 et plus	11	(31,43 %)	1	(5 %)		
Source de revenu familial						
Revenu d'emploi avec revenu familial de moins de \$20,000	1	(2,86 %)	2	(10 %)		
Revenu d'emploi avec revenu familial de plus de \$20,000	5	(14,29 %)	1	(5 %)		
Aide sociale avec revenu familial de moins de \$20,000	22	(62,86 %)	14	(70 %)		
Aide sociale avec revenu familial de plus de \$20,000	6	(17,14 %)	0	(0 %)		
Assurance chômage	1	(2,86 %)	1	(5 %)		
Prêts et bourses	0	(0 %)	2	(10 %)		
Type de famille						
Les 2 parents naturels	10	(28,6 %)	1	(5 %)		
Famille reconstituée	10	(28,6 %)	3	(15 %)	7,64	0,02
Famille monoparentale	15	(42,9 %)	16	(80 %)		

Instruments de mesure

Questionnaire démographique

Le questionnaire démographique (Éthier, Lacharité, & Désaulniers, 1992) permet de standardiser les informations concernant la famille et plus particulièrement les caractéristiques de chacun de ses membres. Des renseignements sont donc obtenus sur l'âge et le sexe des enfants, le niveau d'éducation des parents, leur statut matrimonial, leur emploi, revenu ainsi que leur structure familiale.

L'inventaire de potentiel d'abus envers l'enfant - CAPI

L'inventaire de potentiel d'abus (Milner, 1980) est traduit en français pour la population québécoise par Palacio-Quintin et Palacio-Quintin (1992). Il comprend 160 items permettant d'évaluer le potentiel d'abus envers les enfants chez les mères de notre étude. Le sujet doit alors indiquer s'il est en accord ou en désaccord avec les affirmations. Cette mesure nous permet donc d'obtenir un score global d'abus regroupant six sous-échelles dont celles de la rigidité, de la détresse, de la tristesse, des problèmes familiaux avec les enfants et avec autrui. Le score total permet d'obtenir trois niveaux de potentiel d'abus (élevé, modéré ou absent). Milner (1980) suggère qu'au-delà du 95^e percentile le parent présente un haut potentiel d'abus. Le score obtenu au CAPI constitue donc un des critères importants dans la division des deux groupes de mères de cette étude, selon le type de négligence (chronique et transitoire).

L'inventaire de dépression de Beck

L'inventaire de dépression de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mosh, & Erbaugh, 1961) est l'outil le plus utilisé en recherche pour évaluer le nombre et l'intensité des symptômes dépressifs. L'inventaire est composé de 21 items permettant d'évaluer la sévérité de la symptomatologie dépressive. Chaque question comprend quatre ou cinq énoncés auxquels sont rattachées des valeurs d'intensité allant de 0 à 3. Selon les normes établies par Beck et al. (1961), il est possible de parler d'*état dépressif* qu'en présence d'un score brut de 11 (centile 79) et plus et d'*état dépressif grave* qu'à partir d'un score brut de 19 (centile 96). Cet instrument a été traduit et adapté pour la population québécoise par Gauthier, Morin, Thériault et Lawson (1982). Sa validité a été démontrée par Reynold et Gould (1981).

Procédure

Les mesures ont été prises à trois moments, lors d'entrevues avec les mères. Ces entrevues permettent de hausser la motivation de celles-ci et évitent les difficultés de compréhension reliées à certaines mesures. Les évaluateurs sont des étudiants (es) gradués (es) en psychologie qui ont été supervisés (es) tout au long de la procédure de passation. Une allocation de 15\$ fut remise aux mères, après chacune des évaluations.

Le niveau de dépression

Les résultats obtenus pour les deux groupes de mères, au questionnaire de Beck, sont exprimés en rang centile. Selon Beck et al. (1961), le 79e rang centile est celui à partir duquel il est possible de parler d'état dépressif chez les femmes de la population générale. Les moyennes et écarts-types obtenus par les mères des deux groupes sont présentés dans le tableau 2 par groupe et temps de mesure (voir tableau 2). Afin de vérifier les hypothèses qui ont été émises, une analyse de variance à mesures répétées (obtenue par la procédure Manova du logiciel SPSS) a été effectuée.

Tableau 2
Moyennes et écarts-types au Beck en centiles pour les deux groupes de mères (chroniques et transitoires) en fonction des trois temps de l'étude

Groupes	Temps					
	1992		1995		1998	
	M	(σ)	M	(σ)	M	(σ)
Chroniques (n = 35)	81,17	(24,27)	71,0	(26,39)	70,91	(28,03)
Transitoires (n = 20)	69,75	(31,24)	52,85	(25,97)	46,35	(22,30)

Les analyses confirment la présence d'effets principaux significatifs du groupe et du temps (voir tableau 3). L'effet groupe s'est révélé significatif ($F(1, 55) = 11,43, p < 0.01$). Nous constatons que les mères négligentes chroniques présentent un niveau de dépression plus élevé que les mères négligentes transitoires et ce, pour les trois temps de l'étude. Un effet principal temps a également été retrouvé suite aux analyses qui ont été effectuées ($F(2, 55) = 8,01, p < 0,01$). Celles-ci démontrent qu'il y a une diminution significative du niveau de dépression à travers le temps, pour l'ensemble des mères négligentes de l'échantillon. Enfin, les résultats ont permis de démontrer qu'il n'y avait pas d'effet d'interaction groupe x temps significatif ($F(2, 55) = 1,09, n.s.$).

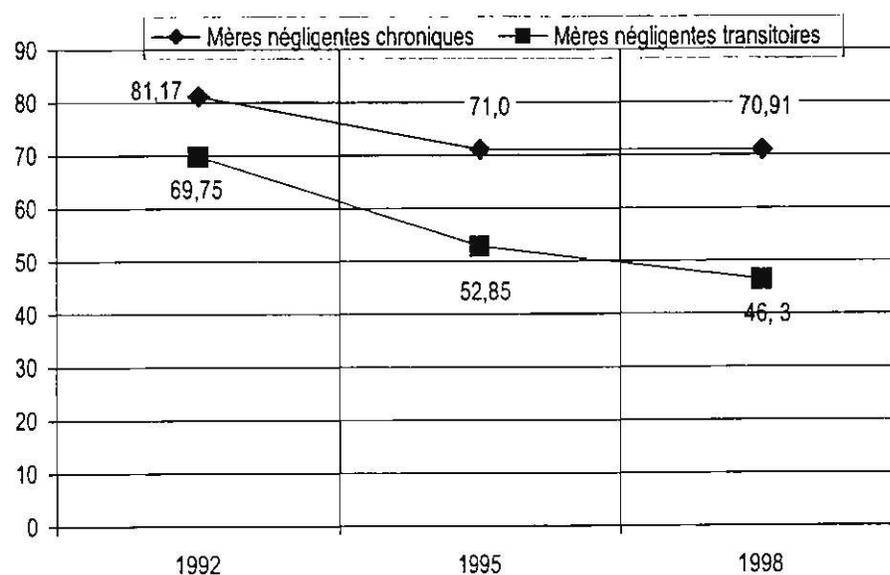
Néanmoins, par l'observation de la figure 1, nous constatons une stabilité de la moyenne du niveau de dépression des mères négligentes CH, aux temps 2 et 3 (71.0 et 70.91), tandis que les mères négligentes TR, avec le temps, démontrent une baisse de leur niveau de dépression, (52.85 et 46.3). Des études futures, réalisées sur un plus grand nombre de sujets, pourraient confirmer cette tendance par un effet d'interaction significatif entre le groupe et le temps.

Nous observons que 5,7 % des mères négligentes CH ont démontré un état dépressif grave (score brut de 19 et plus au Beck) aux trois temps de l'étude alors

Tableau 3
Analyse de variance à mesures répétées des symptômes dépressifs des
deux groupes de mères aux trois temps (1992, 1995, 1998)

Source de variation	dl	Carré moyen	F	p
Groupes	1	12433,17	11,43	0,001
Résiduel	53	1087,51
Temps	2	4049,47	8,01	0,001
Groupes X Temps	2	549,72	1,09	0,341
Résiduel	106	505,72

Figure 1
Moyennes obtenues au BECK pour chaque groupe de mères, aux trois temps
de l'étude



qu'aucune des mères négligentes TR ne présentaient ces résultats. D'autres informations nous permettent de constater que 13 mères négligentes CH sur 35 présentent un état dépressif grave (score brut de plus de 19 au Beck) à au moins deux temps de l'étude (voir Tableau 4) pour aucune chez les mères négligentes TR. De plus, 62,9 % des mères négligentes CH contrairement à 20 % des mères négligentes TR rapportent à au moins deux temps de l'étude un état dépressif, ce qui signifie un score brut de plus de 11 au Beck. Enfin, d'autres données démontrent que 30 % des mères négligentes TR ne présentent aucun état dépressif, et ce, aux trois temps de l'étude. Si

elles rapportent tout de même des symptômes dépressifs, ceux-ci ne suffisent pas à les qualifier de dépressives. Ainsi, ces chiffres démontrent bien le niveau de gravité élevé de la dépression chez les mères négligentes CH en comparaison à celui des mères négligentes TR, plutôt faible. Il semble donc que la dépression est un facteur qui caractérise davantage les mères qui négligent leur enfant sur une longue durée que celles dont la négligence est épisodique

Tableau 4
Comparaison de l'état dépressif des mères négligentes chroniques (CH) et transitoires (TR) en fonction des scores de chacune des mères négligentes au BECK et al. (1961)

	mères négligentes chroniques n = 35		mères négligentes transitoires n = 20	
	n	%	n	%
État dépressif grave aux trois temps (score au Beck > 19)	2	(5,7 %)	0	(0 %)
État dépressif grave à au moins deux temps (score > 19)	13	(37,1 %)	0	(0 %)
État dépressif à au moins deux temps (score > 11)	22	(62,9 %)	4	(20 %)
Aucun état dépressif à T1, T2 et T3 (score < 11)	4	(11,4 %)	6	(30 %)

Le potentiel d'abus des mères

Dans le but de vérifier la relation entre le fait d'être une mère à potentiel élevé d'abus et la présence d'une symptomatologie dépressive chez celles-ci, des analyses de corrélations ont été effectuées. Des corrélations significatives ont été retrouvées entre les scores obtenus au CAPI et au Beck par les mères négligentes (CH et TR) et ce, au temps 1 $r(55) = 0,58$, $p < 0,001$, au temps 2 $r(55) = 0,69$, $p < 0,001$ et au temps 3 $r(55) = 0,71$, $p < 0,001$ (voir Tableau 5). Ces résultats viennent valider l'hypothèse attendue d'un lien entre la chronicité en négligence et la dépression maternelle (la chronicité étant elle même définie comme une stabilité du haut potentiel d'abus). Les deux groupes présentaient un potentiel d'abus très élevé au premier temps (recrutement) et se sont ensuite distingués, les mères négligentes chroniques présentant toujours un potentiel d'abus élevé après un suivi de six années.

Tableau 5
Corrélations entre les résultats au CAPI et les résultats au BECK (centile)
aux trois temps de l'étude

Variables	Beck (T1)	Beck (T2)	Beck (T3)
CAPI (T1)	0,58***	0,37**	0,35**
CAPI (T2)	0,26	0,69***	0,54***
CAPI (T3)	0,29*	0,49***	0,71***

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Discussion et Conclusion

L'objectif de cette recherche était d'étudier l'évolution, sur six ans, du niveau de dépression des mères négligentes chroniques en comparaison avec les mères dont la négligence est transitoire. Au recrutement, l'ensemble des mères de l'étude présentait un niveau de négligence parentale sévère. Elles se sont également révélées comparables sur d'autres variables telles que l'âge, la scolarité et le nombre d'enfants. Toutefois, les familles du groupe CH sont plus nombreuses à vivre de l'aide sociale (80 % par rapport à 70 %) et présentent aussi une structure familiale différente de celle des mères négligentes TR. Elles sont plus nombreuses à vivre avec un conjoint, dans une famille biparentale.

Les résultats statistiques ont permis de démontrer que le niveau de dépression des mères négligentes chroniques était généralement plus élevé que celui des mères négligentes transitoires et qu'il y avait une diminution du niveau de dépression à travers le temps pour l'ensemble des mères de l'échantillon. Il est possible que cette baisse du niveau de dépression soit l'effet des services psychosociaux. Ces derniers auraient cependant tendance à être plus profitables aux mères du groupe TR qu'à celles du groupe CH.

Les mères CH sont également plus nombreuses à se situer dans une zone clinique de dépression sévère. Ces résultats viennent appuyer la relation entre la variable dépression et la chronicité de la négligence. Il est probable que l'utilisation de la version révisée de l'inventaire de dépression de Beck, Steer et Garbin, (1988) aurait donné des résultats encore plus significatifs. En effet, l'utilisation d'un score de 16 et plus pour identifier un état dépression grave plutôt qu'un score 19, dans l'ancienne version, aurait permis l'identification d'un nombre plus élevé de mères négligentes chroniques ayant présenté un état dépressif grave.

D'autres éléments, outre la dépression, peuvent expliquer que les mères négligentes des groupes CH et TR suivent des trajectoires distinctes. Nous avons observé la présence plus fréquente d'un conjoint chez les mères CH, celle-ci étant souvent associée à la violence au sein des familles en protection. La violence conjugale pourrait d'ailleurs contribuer à expliquer la dépression maternelle.

Il est également possible que les expériences passées des mères de notre étude ne soient pas comparables. Les personnes victimes d'abus sévère pendant leur enfance auraient beaucoup plus de difficultés à se rétablir suite à un épisode de dépression (Zlotnick et al. 1995). Il semble aussi que les expériences de violence vécues dans l'enfance seraient davantage reliées à la dépression que celles de la perte, de la séparation ou de la négligence (Burman et al, 1988; Parker & Parker, 1991; voir Kessler & Magee, 1994). Les prochaines études portant sur la chronicité de la négligence devraient tenir compte du type et de l'intensité des expériences passées et s'assurer d'augmenter le nombre de sujets recrutés afin de prendre en considération les différentes formes de maltraitance vécues dans l'enfance (Macfie, Cichetti & Toth, 2001). Enfin, il serait aussi important d'évaluer d'autres caractéristiques de santé mentale de la mère, notamment parce que la présence de dépression n'exclut pas celles d'autres troubles, dont la toxicomanie (Chaffin, et al. 1996).

À ce jour, peu d'études longitudinales ont été réalisées auprès des parents négligents. Cette étude en démontrant qu'après plus de six ans d'intervention et de services reçus, une majorité des mères recevant des services sociaux maintiennent leur conduite parentale abusive, constitue donc un pas important dans la compréhension de cette problématique. En comparaison avec les parents négligents transitoires, les mères négligentes chroniques sont des personnes encore plus en détresse. En conséquence, l'intervention auprès des parents négligents doit tenir compte des nombreux besoins socio-économique des membres de la famille (pauvreté extrême, isolement,) mais doit aussi prendre en compte la détresse émotionnelle des mères, notamment lorsqu'il y a constat que le parent n'évolue pas (ou peu) dans le processus d'aide. Afin de contrer la dépression maternelle, l'intervention peut prendre diverses formes, telle qu'une famille soutien, un groupe de rencontres ou un suivi individuel, mais le processus d'aide doit s'échelonner sur une période suffisamment longue pour remédier aux blessures du passé et pour consolider la situation de vie présente.

Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 th edition). Washington DC.
- Banyard, V. L. (1999). Childhood maltreatment and the mental health of low-income women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69 (2), 161-171.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mosh, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Beck, A. T., Steer, R.A., Garbin, M.G.(1988) Psychometrics Properties of the Beck' Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Smailes, E. M. (1999). Childhood Abuse and Neglect : Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 1490-1496.
- Brown, G. W., Harris, T. O., & Eales, M. J. (1996). Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders. *British journal of psychiatry*, 168 (30), 50-57.
- Brown, K., & Sagi, S. (1988). Approaches to screening for child abuse and neglect. Dans K. Brown, C. Davies, & P. Stratton (Éds.), *Early Prediction and Prevention of Child Abuse* (pp. 57-85). Rochester : Wiley & Sons.

- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., & Krol, P. A. (1987). Childhood Sexual and Physical Abuse as Factors in Adult Psychiatric Illness. *American Journal of Psychiatry*, 144 (11), 1426-1430.
- Campbell, S. B., Cohn, J. F., & Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers : Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31 (3), 349-357.
- Cariin, A. S., Kemper, K., Ward, N. G., Sowell, H., Gustafson, B., & Stevens, N. (1994). The effect of differences in objective and subjective definitions of childhood physical abuse on estimates of its incidence and relationship to psychopathology. *Child Abuse and Neglect*, 18 (5), 393-399.
- Chaffin, M., Kelleher, K., & Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect : Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse and Neglect*, 20 (3), 191-203.
- Cicchetti, D., & Barnett, D. (1991). Toward the development of a scientific nosology of child maltreatment. Dans D. Cicchetti & W. Grove (Eds.), *Thinking clearly about psychology : Essays in honor of Paul E. Meehl* (pp. 346-377). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cicchetti, D., & Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development*, 11, 31-55.
- Cicchetti, D., Toth, S. L. (1998) The Development of Depression in Children and Adolescent. *American Psychologist*, 53 (2) 221-241.
- Crittenden, P. (1992). *Intervention with families at-risk*. Communication présentée au Groupe de Recherche en Développement de l'Enfant et de la Famille. Université du Québec à Trois-Rivières.
- DePanfilis, D., & Zuravin, S. J. (1999). Predicting child maltreatment recurrences during treatment. *Child Abuse and Neglect*, 23 (8), 729-743.
- Dubowitz, H. (1999). *Neglected Children. Research, Practice, and Policy*. London. Sage.
- Egeland, B., Jacobvitz, D., & Sroufe, L. A. (1988). Breaking cycle of child maltreatment. *Child Development*, 59, 1080-1088.
- Éthier, L. S., Couture, G., & Lacharité, C. (2003). *Risk factors associated with chronicity in negligence*. *Journal of Family Violence*. Manuscrit accepté pour publication.
- Éthier, S. L., Lacharité, C., & Désaulniers, R. (1992). *Questionnaire démographique*. Trois-Rivières : Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Famularo, R., Barnum, R., & Stone, K. (1986). Court-ordered removal in severe child maltreatment : An association to parental major affective disorder. *Child Abuse and Neglect*, 10, 487-492.
- Gaudin, J. M., Polansky, N. A., Kilpatrick, A. C., & Shilton, P. (1993). Loneliness, depression, stress, and social supports in neglectful families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63 (4), 597-605.
- Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F., & Lawson, J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue québécoise de psychologie*, 3 (2), 13-27.
- Haapasalo, J., & Aaltonen, R. (1999). Child abuse potential : How persistent ? *Journal of Interpersonal Violence*, 14 (6), 571-585.
- Hall, L. A., Sachs, B., Rayens, M. K., & Luttenbacher, M., (1993). Childhood Physical and Sexual Abuse : Their Relationship with Depressive Symptoms in Adulthood. *Image : the journal of nursing scholarship*, 25 (4), 317-323.
- Harris, T. Brown, G. Bifulco, A. (1990) Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder. A tentative overall model. *Development and Psychopathology*, 2, 311-328.
- Kessler, R.C. Magee, W.J. (1994) Childhood family violence and adult recurrent depression. *Journal of Health and Social Behaviour*, 33, 13-27.
- Kinard, E. M. (1982). Child abuse and depression : Cause or consequences? *Child Welfare*, 7, 403-413.

- Lahey, B. B., Conger, R. D., Atkeson, B. M., & Treiber, F. A. (1984). Parenting behavior and emotional status of physically abusive mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 1062-1071.
- Lessard, C. (2000). *Indicateurs repères sur l'application de la loi sur la protection de la jeunesse, 1993 à 1999*. Ministère de la santé et des Services Sociaux. Québec : Gouvernement du Québec.
- Macfie, J., Cichetti, D., Toth, S.L. (2001) The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology, 13*, 233-254.
- Magura, S., & Moses, B. S. (1984). *Outcomes measures for child welfare services. Theory and Applications*. Washington, DC : Child Welfare League of America.
- Milner, J. S. (1980). *The Child Abuse Potential Inventory Manual*. Webster, NC : Psytec.
- National Child Abuse and Neglect Data System (1998). U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau, Child Maltreatment. *Child maltreatment 1996: Reports from the States to the National Center on Child Abuse and Neglect*. Washington DC: U.S. Government Printing Office.
- Neison, K. (1997). Approaches to Intervention with Chronically Neglecting Families. In S. W. Henggeler, & A. B. Santos (Éds.), *Innovative Approaches for Difficult-to-Threat Populations* (pp.83-98) Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Palacio-Quintin, V., & Palacio-Quintin, E. (1992). *Version française du questionnaire CAPI de Milner*. Trois-Rivières : Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Petot, D. (1999). Les dépressions. In E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot, et M. Tousignant (Éds), *Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (pp.111-133). Montréal: Gaétan Morin.
- Quinton, D., & Rutter, M. (1988). *Parenting breakdown*. Averbury : Brookfield.
- Reynold, W. M., & Gould, J. W. (1981). A psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 306-307.
- Statistique Canada. *Indicateurs de la santé - Risque de dépression* [En ligne].
http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00601/high/depres_f.htm (Page consultée le 17 septembre 2001)
- Statistique Canada. *Rapports sur la santé* [En ligne].
http://www.statcan.ca/francais/ads/82-003-XIB/depres_f.htm (Page consultée le 17 septembre 2001).
- Surrey, J., Swett, C., Micheals, A., & Levin, S. (1990). Reported history of physical and sexual abuse and severity of symptomatology in women psychiatric outpatients. *American Journal of Orthopsychiatry, 60* (3), 412-417.
- Trocmé, N., McLaurin, B., Fallon, B., Duciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., & Mayer, M. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*. Ottawa : Santé Canada.
- Vézina, A., & Bradet, R. (1990). *Validation québécoise de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales*. Research report. Québec : Université Laval.
- Wexler, B. E., Lyons, L., Lyons, H., & Mazure, C. M. (1997). Physical and Sexual Abuse During Childhood and Development of Psychiatric Illness During Adulthood. *The Journal of nervous and mental disease, 185* (8), 522-524.
- Wolfe, D. (1985). Child abusive parents : An empirical review and analysis. *Psychological Bulletin, 97*, 462-482.
- World Health Organization (1996) *Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders*. New-York. Cambridge University Press.
- Zlotnick, C., Ryan, C. E., Miller, I. W., & Gabor, K. I. (1995). Childhood abuse and recovery

- from major depression. *Child Abuse and Neglect*, 19 (12), 1513-1516.
- Zuravin, S. J. (1989). Severity of maternal depression and three types of mother-to-child aggression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59 (3), 377-389.
- Zuravin, S. J., McMillen, C., DePanfilis, D., & Risley-Curtiss, C. (1996). The intergenerational cycle of child maltreatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 11 (3), 315-334.

PARENTALITÉ ET INCAPACITÉS INTELLECTUELLES : UNE ÉTUDE PILOTE

Denise Lalande, Louise S. Éthier, Christine Rivest et Michel Boutet

Le but de cette étude est de décrire les caractéristiques de la relation parent-enfant pour 11 familles (11 mères et 12 enfants), dont la mère présente des incapacités intellectuelles (déficience moyenne ou légère). Les principaux aspects évalués sont le soutien social et les services reçus par la famille, le stress parental, les difficultés de la mère dans l'exercice des responsabilités parentales, le niveau de développement général de l'enfant ou son niveau intellectuel, les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés chez l'enfant. Les résultats indiquent que, indépendamment du soutien et des services reçus par les familles, 5 mères sur 11 se perçoivent globalement très stressées par l'exercice de leur rôle parental, et 7 mères éprouvent de grandes difficultés à se sentir attachées à l'enfant et renforcées par lui. Les intervenants observent pour 81,8 % des familles, un risque moyennement élevé dans la capacité des mères à prendre soin de l'enfant et à résoudre les problèmes soulevés. Pour 63,6 % des familles, les intervenants perçoivent aussi un risque moyen de négligence émotionnelle envers l'enfant. Enfin, deux enfants présentent un retard global de développement et un enfant a une déficience intellectuelle. Une majorité de ces enfants (60 %) sont perçus par leur mère comme ayant des problèmes élevés de comportement. Les résultats sont discutés dans une perspective de prévention et de soutien aux familles.

Le choix d'avoir un enfant est reconnu comme un droit fondamental pour tout adulte. Pourtant, avant les années 70, l'expression d'une vie affective, amoureuse et sexuelle était peu valorisée pour les personnes présentant des incapacités intellectuelles. La désinstitutionnalisation, l'intégration dans la société des adultes présentant des incapacités intellectuelles, la suppression de la loi concernant la stérilisation sans le consentement de la personne (Feldman, Case, Towns & Betel, 1985; Llewellyn, 1997) et la reconnaissance de leurs droits en tant qu'individus, ont favorisé le développement de relations conjugales et familiales (Llewellyn, 1994). Bien qu'il n'y ait pas de données épidémiologiques sur la fréquence et le nombre d'enfants

issus de parents présentant des incapacités intellectuelles, il a été évalué qu'aux États-Unis, au moins 120,000 bébés naissent chaque année d'une mère présentant des incapacités intellectuelles (Keltner & Tymchuk, 1992). Au Québec, bien que l'on ne possède pas de données formelles sur le sujet, on constate également dans les centres de réadaptation en déficience intellectuelle, une augmentation du nombre de situations de parentalité chez les adultes présentant des incapacités intellectuelles. Il est donc permis de croire que les personnes ayant des incapa-

Denise Lalande et Louise S. Éthier, Université du Québec à Trois-Rivières; Christine Rivest et Michel Boutet, Centre de Services en Déficience Intellectuelle de la Mauricie et du Centre du Québec.

Nous tenons à remercier tous les intervenants(es) et conseillers(ères) à l'intervention des différents centres de réadaptation qui ont bien voulu collaborer à ce projet: le Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre du Québec, le Centre du Florès, le Centre Normand-Laramée, les Services de Réadaptation du Sud-Ouest. Nous remercions également toutes les familles qui ont gentiment accepté de participer à cette étude. Sans elles, ce projet n'aurait pu être réalisé et mené à terme.

cités intellectuelles seront de plus en plus nombreuses à se marier, à avoir des enfants et à élever leurs enfants (Feldman, 1986; Tymchuk & Feldman, 1991; Whitman & Accardo, 1990).

Devant cette nouvelle réalité, les cliniciens sont de plus en plus confrontés au phénomène des parents présentant des incapacités intellectuelles et de plus grands efforts sont déployés afin de comprendre ce qui peut aider et ce qui peut nuire aux habiletés parentales de ces parents (Tymchuk, 1990).

Incapacités intellectuelles et difficultés parentales

Selon Feldman (1994), les parents présentant des incapacités intellectuelles ont plus de difficultés à prendre des décisions appropriées, à répondre aux besoins de leurs enfants, à fournir un environnement stimulant et à agir de façon appropriée en fonction de l'âge de développement des enfants. Ces parents éprouvent souvent de la difficulté à comprendre les besoins de leurs enfants et ne savent pas où et comment se procurer les services qui les aideraient à mieux répondre à ces besoins (Heighway, Kidd-Webster & Snodgrass, 1988). D'ailleurs, plusieurs auteurs s'accordent à dire que les mères présentant des incapacités intellectuelles interagissent peu avec leur enfant, plus particulièrement lorsque celui-ci est en bas âge. Dans une étude menée par Crittenden et Bonvillian (1984) auprès de mères présentant des incapacités intellectuelles, de mères de niveau socio-économique faible, de mères ayant abusé leurs enfants, de mères ayant négligé leurs enfants, de mères sourdes-muettes et de mères sans difficultés apparentes, les résultats ont démontré que les mères présentant des incapacités intellectuelles avaient un niveau de sensibilité maternelle peu élevé, les rapprochant étroitement des parents ayant abusé ou négligé leurs enfants. Dans le groupe de mères présentant des incapacités intellectuelles, seulement 30 % avaient des comportements affectueux envers leur enfant, comparativement à 100 % des mères sans difficultés et 80 % des mères de niveau socio-économique faible.

Toutefois, des travaux relativement récents ont démontré que plusieurs parents présentant des incapacités intellectuelles, s'ils reçoivent le soutien

nécessaire, arrivent à développer des habiletés parentales adéquates. Ils peuvent notamment acquérir des connaissances et des habiletés comme parents (Tymchuk, Andron & Unger, 1987) en rendant leur domicile sécuritaire (Tymchuk, Andron & Tymchuk, 1990), en réagissant de façon adéquate aux urgences (Tymchuk, 1990), en étant en interaction avec leur enfant (Tymchuk & Andron, 1992) et en lui donnant un encadrement disciplinaire (Tymchuk & Andron, 1990).

Incapacités intellectuelles et négligence parentale

Lorsque l'on considère l'ensemble des études sur l'abus ou la négligence faite aux enfants, plusieurs auteurs considèrent qu'un faible niveau intellectuel représente un risque important d'abus ou de négligence (Crittenden, 1988; Éthier, Biron, Pinard, Gagnier & Désaulniers, 1998; Feldman, 1986). À cet effet, Palacio-Quintin et Éthier (1993) définissent la négligence parentale comme étant l'échec chronique du parent à répondre aux divers besoins de son enfant quant à la santé, l'hygiène, la protection, l'éducation ou la vie émotionnelle. Ainsi, elle se définit plus par l'absence de comportements qui sont bénéfiques à l'enfant, que par la présence de conduites parentales néfastes. De leur côté, Guay, Éthier, Palacio-Quintin et Boutet (1997) ont démontré que les cas les plus sévères en négligence étaient ceux dont l'un des parents présentait des incapacités intellectuelles. Une étude menée par Ray, Rubenstein et Russo (1994) a démontré que sur 41 familles dont l'un des parents présentait des incapacités intellectuelles, plus de 50 % des enfants de ces familles avaient été victimes d'abus ou de négligence et que près de 65 % étaient suivis par une agence de protection. De leur côté, Whitman, Graves et Accardo (1987) ont recensé 388 parents présentant des incapacités intellectuelles et plus de 50 % de ces parents avaient déjà fait l'objet d'une plainte pour abus ou négligence envers leurs enfants.

Plusieurs auteurs notent que le simple fait d'être identifié comme ayant des incapacités intellectuelles est suffisant pour qu'il y ait soupçon d'incompétence parentale (Feldman, Case & Sparks, 1992) et ces parents sont plus susceptibles de voir leurs enfants

retraités de leurs soins sous la seule présomption d'une incapacité parentale (Tymchuk & Feldman, 1991). Aux États-Unis et au Canada, environ 80 % de ces parents perdent leurs droits de parentalité, surtout à cause de la négligence exercée ou potentielle (Feldman *et al.*, 1992; Feldman, Sparks & Case, 1993; Seagull & Scheurer, 1986; Taylor *et al.*, 1991). Par contre, d'autres études attestent que le niveau d'incompétence parentale n'est pas directement fonction du degré d'intelligence, à moins que celui-ci ne soit en-dessous de 50 ou 60 de QI (Budd & Greenspan, 1984; Keltner, 1994; Tymchuk & Feldman, 1991). Selon Tymchuk et Andron (1990), le niveau intellectuel est insuffisant pour déterminer la capacité parentale. D'autres facteurs de risque associés à la négligence tels que la pauvreté, le stress parental, les expériences d'abus et de négligence durant l'enfance et l'absence de soutien coexistent fréquemment avec un faible niveau intellectuel et nuisent aux habiletés parentales.

La pauvreté des familles

La pauvreté est reconnue comme étant un facteur de risque important relié à la négligence parentale. D'ailleurs, la majorité des études faites en négligence démontrent qu'un faible niveau socio-économique a un effet néfaste sur le niveau de stress parental. Les parents présentant des incapacités intellectuelles sont souvent inaptes à occuper un emploi rémunéré et leur seule ressource financière est l'aide sociale. Leurs limites cognitives entraînent une situation socio-économique précaire et un faible revenu, favorisant le développement d'un contexte propice aux difficultés parentales (Schilling & Schinke, 1984). Il semble que la majorité des mères ayant des incapacités intellectuelles soient pauvres ou extrêmement pauvres (Keltner, 1992; Whitman, Graves & Accardo, 1989). Les problèmes cognitifs et la vulnérabilité émotionnelle présents dans la déficience, se conjuguant aux effets de la pauvreté, placent les parents présentant des incapacités intellectuelles dans des situations de difficultés parentales à risque élevé (Whitman *et al.*, 1989). En plus de leur niveau de pauvreté, la majorité de ces parents ont de la difficulté à gérer leur budget et ils requièrent du soutien à ce niveau. D'ailleurs, Ray *et al.* (1994) indiquent que près de 50 % des individus

ayant des incapacités intellectuelles qui participent à leur programme d'aide ne peuvent gérer seuls leur budget.

Le stress vécu dans l'exercice du rôle parental

Un statut socio-économique faible, l'absence d'un conjoint et l'isolement social sont autant de facteurs de risque qui peuvent hausser le stress vécu quotidiennement. Chez les parents présentant des incapacités intellectuelles, ces facteurs de risque coexistent fréquemment avec leurs incapacités intellectuelles, ce qui fait en sorte qu'ils vivent souvent un niveau de stress critique. Le sentiment d'incompétence vécu par plusieurs de ces parents contribuerait également au stress qu'ils ressentent (Feldman, 1998). Pour Feldman, Léger et Walton-Allen (1997), les parents ayant des incapacités intellectuelles ont un niveau de stress supérieur à la population générale et leur niveau de stress ne s'atténue pas avec le temps, au contraire, il augmente avec l'âge de l'enfant. Dans une étude qu'ils ont menée auprès de 82 mères présentant des incapacités intellectuelles, il fut démontré que celles-ci avaient un niveau de stress cliniquement significatif. De plus, les mères ayant des enfants d'âge scolaire obtenaient un résultat beaucoup plus élevé que les mères d'enfants d'âge préscolaire et en bas âge. Selon Guay *et al.* (1997), les incapacités intellectuelles limitent non seulement les habiletés cognitives, mais également les habiletés sociales et la capacité adaptative, contribuant ainsi à hausser le stress vécu quotidiennement.

Les expériences d'abus et de négligence vécues en bas âge

Un autre facteur qui, associé aux incapacités intellectuelles, peut nuire aux habiletés parentales est ce que ces parents ont vécu durant leur propre enfance. Se basant sur les caractéristiques et l'ensemble des données d'environ 200 familles, Feldman (1998) mentionne que lorsque ces parents étaient enfants, plusieurs d'entre eux furent victimes d'abus et de négligence. Même une fois adultes, les incidents d'abus sont fréquents dans la vie des individus présentant des incapacités intellectuelles et ce, en dépit des efforts déployés en matière

d'éducation sexuelle et de développement aux habiletés sociales (Khemka & Hickson, 2000). En plus de l'exploitation sexuelle, les individus présentant des incapacités intellectuelles sont fortement à risque d'être victimes d'abus physique, psychologique et verbal, et de négligence de la part des membres de leur entourage (Conway, 1994).

L'absence de soutien social

Peu d'études se sont intéressées au soutien social des parents présentant des incapacités intellectuelles. Il est toutefois clair que les membres des familles et les différents professionnels oeuvrant auprès de ces parents jouent un rôle important dans la vie de ces derniers (Llewellyn, McConnell, Cant & Westbrook, 1999). Llewellyn *et al.* (1999) ont réalisé une étude auprès de 25 mères présentant des incapacités intellectuelles. Les résultats ont démontré que le réseau moyen de ces mères comptait 5,96 personnes par mère, pour un total de 149 personnes, dont 38 % sont des membres de la famille, 28 % des professionnels du réseau de la santé, 20 % des amis, 7 % des conjoints et 4 % des voisins. Ces mères reçoivent donc du soutien des membres de leur famille et des professionnels du réseau de la santé dans une proportion de 73 %. À titre comparatif, Ethier *et al.* (1993) démontrent que les mères négligentes non déficientes ont en moyenne 4,25 personnes dans leur entourage à qui elles peuvent faire appel en cas de besoin. Ici, nous voyons que les parents présentant des incapacités intellectuelles ont davantage de soutien que les familles négligentes de niveau socio-économique faible. D'autres études menées par Tucker et Johnson (1989) et Zetlin, Weisner et Gallimore (1985) ont démontré que le soutien social des parents présentant des incapacités intellectuelles provient principalement de la famille proche, plus particulièrement de leur mère et de leur père, et qu'ils ont peu de relations à l'extérieur de la famille immédiate. D'ailleurs, plusieurs auteurs s'accordent à dire que ces parents sont isolés socialement (Andron & Tymchuk, 1987; Booth & Booth, 1995). Cet isolement social serait surtout attribuable à la pauvreté, ainsi qu'à la difficulté d'établir des relations sociales. Selon Espe-Sherwindt et Kerlin (1990), l'absence de soutien social peut mener à une détérioration des habiletés

parentales, alors que Andron et Sturm (1973) et Seagull et Scheurer (1986) vont dans le même sens en spécifiant que l'absence de soutien peut conduire au retrait de l'enfant de la famille.

Les caractéristiques des enfants de parents présentant des incapacités intellectuelles

Dans une étude de Reed et Reed (1965), ces derniers ont procédé à l'évaluation intellectuelle de 7,778 enfants. Cette étude révèle que lorsque les deux parents présentent des incapacités intellectuelles, 40 % des enfants présentent également des incapacités intellectuelles, 15 % si seulement un des parents présente des incapacités intellectuelles et 1 % si les deux parents ont un quotient intellectuel se situant dans la moyenne. D'autres études menées par Feldman et Walton-Allen (1997) et Whitman et Accardo (1990) ont confirmé que le taux de prévalence de retard intellectuel chez les enfants vivant avec un parent ayant des incapacités intellectuelles se situe entre 30 % et 40 %.

De leur côté, Feldman et Walton-Allen (1997) ont réalisé une étude auprès de 27 enfants de mères ayant des incapacités intellectuelles et 25 enfants de mères n'ayant pas d'incapacités intellectuelles. Ces auteurs arrivent à la conclusion que les enfants élevés par des parents présentant des incapacités intellectuelles ont un QI significativement inférieur à ceux élevés par des parents n'ayant aucune incapacité intellectuelle. Chez les enfants de mères ayant des incapacités intellectuelles, 59 % fréquentent une classe spéciale, comparativement à 12 % des enfants de parents n'ayant aucune incapacité intellectuelle. Dans cette même étude, les auteurs ont également étudié le comportement d'enfants de mères présentant des incapacités intellectuelles et selon le *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1991), plus de 40 % d'entre eux présentent des problèmes de comportement.

Plusieurs chercheurs ont démontré que les enfants de parents présentant des incapacités intellectuelles sont à risque de retards de développement (Crittenden, 1988; Feldman *et al.*, 1992; Feldman & Case, 1997, 1999; Tymchuk & Feldman, 1991), de difficultés psychosociales et de problèmes de comportement

(Feldman, 1998; Feldman & Walton-Allen, 1997). Selon Feldman *et al.* (1992), Feldman et Case (1997, 1999), ainsi que Tymchuk et Feldman (1991), le risque de retards de développement serait attribuable à un environnement inadéquat.

Feldman *et al.* (1985) ont évalué le développement de 12 enfants âgés de deux ans, nés de mères ayant des incapacités intellectuelles. Leurs résultats révèlent que les enfants accusent des retards de développement, plus particulièrement au niveau du langage. Pour leur part, Keltner, Wise et Taylor (1999) ont étudié les effets de la pauvreté et de la déficience intellectuelle sur le développement d'enfants de deux ans nés de 38 mères présentant des incapacités intellectuelles et de 32 mères ne présentant pas d'incapacités intellectuelles. Toutes les mères de l'étude étaient d'un niveau socio-économique faible. Les résultats démontrent que 42 % des enfants des mères présentant des incapacités intellectuelles accusent un retard de développement, comparativement à 12 % des enfants des mères sans incapacité intellectuelle.

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que plus l'enfant vieillit, plus les parents ayant des incapacités intellectuelles ont de la difficulté à assumer leur rôle parental et à répondre aux besoins de l'enfant. Des études auprès d'enfants fréquentant l'école suggèrent que ceux issus de parents ayant des incapacités intellectuelles sont à haut risque de retards de développement, lesquels s'aggravent à mesure que l'enfant grandit. D'après Accardo et Whitman (1990), les difficultés rencontrées par les parents au niveau du développement et des besoins des enfants d'âge préscolaire semblent s'intensifier et devenir insurmontables lorsque ceux-ci atteignent l'âge scolaire et l'adolescence. Ces mêmes auteures ont évalué 107 enfants référés à un centre d'aide à l'enfance. De ce nombre, 35 avaient plus de six ans et ceux-ci manifestaient plus de problèmes au niveau du développement social et affectif que les enfants plus jeunes. En plus des problèmes de développement, ces enfants, plus spécialement les garçons, sont à haut risque de développer des problèmes de comportement dès qu'ils atteignent l'âge scolaire (Feldman, 1998).

OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Bien que plusieurs études démontrent les limites des personnes présentant des incapacités intellectuelles lorsqu'elles sont confrontées à un rôle de parent, (Crittenden & Bonvillian, 1984; Feldman, 1994; Ray *et al.*, 1994; Whitman *et al.*, 1987), les recherches de Tymchuk et Andron (1992) rapportent que les parents ayant des incapacités intellectuelles qui reçoivent les services nécessaires présenteraient une conduite parentale adéquate avec des enfants en bas âge. À notre connaissance, au Québec, aucune étude empirique n'a été effectuée auprès de familles dont l'un des parents présente des incapacités intellectuelles. Notre objectif est de décrire la situation familiale et la relation mère-enfant sous diverses dimensions, telles que le soutien social reçu par les parents, les services qui leur sont octroyés, le niveau de stress parental, le niveau de bien-être de l'enfant au sein de sa famille, le niveau de développement général de l'enfant et les indices de problèmes de comportement de l'enfant dans sa famille.

Nous présumons que les résultats démontreront que les enfants, dont les parents sont soutenus, auront un développement normal et ne présenteront pas d'indices de problèmes de comportement.

MÉTHODE

Participants

L'échantillon est composé de 11 familles (11 mères et 12 enfants) qui furent recrutées auprès de quatre centres de réadaptation au Québec. Pour participer à la recherche, les mères devaient avoir une incapacité intellectuelle reconnue et recevoir des services réguliers d'un centre de réadaptation spécialisé en déficience intellectuelle. Les mères ont été recrutées sur une base volontaire et un consentement écrit fut obtenu. Le tableau 1 présente la description des familles monoparentales ($n=6$), alors que le tableau 1A donne un aperçu des familles biparentales ($n=5$). Cinq mères présentent une déficience légère (QI entre 50 et 75), alors que les 6 autres présentent une déficience moyenne (QI entre 35 et 50). Selon

l'*Échelle de Reiss* (Reiss, 1988), 3 mères présentent un ou plusieurs indices de psychopathologie. Toutefois, aucune d'entre elles n'a de suivi psychiatrique. Nous observons cependant que cinq mères rapportent avoir subi des abus sexuels ou de la violence dans leur famille d'origine. *Perte initiale du sujets* : deux mères se retirèrent après une première rencontre, de crainte que les renseignements qu'elles donneraient serviraient à leur retirer la garde de leur enfant. Une mère a été retirée de l'étude, car elle présentait une lenteur intellectuelle (QI >75). Deux enfants ont été exclus, car ils sont atteints de déficience intellectuelle, de microcéphalie et de paralysie cérébrale et aucun test n'a pu leur être administré directement. Un autre enfant n'a pas participé à cette recherche, car il est âgé de 16 ans, il vit en famille d'accueil et il n'a aucun contact avec sa mère. Les tableaux 2 et 3 présentent les données socio-démographiques de l'échantillon retenu pour les mères et les enfants.

Instruments de mesure

Mesures directes aux mères

Le *Questionnaire démographique* (Éthier et al., 1998a) a permis de recueillir les différentes informations concernant les mères, soit leur âge, leur état civil, leur scolarité, leur situation économique, etc. Les différents événements de la vie des mères durant leur enfance et leur adolescence (ruptures, placements, violence, abus, etc.) furent obtenus à partir du *Questionnaire d'Informations sur le parent* (Éthier et al., 1998a). Le QI des mères fut évalué à l'aide de *L'Épreuve Individuelle d'Habilité Mentale (EIHM)* (Chevrier, 1989). Cet instrument vise à évaluer le niveau de fonctionnement intellectuel du participant.¹ Le soutien que les mères reçoivent de leur entourage a été évalué à l'aide du *Questionnaire sur le Soutien Social du Parent*. Cet instrument est composé de neuf items tirés du test de Sarason,

1. L'American Association on Mental Retardation (AAMR) réfère à un QI entre 50 et 75 pour une déficience légère, entre 35 et 50 pour une déficience moyenne, entre 20 et 35 pour une déficience sévère et de moins de 20 pour une déficience profonde.

Levine, Basham et Sarason (1983), traduits et validés pour une population défavorisée par Éthier et al. (1998a). Ce questionnaire vise à identifier le nombre et le type de personnes qui composent le réseau social du participant. *L'Index de Stress Parental* (forme brève) (Abidin, 1990; traduit et validé pour une population québécoise par Bigras, LaFrenière & Abidin, 1996) permet de dresser un profil des stress qui peuvent affecter l'harmonie du système parent-enfant. Il est composé de trois échelles :

- détresse parentale ;
- interaction dysfonctionnelle parent-enfant ;
- enfant difficile.

L'échelle de détresse parentale mesure quatre sous-échelles :

- la dépression et le sentiment de compétence du parent ;
- la restriction ;
- l'isolement social ;
- la relation conjugale.

Quant à l'échelle d'interaction dysfonctionnelle parent-enfant, celle-ci regroupe trois sous-échelles :

- acceptabilité ;
- renforcement ;
- attachement.

Finalement, l'échelle enfant difficile regroupe quatre sous-échelles :

- adaptabilité ;
- exigence ;
- humeur ;
- hyperactivité.

Tableau 1

Description des familles (N=11) — Mères monoparentales (n=6)

Familles	Niveau de déficience		Indices de psychopathologie		Enfants participants	Âge des enfants	Sexe
	Mères	Pères	Mères	Pères			
#1 - Mère	Moyenne	N/E*	Oui	N/E*	1	8 ans 10 mois	Fille
#2 - Mère	Légère	N/E*	Non	N/E*	1	2 ans 3 mois	Garçon
#3 - Mère	Légère	N/E*	Non	N/E*	1	12 ans 4 mois	Fille
#4 - Mère	Moyenne	N/E*	Oui	N/E*	1	13 ans 8 mois	Fille
#5 - Mère	Légère	Légère	Non	Non	1	4 ans	Garçon
#6 - Mère	Moyenne	N/E*	Non	N/E*	1	6 ans 2 mois	Fille

Un seul père, ne vivant pas avec la mère, a pu être évalué.

* Non évalué.

Tableau 1A

Description des familles (N=11) — Mères avec conjoint (n=5)

Familles	Niveau de déficience		Indices de psychopathologie		Enfants participants	Âge des enfants	Sexe
	Mères	Pères	Mères	Pères			
#7 - Mère	Légère	N/E*	Oui	N/E*	1	3 ans 6 mois	Garçon
#8 - Mère	Moyenne	N/E*	Non	N/E*	1	3 ans 7 mois	Garçon
#9 - Mère	Moyenne	Lenteur	Non	Non	2	5 ans 7 mois	Garçon
						10 ans 8 mois	Fille
#10 - Mère	Moyenne	Moyenne	Non	Non	1	9 mois	Fille
#11 - Mère	Légère	N/E*	Non	N/E*	1	7 mois	Garçon

Deux pères demeurant avec la mère ont pu être évalués.

* Non évalué.

Tableau 2

Données sociodémographiques

Mères (N=11)	
Âge moyen	32,5 (É.T. 5,41)
État civil	
Célibataires	4
Conjointes de fait	3
Mariées	2
Séparées ou divorcées	2
Scolarité	
Classe spéciale	11
Revenus annuels	
Inférieurs à \$10,000.00	5
\$10,000.00 à \$15,000.00	3
\$15,000.00 à \$20,000.00	2
\$30,000.00 à \$35,000.00	1
Antécédents d'abus sexuels	4
Antécédents de violence physique	1

Cet instrument permet aussi d'évaluer *le stress total* du parent dans l'exercice de son rôle parental. Cette dernière échelle est une indication du stress qu'un parent peut vivre en lien avec son rôle parental. Le score de stress total est obtenu par la somme des stressseurs, soit la détresse parentale, l'interaction dysfonctionnelle parent-enfant et l'enfant difficile.

Mesures indirectes aux mères

Les indices de psychopathologie ont été évalués à l'aide de *L'Échelle de Reiss (Reiss, 1988)*. Cette échelle a été conçue pour des adolescents et des adultes présentant des incapacités intellectuelles. Cet instrument de mesure dégage des indices de

Tableau 3

Données sociodémographiques

	Enfants évalués (N = 12)	
	Filles (n=6)	Garçons (n=6)
Âge moyen	8,74 ans (É.T. 4,72)	3,25 ans (É.T. 1,69)
Fréquentation scolaire		
Primaire	5	0
Maternelle	0	1
Problèmes académiques	4	0
Incapacité intellectuelle	1	0
Abus sexuels d'un tiers	3	1
Antécédents de placement en famille d'accueil	2	1
Placement au moment de l'étude	1	0

psychopathologie, mais ne permet pas de poser un diagnostic. Il est complété par l'intervenant responsable du dossier, selon la connaissance qu'il a de la mère. *L'Inventaire concernant le bien-être de l'enfant* (Magura & Moses, 1986; validé pour une population québécoise par Vézina & Bradet, 1990) vise à déterminer les difficultés liées à l'exercice des responsabilités parentales pouvant affecter le bien-être de l'enfant. Ce questionnaire est complété par l'intervenant responsable du dossier à partir de ses observations de la famille dans son milieu naturel. Il permet de faire ressortir les domaines qui présentent le plus de risque pour l'enfant et de mettre en évidence les zones dans lesquelles les capacités

parentales sont présentes ou semblent plus déficientes. Il permet d'observer, d'organiser, de nuancer, l'évaluation d'une situation familiale à partir de 43 facettes ou échelles bien distinctes du concept de bien-être de l'enfant, lesquelles sont regroupées en 3 facteurs et 5 dimensions pouvant affecter le développement de l'enfant. Les résultats sont répartis selon quatre catégories de risque : très haut risque, haut risque, risque moyen et risque faible à nul. Cet instrument est couramment utilisé dans les Centres Jeunesse au Québec. Les *services professionnels octroyés aux parents* furent identifiés lors d'un entretien avec l'intervenant responsable du dossier de la famille.

Mesures directes aux enfants

Le niveau intellectuel des enfants de six ans et plus fut évalué à l'aide des *Matrices Progressives de Raven* (Raven, Court & Raven, 1983). Cet instrument permet de déterminer si l'enfant présente une incapacité intellectuelle ou non. Il ne donne pas le QI de l'enfant, mais précise à quel percentile il se situe par rapport à son groupe d'âge. Le développement des enfants de cinq ans et moins fut évalué à l'aide de l'*Échelle de développement Harvey* (Harvey, 1984). Cette échelle mesure la motricité, l'autonomie, le graphisme, le langage et les connaissances.

Mesures indirectes à l'enfant

Le *Questionnaire d'Informations concernant l'environnement premier de l'enfant-cible* (Éthier et al., 1998b) a permis de recueillir les informations relatives aux enfants, soit l'âge, le sexe, la fréquentation scolaire, ainsi que les événements vécus par ces derniers au cours de leur enfance. Ce questionnaire est complété par la mère. La *Liste de comportements pour enfant d'Achenbach* (Achenbach, 1991; traduit pour une population québécoise par Pettigrew & Bégin, 1993) a permis de cibler les indices de problèmes de comportement chez les enfants. Ce questionnaire est complété par le parent selon la perception qu'il a de son enfant. La version 2-3 ans mesure les comportements de l'enfant selon 8 échelles : la dépression, le retrait, les troubles du sommeil, la somatisation, l'agressivité, la destruction, l'internalisation et l'externalisation. La version 4 ans et plus mesure le retrait, la somatisation, l'anxiété et la dépression, les problèmes de socialisation, les troubles de la pensée, l'attention, les comportements délinquants, l'agressivité, l'internalisation et l'externalisation.

PROCÉDURE

Toutes les mères furent rencontrées par une étudiante à la maîtrise en psychologie. Les rencontres se déroulaient au domicile des mères. Chaque mère fut rencontrée à deux ou trois reprises et chaque rencontre durait entre une heure et demie et deux heures. Afin de s'assurer de la validité de contenu

des réponses des mères évaluées, la passation se faisait en présence de l'intervenant responsable du dossier de la famille. La présence de l'intervenant visait à mettre en confiance la mère, à s'assurer que cette dernière comprenait bien les questions et dans certains cas, à nuancer les réponses aux questions posées. Les enfants ont été rencontrés pour leur évaluation au domicile de leurs parents à une reprise.

RÉSULTATS

Soutien social du parent

Le réseau social des mères est composé de 76 personnes, pour une moyenne de 6,9 personnes par mère. La figure 1 présente la composition de ce réseau. La famille élargie (frères, sœurs, beaux-frères, belles-sœurs, beaux-parents, grands-parents, etc.) représente 39 % du nombre total de personnes nommées comme source de soutien. Les propres parents des mères représentent seulement 15 % du soutien reçu. Il faut toutefois souligner ici que les parents de quelques mères étaient déjà décédés au moment de cette étude, alors qu'une mère n'avait plus ses parents, 2 mères avaient perdu leur père et 2 autres mères avaient perdu leur propre mère. Les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux et les groupes d'entraide communautaire ont été mentionnés dans une proportion de 17 %. Ainsi, selon la perception des mères de notre étude, les membres de la famille occuperaient la proportion la plus importante de leur réseau de soutien, soit une proportion deux fois plus grande que celle occupée par les professionnels.

Le soutien apporté par les enfants représente 4 % du soutien reçu, suggérant ici un non-renversement des rôles dans la majorité des familles. En effet, il serait problématique que des parents puissent compter sur le soutien émotionnel de leur jeune enfant. Les conjoints, présents dans 5 familles sur 11, contribuent à 4 % du soutien global apporté. Toutefois, si l'on tient compte exclusivement des mères biparentales, 3 d'entre elles (60 %) mentionnent leur conjoint comme source de soutien. En d'autres termes, lorsque le conjoint est présent dans la famille, il est perçu comme une source importante

d'aide. Enfin, 18 % du soutien social proviendrait d'amis et 3 % de voisins ou de connaissances. Ce dernier résultat nous paraît intéressant dans la mesure où les personnes soutien sont stables. Il peut représenter un indice d'intégration sociale de la personne ayant une incapacité intellectuelle.

Services professionnels reçus par les parents

Toutes les familles de cette étude reçoivent des services de soutien à domicile par un intervenant d'un centre de réadaptation en déficience intellectuelle. Ces services sont dispensés à raison d'une fois par semaine pour 8 familles (72,7 %), alors que pour les 3 autres familles (27,3 %), les services sont dispensés à raison d'une fois aux deux semaines ou à la demande de la famille selon le besoin. De plus, toutes les familles reçoivent du soutien additionnel, soit d'un Centre local de services communautaires (CLSC), de la Protection de la Jeunesse (DPJ), d'un centre hospitalier, ou d'un groupe d'entraide. Les familles de cette étude reçoivent donc des services professionnels variés de différents organismes afin de les aider à assumer leur rôle parental. Néanmoins, il est possible que les familles de notre étude bénéficieraient, outre les services professionnels, de visites d'aide à domicile par des familles soutien, bénévoles ou non. Les effets positifs des familles visiteuses, sur différents types de clientèles, ont été démontrés notamment par Olds *et al.* (1998).

Services professionnels reçus par les enfants

Au niveau scolaire, trois enfants qui fréquentent le primaire reçoivent des services, soit d'un orthophoniste ou d'un psycho-éducateur, ou fréquentent une classe spéciale. De plus, un enfant, en raison d'un diagnostic de déficience intellectuelle, reçoit les services d'un centre de réadaptation et un autre enfant reçoit des services d'un centre de réadaptation physique pour des retards de développement, ainsi que des services d'un centre hospitalier en orthophonie. Les différents services octroyés aux familles sont présentés au tableau 4.

Le stress parental

La figure 2 présente le nombre de mères atteignant

un niveau de stress parental très élevé, se situant au 90^e percentile de la population générale. À l'échelle *interaction dysfonctionnelle parent-enfant* (acceptabilité, renforcement et attachement à l'enfant), 7 mères (63,6 %) atteignent le seuil clinique. Ce résultat nous apparaît préoccupant, puisqu'il signifie que la majorité des mères se perçoivent comme acceptant peu leur enfant, se sentent peu renforcées par lui, ou attachées à lui. À l'échelle *stress total* (détresse parentale, interaction dysfonctionnelle parent-enfant, enfant difficile), 5 mères (45,5 %) vivent un niveau de stress critique. Ces mères perçoivent leur situation personnelle éprouvante. De ces 5 mères, 4 perçoivent leur enfant comme difficile (adaptabilité, exigence, humeur, hyperactivité).

Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE)

La figure 3 présente le nombre de familles ayant un risque moyen à l'un ou l'autre des facteurs ou dimensions concernant le bien-être de l'enfant. Les résultats les plus significatifs se situent au facteur *dispositions parentales* qui mesure plus spécifiquement la capacité des parents à assurer les soins à l'enfant, la reconnaissance des problèmes par les parents, la motivation des parents à résoudre les problèmes et la coopération des parents avec les services. Pour ce facteur, 9 familles (81,8 %) atteindraient un risque moyen et parmi celles-ci, 6 familles (54,5 %) auraient un risque moyen de *négligence émotionnelle*. La dimension de négligence émotionnelle tient compte, entre autres, de l'acceptation des enfants, des manifestations d'affection, de l'approbation des enfants, des attentes des parents face aux enfants et de la cohérence de la discipline au foyer. Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus à l'Index de stress parental.

Les Matrices Progressives de Raven

Pour les enfants âgés de 6 ans et plus (n=5), 4 d'entre eux (80 %) ne présentent aucune incapacité intellectuelle (QI >5^e percentile). Un enfant se situe entre le 5^e et le 10^e percentile, un autre entre le 25^e et le 50^e percentile, alors que deux autres enfants se situent au-delà du 95^e percentile. Un enfant (20 %)

Tableau 4

Services octroyés aux familles (N=11)

Services	Nombre de familles	Personnes qui reçoivent les services
Centre de réadaptation		
Section adulte		
- Aide éducative à domicile	11 (100 %)	Mères
- Soutien à l'intégration au travail	2 (18,2 %)	Mères
Section enfance		
- Aide éducative à domicile	1 (7,7 %)	Enfant (Déficience)
- Stimulation	1 (7,7 %)	Enfant (Retard de développement)
Centre local de services communautaires (CLSC)		
- Soutien matériel, affectif et éducatif	7 (63,6 %)	Mères et enfants
Protection de la Jeunesse (DPJ)		
- Soutien matériel, affectif et éducatif	3 (27,3 %)	Mères et enfants
Centre hospitalier		
- Orthophonie	1 (7,7 %)	Enfant
Groupe d'entraide	1 (7,7 %)	Mère
Services à l'école	3 (23,1 %)	Enfants
- Orthophonie		
- Psycho-éducation		
- Classe spéciale		

Figure 1

Composition du réseau de support social pour les mères

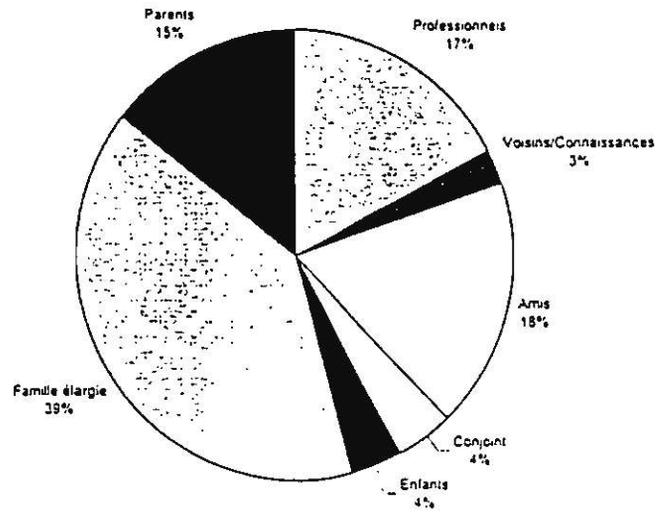
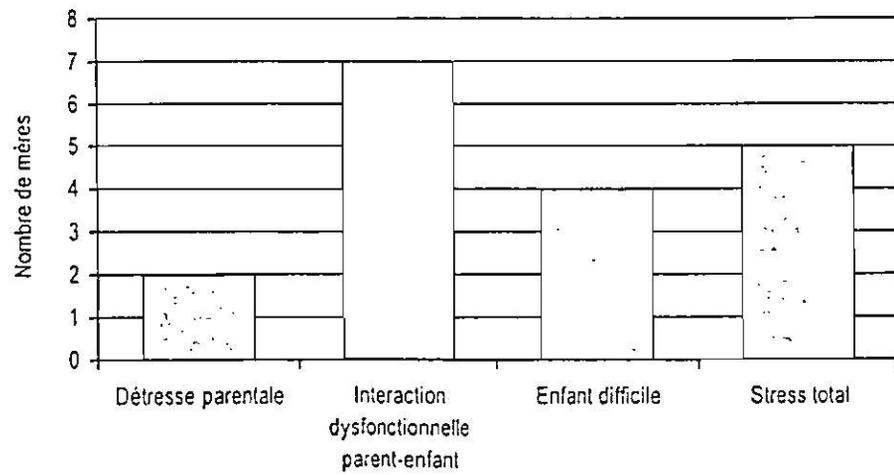


Figure 2

Index de stress parental (ISP) - Nombre de mères atteignant le seuil clinique du 90^e percentile



présente des incapacités intellectuelles (QI < 5^e percentile).

Échelle de développement Harvev

Le quotient de développement moyen des enfants de 5 ans et moins (n=7) est de 1,07, soit comparable au développement des enfants du même âge de la population générale, la moyenne étant de 1 (tableau 5). Toutefois, 2 enfants (28,6 %) obtiennent un quotient de développement inférieur à 1, tandis qu'un autre enfant se situe à la limite, soit 0,99. Si l'on considère les résultats individuels, on remarque à l'échelle du graphisme, que 5 enfants (71,4 %) présentent un retard allant de 3 à 25 mois. L'on retrouve également des retards à l'échelle de connaissances pour 3 enfants (42,9 %), ces retards s'échelonnant entre 4 et 13 mois. Au niveau du langage, 4 enfants (57,1 %) accusent des retards de développement variant entre 1 et 15 mois. À l'échelle de la motricité, 3 enfants (42,9 %) présentent des retards entre 1 et 9 mois, tandis qu'à l'échelle de l'autonomie, un seul enfant présente un retard de 23 mois.

Liste de comportements pour enfants d'Achenbach

Chez les enfants d'âge préscolaire, 5 ans et moins (n=5), 40 % d'entre eux présenteraient, selon la perception de leur mère, des indices de problèmes de comportement les situant au-delà du 95^e percentile de la population générale, c'est-à-dire que seulement 5 % des enfants du même âge présentent de tels indices. Chez les enfants d'âge scolaire (n=5), 80 % de ces enfants présenteraient un ou plusieurs indices de problèmes de comportement (95^e percentile).

Dans l'ensemble, 60 % des enfants seraient perçus par leur mère comme ayant des indices élevés de problèmes de comportement (voir tableaux 6 et 7).

Vignette clinique

Les résultats présentés plus haut donnent un aperçu global des données obtenues pour l'ensemble des familles évaluées. La mise en commun des résultats permet de situer ces familles par rapport à la population générale, mais elle ne permet pas de com-

prendre les différences individuelles qui existent entre les familles dont la mère présente des incapacités intellectuelles. Malgré nos efforts pour recruter des familles comparables, chacune d'elles représente une situation particulière, voire unique. Nous aimerions illustrer ici une situation où la famille se trouve, en comparaison avec les autres familles de notre étude, dans une situation relativement favorable sur le plan socio-économique et social.

Carole (nom fictif) est âgée de 27 ans, elle a une déficience moyenne. Elle ne relate aucune situation d'abus ou de négligence durant son enfance et elle ne présente aucun indice de psychopathologie. Son conjoint est âgé de 34 ans. Ce dernier n'a pas de déficience reconnue, mais il est atteint de dystrophie musculaire depuis la fin de l'adolescence. Carole travaille à temps plein comme cuisinière, alors que son conjoint occupe lui aussi un emploi à temps plein comme journalier. Ils ont des revenus annuels se chiffrant entre \$15.000,00 et \$20.000,00, ce qui les situe légèrement au-dessus du seuil de pauvreté (Conseil Canadien du Développement, 2000). Ils ont un fils, Alexandre (nom fictif), âgé de 3 ans 7 mois. Ce dernier fréquente la garderie à raison de 5 jours par semaine. Alexandre accuse des retards de développement au niveau de la motricité, de l'autonomie, du graphisme et du langage. Il a un quotient développemental de 0,71, ce qui est très inférieur à la moyenne des enfants de son âge. Il présente également des traits d'anxiété et un indice élevé de somatisation et d'internalisation (95^e percentile). Selon Carole, son conjoint ne lui apporte aucun soutien. Toutefois, elle reçoit du soutien d'une intervenante d'un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et d'une intervenante sociale du CLSC. De plus, Alexandre reçoit des services en ergothérapie. Carole mentionne également qu'elle reçoit de l'aide de ses parents, de ses frères et d'amis. Malgré tout le support qui lui est octroyé, Carole atteint le seuil clinique au niveau de l'interaction dysfonctionnelle parent-enfant et elle perçoit Alexandre comme étant un enfant difficile. De façon globale, elle présente un stress parental très élevé. Carole démontre également un risque moyen au facteur dispositions parentales et à la dimension de négligence émotionnelle.

Figure 3

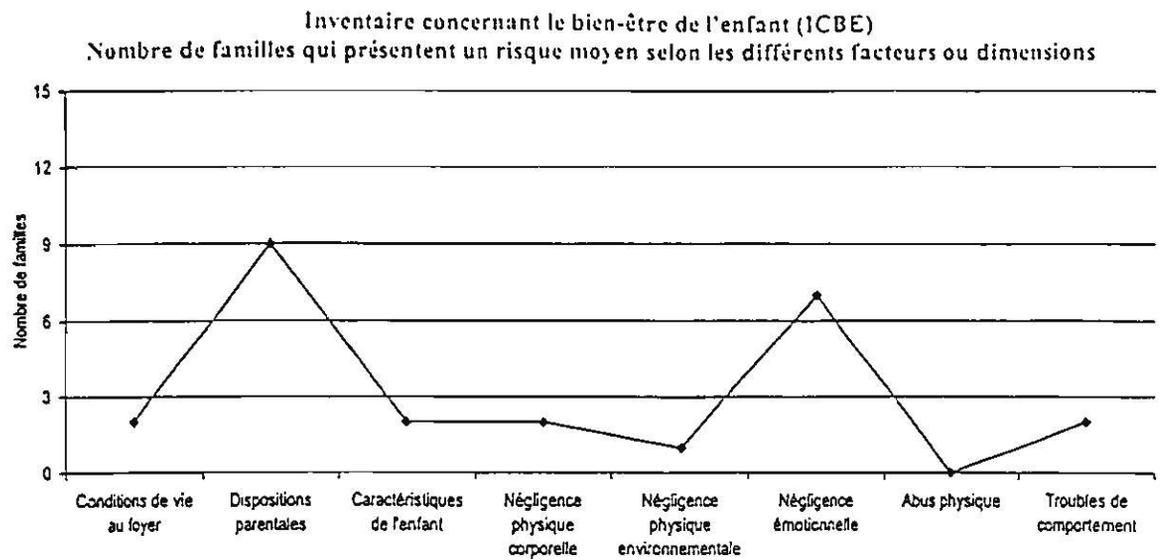


Tableau 5

Échelle de développement Harvey (Harvey, 1984)

Résultats individuels (en mois) pour les enfants (n=7) âgés entre 0 et 5 ans							
Enfants	Âge	Motricité	Autonomie	Graphisme	Langage	Connaissances	Q.D.
1 ^{er} enfant	27	48	29	24	24	27	1,13
2 ^e enfant	42	69	72	31	45	51	1,28
3 ^e enfant	43	36	20	27	30	39	0,71
4 ^e enfant	67	90	75	42	72	54	0,99
5 ^e enfant	9	14	10	10	14	12	1,33
6 ^e enfant	7	6	8	8	6	12	1,14
7 ^e enfant	48	39	66	36	33	39	0,89
Moyenne	34,7	43,1	40	25,4	32	33,4	1,07

Cette vignette démontre bien que Carole rapporte des difficultés dans son rôle de parent et ce, en dépit de tous les services et de l'aide qu'elle reçoit. Si l'on se réfère aux différents facteurs de risque reliés à la négligence, son niveau socio-économique est légèrement au-dessus du seuil de pauvreté, elle ne relate aucune situation d'abus ou de négligence dans son enfance, elle ne présente aucun indice de psychopathologie selon son intervenant et elle reçoit du soutien régulier de son entourage, ainsi que des services formels. De plus, Carole occupe un emploi rémunéré à temps plein. Dans ce cas-ci, l'influence de la déficience intellectuelle pourrait être déterminante. Néanmoins, nous devons demeurer prudent dans notre interprétation, en raison des limites des mesures utilisées et des autres facteurs non évalués. Par exemple, des dimensions importantes telles que le lien d'attachement entre Carole et son fils n'ont pas été mesurées et peuvent avoir une influence considérable sur la conduite de l'enfant.

DISCUSSION

Près de la moitié des mères de l'étude ont un niveau de stress parental très élevé en comparaison avec la population générale et la majorité d'entre elles éprouvent de grandes difficultés à se sentir attachées à l'enfant et renforcées par lui. Ces données, provenant des mères elles-mêmes, peuvent être mises en relation avec la perception des intervenants qui évaluent ces familles comme présentant des risques moyennement élevés à prendre soin de l'enfant, à reconnaître les problèmes existants et à s'investir sur le plan émotionnel, comme par exemple, manifester de l'affection à l'enfant.

La négligence émotionnelle présente chez plus de la moitié des familles confirme les résultats de Crittenden et Bonvillian (1984), pour qui le niveau de sensibilité maternelle est relativement bas chez les mères présentant des incapacités intellectuelles. Une faible proportion de ces mères auraient des comportements affectueux envers leur enfant. D'ailleurs, Tymchuk *et al.* (1987), ainsi que Tymchuk et Andron (1988) qualifient les interactions entre les parents présentant des incapacités intellectuelles et leur enfant comme étant restric-

tives, punitives, non stimulantes, peu fréquentes et s'établissant toujours sur un même mode de communication. Il est possible que la grande détresse dans laquelle se trouvent les mères lorsqu'elles exercent leur rôle parental nuise à l'attachement et à la sensibilité envers l'enfant. En effet, celui-ci est davantage perçu par la mère comme une source de « problèmes » et moins comme une source de réconfort et d'affection.

Au niveau du développement général et cognitif des enfants, 25 % présentent des retards par rapport à la moyenne et la majorité, soit 60 %, sont perçus par leur mère comme ayant des problèmes de comportement élevés d'intériorisation ou d'extériorisation. Le nombre d'enfants présentant des indices de problèmes de comportements augmente dès qu'ils atteignent l'âge scolaire. Ces résultats viennent confirmer les conclusions d'une étude menée par Accardo et Whitman (1990) à l'effet que plus les enfants vieillissent, plus ils manifestent des problèmes de comportement, tant au niveau social qu'affectif.

Aux échelles de la *motricité* et de l'*autonomie*, de façon globale, les enfants obtiennent des résultats supérieurs à leur âge chronologique. Ces résultats sont comparables à ce que l'on retrouve dans les populations d'enfants négligés (Éthier *et al.*, 1993). Laissés à eux-mêmes, les enfants deviennent plus autonomes. Par contre, au niveau du *graphisme*, du *langage* et des *connaissances*, il y a des retards très marqués chez certains enfants. Ces retards pourraient être dus notamment à un manque de stimulation cognitive de la part du parent. Le fait que les mères aient de la difficulté à entrer en relation avec leur enfant, à lui parler, à jouer avec lui, pourrait expliquer le manque de stimulation. Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par Feldman *et al.* (1985) et par Keltner *et al.* (1999).

Dans cette étude, toutes les mères reçoivent de l'aide, tant de leur famille que des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. Comparativement à des recherches faites dans le domaine de la déficience ou de la pauvreté, le nombre de personnes composant le réseau des mères de notre étude est plus élevé. Les mères nomment comme

Tableau 6

Liste de comportements pour enfants d'Achenbach — Version 2-3 ans (Achenbach, 1991)

Enfants	Enfants âgés de 2-3 ans (n=3)						
	Dépression	Retrait	Somatisation	Agressivité	Internalisation	Externalisation	Score final
1 ^{er} enfant	Très élevée	Très élevé	—	Élevée	Très élevée	Élevée	Très élevé
2 ^e enfant	—	—	—	—	—	—	—
3 ^e enfant	—	—	Très élevée	—	Élevée	—	Élevé

Aucun enfant ne présente d'indice de problèmes de comportement aux échelles sommeil et destruction.

Tableau 7

Liste de comportements pour enfants d'Achenbach — Version 4 ans et plus (Achenbach, 1991)

Enfants	Enfants âgés de 4-13 ans (n=7)						
	Retrait	Somatisation	Socialisation	Attention	Internalisation	Externalisation	Score final
1 ^{er} enfant	—	—	—	Très élevée	—	—	—
2 ^e enfant	—	—	Très élevée	—	Élevée	—	Élevé
3 ^e enfant	Élevé	Très élevée	Très élevée	—	Très élevée	—	Très élevé
4 ^e enfant	—	—	—	—	—	—	—
5 ^e enfant	—	—	—	—	—	—	—
6 ^e enfant	—	—	—	—	—	—	—
7 ^e enfant					Très élevée		Très élevé

Aucun enfant ne présente des indices de problèmes de comportement aux échelles anxiété-dépression, troubles de la pensée, comportement délinquant et agressivité.

source de soutien une moyenne de 6.9 personnes. À l'instar de l'étude de Llewellyn *et al.* (1999), le soutien octroyé aux familles provient surtout des membres de la famille élargie et des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

Les familles de notre étude peuvent compter sur un bon nombre de professionnels et personnes-ressources. Toutefois, recevoir des services une fois par semaine n'est probablement pas suffisant pour que le parent se sente appuyé dans les tâches quotidiennes auprès de l'enfant, d'autant plus que la moitié des familles de notre étude sont monoparentales. Nous devons alors nous interroger sur la manière optimale d'aider les familles aux prises avec un parent ayant une incapacité intellectuelle, de manière à ce que le parent puisse éprouver des gratifications à l'exercice de son rôle, mais aussi de manière à développer la relation émotionnelle entre le parent et l'enfant. Cette dimension est primordiale puisqu'elle est liée au bien-être de l'enfant et à son développement général. Les programmes identifiés dans la documentation sont surtout basés sur des apprentissages instrumentaux, soit sur les soins à donner à l'enfant, l'entretien de la maison et la gestion du budget. Le développement d'habiletés sociales et interpersonnelles, les dimensions de sensibilité maternelle et de sentiment de compétence sont des dimensions essentielles à investiguer, tant au plan de l'intervention qu'au plan de la recherche.

Afin de suppléer à l'aide professionnelle, il semble que les familles, dont l'un des parents présente une incapacité intellectuelle, profiteraient de visites à domicile fréquentes afin de les aider concrètement dans leurs tâches quotidiennes et de favoriser le contact émotionnel du parent avec l'enfant. L'efficacité des familles visiteuses, ou du parent soutien, (de deux à trois fois semaine) a été démontrée auprès des familles démunies (Olds *et al.*, 1998). Les personnes présentant une incapacité intellectuelle ont de la difficulté à établir des relations sociales stables et significatives avec des personnes autres que les professionnels et les membres de leur famille. Une des tâches de la famille visiteuse pourrait être d'aider à former et à maintenir un réseau de soutien social.

Les résultats de cette étude nous éclairent sur la capacité parentale des personnes ayant une incapacité intellectuelle. Nous devons cependant être prudent dans l'interprétation des résultats de l'étude. En effet, dû à la difficulté de recruter des parents présentant une incapacité intellectuelle, le nombre de participants est très restreint et les résultats ne sont pas nécessairement représentatifs de toutes les mères ayant des incapacités intellectuelles. Pour ce qui est des instruments de mesure, ils concernent seulement certaines dimensions de la relation parent-enfant et ils ne sont pas exhaustifs.

Lors de recherches ultérieures, il serait intéressant d'isoler les différents facteurs de risque qui peuvent coexister avec les incapacités intellectuelles, afin d'avoir une idée plus précise du facteur qui influence le plus la capacité parentale. Des recherches avec un plus grand nombre de sujets permettraient sans doute d'évaluer avec plus de précision le rôle de chacune des variables, ce qui aiderait à établir des programmes d'intervention plus adaptés pour ces parents.

Le rôle du père n'a pas été exploré dans cette étude, puisque seulement trois pères ont pu être évalués et vu le nombre restreint, les résultats n'auraient pas été représentatifs du soutien que les pères peuvent apporter aux mères présentant des incapacités intellectuelles. Encore là, des recherches avec un plus grand nombre de sujets permettraient de voir jusqu'à quel point la présence du père peut influencer la capacité parentale de ces mères et aider au développement de l'enfant.

CONCLUSION

Tout en reconnaissant le droit à une vie amoureuse et sexuelle pour les personnes présentant des incapacités intellectuelles, il faut reconnaître que la capacité parentale de ces dernières questionne quand l'on considère la situation des enfants et la responsabilité que doit assumer l'entourage immédiat, sans compter le stress quotidien et les difficultés que vivent ces personnes.

Dans une perspective de prévention, il nous apparaît essentiel de soutenir ces adultes et ce, dès

l'adolescence, afin qu'ils soient en mesure d'évaluer la responsabilité que comporte la parentalité et, le cas échéant, les aider à accepter le fait de ne pas avoir d'enfant lorsque leurs conditions personnelles et le contexte dans lequel ils évoluent ne sont pas favorables. Un soutien individuel et adapté à chaque situation devrait être apporté à ces personnes, avant même qu'elles soient parents, afin qu'elles fassent les choix les plus éclairés possibles et, le cas échéant, les soutenir dans leur rôle de parent.

Dans une perspective d'éducation et d'intervention, il est essentiel de mettre en place, idéalement durant la grossesse, des mesures de soutien pour ces parents, notamment pour favoriser la qualité des

liens relationnels entre le parent et l'enfant. Avec la venue de l'enfant, il est important de développer des formules de soutien aux familles, de type «familles visiteuses ou parents soutien», de manière à ce que l'aide apportée soit plus fréquente, plus accessible et favorise le développement des membres de la famille.

Enfin, l'étude de la capacité parentale chez les personnes présentant des incapacités intellectuelles ouvre une nouvelle voie en recherche, celle de mieux comprendre les effets du déficit cognitif sur la relation émotionnelle, afin de hausser le niveau de sensibilité parentale et favoriser le développement optimal de l'enfant.

PARENTHOOD AND MENTAL RETARDATION : A PILOT STUDY

The objective of this study consist of describing the relation parent/children of 11 families (11 mothers and 12 children), of which the mothers are (moderately and mildly) mentally retarded. The main aspects evaluated are social support, services received by the family, parental stress, difficulties of mothers in assuming their parental responsibilities, the level of the general development or the intellectual level of the child and the child's difficult problems (internal or manifested). The results indicated that independently of the support or services received by the families, five mothers perceived themselves as very stressed by the responsibilities in assuming the role of parents, and 7 mothers have difficulties in feeling attached and reinforced by the child. The personnel noted that in 81.8 % of the families, the mothers were at a relatively high risk of neglecting the children's care and being unable to resolve their problems. For 63.6 % of families the personnel also perceived as a moderate risk of emotional neglect. Two children manifest a global retardation in development and one child is mentally retarded. The majority of children (60 %) are perceived by their mothers as having a high levels of behaviour problems. The results are discussed in relation to prevention and support to families.

BIBLIOGRAPHIE

ABIDIN, R. (1990) *Parenting Stress Index. Short Form. Test Manual*. Charlottesville, VA: University of Virginia.

ACCARDO, P. & WHITMAN, B. (1990) Children of mentally retarded parents. *American Journal of Diseases of Children*, 144(1), 69-70.

ACHENBACH, T. M. (1991) *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

ANDRON, L. & STURM, M. L. (1973) Is « I do » in the repertoire of the retarded? A study of the functioning of married retarded couples. *Mental Retardation*, 11, 31-34.

- ANDRON, L. & TYMCHUK, A. (1987) Parents who are mentally retarded. Dans: A. Craft (Éd.), *Mental handicap and sexuality: Issues and perspectives*, 238-262. Tumbridge Wells: Costello.
- BIGRAS, M., LAFRENIÈRE, P. J. & ABIDIN, R. R. (1996) *Indice de stress parental. Manuel Francophone en complément à l'édition américaine*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- BOOTH, T. & BOOTH, W. (1995) Unto us a child is born: The trials and rewards of parenthood for people with learning difficulties. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 20(1), 25-39.
- BUDD, K. S. & GREENSPAN, S. (1984) Mentally retarded mothers. Dans: E. A. Blechman (Éd.), *Behavior Modification with women* (pp. 477-506). New York, NY: Guilford Press.
- CHEVRIER, J. M. (1989) *Épreuve individuelle d'habileté mentale*. Montréal: Institut de recherches psychologiques.
- CONSEIL CANADIEN DU DÉVELOPPEMENT (2000) *La pauvreté des familles canadiennes*. Rapport de recherche, Conseil Canadien du Développement, Ottawa.
- CONWAY, R. N. F. (1994) Abuse and intellectual disability: A potential link or an inescapable reality. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 19(3), 165-171.
- CRITTENDEN, P. (1988) Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. Dans: K. Brown, C. Davies, & P. Stratton (Éds), *Early prediction and Prevention of child abuse* (pp. 161-184). Chichester: Wiley.
- CRITTENDEN, P. M. & BONVILLIAN, J. D. (1984) The relationship between maternal risk status and maternal sensitivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54(2), 250-262.
- ESPE-SHERWINDT, M. & KERLIN, S. L. (1990). Early intervention with parents with mental retardation: Do we empower or impair? *Infants and Young Children*, 2(4), 21-28.
- ÉTHIER, L. S., BIRON, C., PINARD, P., GAGNIER, J. P. & DESAULNIERS, R. (1998) *Réussir en négligence*. Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille et Les Centres Jeunesse Mauricie-Bois-Francs. Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.
- ÉTHIER, L. S., PALACIO-QUINTIN, E., JOURDAN-IONESCU, C., DESAULNIERS, R. & COUTURE, G. (1998a) *Entrevue psychosociale*. Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.
- ÉTHIER, L. S., PALACIO-QUINTIN, E., JOURDAN-IONESCU, C., DESAULNIERS, R. & COUTURE, G. (1998b) *Informations concernant l'environnement premier de l'enfant cible*. Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.
- ÉTHIER, L., PALACIO-QUINTIN, E., COUTURE, G., JOURDAN-IONESCU, C. & LACHARITÉ, C. (1993) *Évaluation psychosociale des mères négligentes (Région 04)*. Rapport de recherche présenté au Conseil de santé et des services sociaux de la région de Trois-Rivières (CRSSS-04). Groupe de recherche en développement de l'enfant, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.
- FELDMAN, M. A. (1986) Research on parenting by mentally retarded persons. *Psychiatric Clinics of North America*, 9(4), 777-796.
- FELDMAN, M. A. (1994) Parenting education for parents with intellectual disabilities: A review of outcome studies. *Developmental Disabilities*, 15(4), 299-332.
- FELDMAN, M. A. (1998) Parents with intellectual disabilities. Implications and interventions. Dans: J. R. Lutzker (Éd.), *Handbook of child abuse research and treatment* (pp. 401-420). New York: Plenum Press.
- FELDMAN, M. A. & CASE, L. (1997) The effectiveness of audiovisual self-instructional materials in teaching child-care skills to parents with intellectual disabilities. *Journal of Behavioral Education*, 7(2), 235-257.
- FELDMAN, M. A. & CASE, L. (1999) Teaching child-care and safety skills to parents with intellectual disabilities through self-learning. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 24(1), 27-44.
- FELDMAN, M. A., CASE, L. & SPARKS, B. (1992) Effectiveness of a child-care training program for parents at-risk for child neglect. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 24(1), 14-28.

- FELDMAN, M. A., CASE, L., TOWNS, F. & BIETEL, J. (1985) Parent Education Project I: Development and nurturance of children of mentally retarded parents. *American Journal of Mental Deficiency*, 90(3), 253-258.
- FELDMAN, M. A., LÉGER, M. & WALTON-ALLEN, N. (1997) Stress in mothers with intellectual disabilities. *Journal of Child and Family Study*, 6(4), 471-485.
- FELDMAN, M. A., SPARKS, B. & CASE, L. (1993) Effectiveness of home-based early intervention on the language development of children of mothers with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 14(5), 387-408.
- FELDMAN, M. A. & WALTON-ALLEN, N. (1997) Effects of maternal mental retardation and poverty on intellectual, academic, and behavioral status of school-age children. *American Journal on Mental Retardation*, 101(4), 352-364.
- GUAY, F., ÉTHIER, L. S., PALACIO-QUINTIN, E. & BOUTET, M. (1997) L'impact de la déficience intellectuelle sur la problématique de la négligence parentale. *Revue Européenne du Handicap Mental*, 4(15), 3-15.
- HARVEY, M. (1984). *L'Échelle de développement Harvey*. Brossard : Éditions Behaviora.
- HEIGHWAY, S. M., KIDD-WEBSTER, S. & SNODGRASS, P. (1988) Supporting parents with mental retardation. *Children Today*, 17(6), 24-27.
- KELTNER, B. (1994) Home environments of mothers with mental retardation. *Mental Retardation*, 32(2), 123-127.
- KELTNER, B. R. (1992) Caregiving by mothers with mental retardation. *Family and Community Health*, 15(2), 10-18.
- KELTNER, B. R. & TYMCHUK, A. J. (1992) Reaching out to mothers with mental retardation. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 17(3), 136-140.
- KELTNER, B. R., WISE, L. A. & TAYLOR, G. (1999) Mothers with intellectual limitations and their 2-year-old children's development outcomes. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 24(1), 45-57.
- KHEMKA, I. & HICKSON, L. (2000) Decision-making by adults with mental retardation in simulated situations of abuse. *Mental Retardation*, 38(1), 15-26.
- LLEWELLYN, G. (1994) Generic family support services: Are parents with learning disability entered for? *Mental Handicap Research*, 7(1), 64-77.
- LLEWELLYN, G. (1997) Parents with intellectual disability learning to parent: the role of experience and informal learning. *International Journal of Disability: Development and Education*, 44(3), 243-261.
- LLEWELLYN, G., MCCONNELL, D., CANT, R. & WESTBROOK, M. (1999) Support network of mothers with an intellectual disability: An exploratory study. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 24(1), 7-26.
- MIAGURA, S. & MOSES, B. S. (1986) *Outcome measures for child welfare services. Theory and applications*. Washington, DC: Child Welfare League of America.
- OLDS, D., HENDERSON, C. JR., KITZMAN, H., ECKENRODE, J., COLE, R. & TATELBAUM, R. (1998) The promise of home visitation: Results of two randomized trials. *Journal of Community Psychology*, 26(1), 5-21.
- PALACIO-QUINTIN, E. & ÉTHIER, L. S. (1993) La négligence, un phénomène négligé. *Apprentissage et Socialisation*, 16(1-2), 153-164.
- PETTIGREW, F. & BÉGIN, P. (1993) *Version française de la Liste de comportements pour enfant d'Achenbach*. Québec: Université Laval.
- RAVEN, J. C., COURT, J. H. & RAVEN, J. (1983) *Manual for Raven's progressive matrices and vocabulary scales*. London: J. C. Raven.
- RAY, N. K., RUBENSTEIN, H. & RUSSO, N. J. (1994) Understanding the parents who are mentally retarded: Guidelines for family preservation programs. *Child Welfare*, 73(6), 725-743.
- REED, E. W. & REED, S. C. (1965) *Mental retardation: A family study*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- REISS, S. (1988) *Reiss Screen for Maladaptive Behavior Test Manual*. Orland Park, IL: International Diagnosis Systems, Inc.
- SARASON, I. G., LEVINE, H. M., BASHAM, R. B. & SARASON, B. R. (1983) Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.

- SCHILLING, R. F. & SCHINKE, S. P. (1984) Maltreatment and mental retardation. Dans: J. M. Berg (Éd.), *Perspectives and progress in mental retardation, Vol. 1: Social, psychological, and educational aspects* (pp. 11-22). Baltimore, Maryland: University Park Press.
- SEAGULL, E. A. W. & SCHEURER, S. L. (1986) Neglected and abused children of mentally retarded parents. *Child Abuse & Neglect, 10(4)*, 493-500.
- TAYLOR, C. G., NORMAN, D. K., MURPHY, J. M., JELLINEK, M., QUINN, D., POITRAST, F. G. & GOSKHO, M. (1991) Diagnosed intellectual and emotional impairment among parents who seriously mistreat their children: Prevalence, type, and outcome in a court sample. *Child Abuse & Neglect, 15(4)*, 389-401.
- TUCKER, M. B. & JOHNSON, O. (1989) Competence promoting vs competence inhibiting social support for mentally retarded mothers. *Human Organization, 48(2)*, 95-107.
- TYMCHUK, A. (1990) Parents with mental retardation: A national strategy. *Journal of Disability Policy Studies, 1(4)*, 43-55.
- TYMCHUK, A. J. & ANDRON, L. (1988) Clinic and home parent training of a mother with mental handicap caring for three children with developmental delay. *Mental Handicap Research, 1(1)*, 24-38.
- TYMCHUK, A. J. & ANDRON, L. (1990) Mothers with mental retardation who do or do not abuse or neglect their children. *Child Abuse & Neglect, 14(3)*, 313-323.
- TYMCHUK, A. J. & ANDRON, L. (1992) Project parenting: Child interactional training with mothers who are mentally handicapped. *Mental Handicap Research, 5(1)*, 4-32.
- TYMCHUK, A. J., ANDRON, L. & TYMCHUK, M. (1990) Training mothers with mental handicaps to understand behavioral and developmental principles. *Mental Handicap Research, 3(1)*, 51-59.
- TYMCHUK, A. J., ANDRON, L. & UNGER, O. (1987) Parents with mental handicaps and adequate child care - A review. *Mental Handicap, 15*, 49-54.
- TYMCHUK, A. J. & FELDMAN, M. A. (1991) Parents with mental retardation and their children: Review of research relevant to professional practice. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne, 32(3)*, 486-494.
- VÉZINA, A. & BRADET, R. (1990) *Validation québécoise de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales*. Centre de Recherche sur les services communautaires, Université Laval.
- WHITMAN, B. Y. & ACCARDO, P. (Éds) (1990) *When a parent is mentally retarded*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- WHITMAN, B. Y., GRAVES, B. & ACCARDO, P. (1987) Mentally retarded parents in the community: Identification method and needs assessment survey. *American Journal of Mental Deficiency, 91(6)*, 636-638.
- WHITMAN, B. Y., GRAVES, B. & ACCARDO, P. (1989) Training in parenting skills for adults with mental retardation. *Social Work, 34(5)*, 431-434.
- ZETLIN, A. G., WEISNER, T. S. & GALLIMORE, R. (1985) Diversity, shared functioning, and the role of benefactors: A study of parenting by retarded persons. Dans: S.K. Thurman (Éd.), *Children of handicapped parents: Research and clinical perspectives* (pp. 69-95). Orlando, FL, USA: Academic Press, Inc.

Risk Factors Associated With the Chronicity of High Potential for Child Abuse and Neglect

Louise S. Ethier,^{1,2} Germain Couture,¹ and Carl Lacharité¹

The present 4-year follow-up study involves 56 mothers who were evaluated by social agencies as being abusive and neglectful or at high risk for child abuse and neglect. The aim of the study is to analyze the relationship between psychosocial risk factors (relating to the history and current situation of the mothers) that were present at the time the families were initially recruited and the fact that some of the mothers continue to show a high potential for child abuse and neglect (chronic abuse and neglect), whereas others were able to overcome the problem (transitory abuse and neglect). Results indicate that the following variables are particularly associated with situations involving chronic problems of abuse and neglect: initial level of severity of potential for abuse and neglect; dual-parent status; a large number of children at the time of intervention (3.13 times more risk of chronicity for large families); the fact that as a child the mother herself had been placed in a foster home (3.7 times more risk); that she had been sexually abused (3.5 times more risk); and that as an adolescent she had run away from home (3.02 times more risk). Our results indicate that mothers who have a combination of more than eight risk factors are four times more likely to be in the chronic group.

KEY WORDS: risk factors; neglect; chronicity; abuse.

The most frequently reported cases of maltreated children in North America involve both child neglect and physical abuse. In the United States, the National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS) established that in 1997 there were confirmed cases of maltreatment in 13.9 children out of every 1,000. Of those cases, 56% involved neglect. In comparison, a Canadian incidence study carried out by Trocmé *et al.* (2001) reported a rate of 9.71 children out of every 1,000. Although neglect is the main motive for investigating child protection violations, other forms of maltreatment, that is physical and sexual abuse, are present in 52% of the cases (Trocmé *et al.*, 2001). These results confirm the findings of Ney, *et al.*

(1994), who reported that only 5% of officially confirmed cases involved only one form of maltreatment. Because most maltreated children have experienced multiple forms of maltreatment, from a clinical perspective it is important to take into consideration research that involved children who have experienced both abuse and neglect (Dubowitz, 1999).

In many cases, psychosocial intervention with neglecting and abusive families appears to be a long-term process (Ayoub *et al.*, 1992; Crittenden, 1996) with mixed results (Gutterman, 1999). We know little of the long-term effects of intervention programs with abusive families, particularly because very few studies have lasted for more than 2 years (Ethier & Lacharité, 2000). In Quebec, Lessard (2000) reported a mean duration of Child Protection Service (CPS) interventions of 2 years with a standard deviation of 8 months. From a clinical standpoint, it has been observed that some families make significant progress, that is, psychosocial intervention aimed at protecting the child proves to be no longer necessary after a certain period of time. Other families, however, require constant child protection monitoring or become

¹Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, Département de Psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec, Canada.

²Correspondence should be addressed at Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, Département de Psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, 3551, bout. des Forges, Trois-Rivières, Québec, Canada G9A 5H7; e-mail: louise.ethier@uqtr.quebec.ca.

child protection cases again some time after their file has been closed.

Although chronicity is well recognized at a clinical level (Dubowitz, 1993; Gaudin *et al.*, 1993; Nelson, 1997), we found that very few studies have examined characteristics of families that display problems of chronic neglect and abuse compared to families who manage to overcome these problems. In a follow-up conducted 7 years after their initial study, Haapasalo and Aaltonen (1999) reported that mothers recruited from Child Protection Services (CPS) still scored significantly higher than comparison mothers on most of the Child Abuse Potential Inventory (CAPI) scales, indicating a persistent high potential for child abuse. Analyses also showed that CAPI scores were best predicted by maternal social problems, including the mother's experiences of childhood abuse and her current socioeconomic status (SES). Although their study provides insight into the variables that relate to the persistence of child abuse potential years after CPS intervention, its results do not enable us to identify the variables that characterize mothers or families displaying short- or long-term problems of child abuse or neglect. In the present study, we will consider the association between the major risk factors for child abuse or neglect and the chronicity of this problem.

PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS RELATED TO ABUSE AND NEGLECT

Many studies have shown that there is a strong association between child abuse and neglect and the problems posed by poverty (Zuravin & Greif, 1989), low education (Duncan & Brooks-Gunn, 1997), social isolation (Polansky *et al.*, 1981), maternal depression (Egeland *et al.*, 1980), break-ups and violence in childhood (Quinton & Rutter, 1988), and low level of intellectual functioning (Crittenden, 1988). From an ecological perspective (Bronfenbrenner, 1979; Garbarino & Collins, 1999), it is presumed that presence and severity of multiple risk factors, individual characteristics (break-ups and violence in childhood, low education, low level of intellectual functioning), family characteristics (high number of children, low income, single-parent family, violent partner), and environmental characteristics (low social support) increase the likelihood of chronic abuse and neglect.

Material and Social Poverty

Abuse and neglect, particularly emotional neglect, is present at all levels of society, but the large majority of the cases handled by Child Protection Services show a family

income that is below the poverty line. Research has established a strong relationship between poverty and abuse and neglect (Zuravin & Greif, 1989; Brown *et al.*, 1995). Neglecting and abusive families are among the least educated and poorest of society (American Association for Protecting Children [AAPC], 1989; Crittenden, 1988; Department of Health and Human Services [DHHS], 1994). The poverty of these families is not related solely to low income: lack of personal resources (young age of the mother at the birth of her first child, many children in the family, parents with a low level of education, poor social support, parents with psychological problems), and adverse environmental conditions add to their economic destitution (Duncan & Brooks-Gunn, 1997; McLoyd & Wilson, 1991). Several studies have reported that neglectful and abusive families are socially isolated (Erickson & Egeland, 1996; Polansky *et al.*, 1981). Very little communication takes place between family members and, when it does occur, it tends to be rather brief and negative (Burgess & Conger, 1978; Crittenden & Bonvilian, 1984). These studies suggest that neglectful and abusive families have difficulty finding satisfactory social support both inside and outside the family.

Parental Stress and Depression

Dating back to the first studies done in the field, parental stress and depression have been identified as being present in mothers who severely neglect or abuse their child (Cummings & Cicchetti, 1990; Downey & Coyne, 1990; Egeland *et al.*, 1980; Kinard, 1982; Scott, 1992). According to Egeland *et al.*, (1980), it is less a question of stress related to changes in one's life than a situation of chronic stress resulting from difficult living conditions, the absence of social support, depression of the parent and, in some cases, mental health problems (Friedrich & Eibender, 1983).

Experiences Involving Abuse, Break-Ups in Childhood

Many of the maltreatment-related risk factors reported in the literature relate to events that took place or relationships that existed in the parent's childhood: rigid discipline, cruelty, rejection, experiences of abandonment, consecutive placement in foster homes, violence, neglect, or sexual abuse (Egeland, 1988; Ethier *et al.*, 1995; Quinton & Rutter, 1988).

Main and Hesse (1990) found that emotional break-ups in childhood, repetitive placement in foster homes and experiences of abuse are undeniable sources of trauma.

When these highly emotional experiences are unresolved by the individual, they may have an adverse effect on affective relations and the general adaptation of the parent (Egeland & Susman-Stillman, 1996; Fonagy & Target, 1997). On the basis of a study carried out by Egeland and Susman-Stillman (1996), parents who were abused as children and who continued the pattern of abuse with their own child had experienced more traumatic experiences in their childhood than other parents who were abused but who did not become abusers themselves.

Low Level of Intellectual Functioning

In studies done on child maltreatment (abuse or neglect) some authors have reported that low level of intelligence of the parent represents a significant risk for abuse or neglect (Crittenden, 1988; Pianta *et al.*, 1989; Polansky *et al.*, 1981; Wolfe & Werkele, 1993). High rates of child abuse and neglect have been found in studies involving parents with intellectual impairment. In one large-scale study done by Whitman *et al.*, (1987), in attempting to trace all parents with intellectual disabilities living in St. Louis, USA, noted that of the 388 parents listed, 45% had children that had been placed in foster homes. Whitman and Accardo (1990), in their assessment of 107 children whose parents had intellectual disabilities and who had been referred to a specialized child-care service, reported that more than 66% of them had been victims of abuse or neglect. One must be cautious, however, in the interpretation of these findings: a number of studies have found that level of parental incompetence is not directly related to the degree of intelligence unless the IQ is below 60. (Budd & Greenspan, 1984; Keltner, 1994; Tymchuk & Feldman, 1991). According to Tymchuk and Andron (1990), IQ is insufficient in determining parental competence. Psychiatric morbidity, the absence of social support and difficult living conditions are factors associated with parental incompetence that are more important than the degree of intelligence.

The aim of the present study is to examine the association between presence of major psychosocial risk factors for child maltreatment and the chronicity of child abuse and neglect. It deals with parental abuse or high potential for abuse and neglect that persist even though the parents have received services to help them and their family over a period of 4 years. From a theoretical standpoint, we put forth the hypothesis that chronic abuse and neglect is associated with presence of a greater number of risk factors that are related to the history and current living situation of the parent. From a child protection perspective, we believe that it is important to identify the parents who are likely

to have more difficulty in overcoming child maltreatment problems in order to better adapt intervention programs to their needs.

PARTICIPANTS

Participants were initially recruited from two different studies on the effects of an intervention program called the Personal, Family and Community Help Program (PFCHP), which was first applied to child *maltreating families* (Palacio-Quintin *et al.*, 1994) and then to *families at risk* for child abuse and neglect (Ethier *et al.*, 1995). Approximately half of the families were taking part in the PFCHP program whereas the others were receiving regular services from social agencies (enhancement of parental skills and the parent-child relationship, and referral to appropriate community services). *Maltreating families* ($n = 58$) were initially recruited from Child Protection Services (CPS) and showed, at the time, severe child abuse or neglect according to CPS files and their results on the Child Well-Being Scales (Magura & Moses, 1984), a standardized instrument adapted and validated for the French-speaking population in Quebec by Vézina and Bradet (1990). *At-risk families* ($n = 29$) were receiving the services of a Local Community Services Center (LCSC) and were initially recruited on the basis of showing at least 4 risk factors for child abuse or neglect from a list of 22 risk factors drawn up by Browne and Sagi (1988) and Crittenden (1992). A mean of 7.6 risk factors was observed in the families at that time. All participants from CPS and LCSC services were recruited on voluntary basis.

Four years after the initial recruitment, a follow-up was conducted involving 37 mothers (63.8% of the initial sample) who were recruited by the CPS, and 25 mothers (86.2% of the initial sample) who were considered by the LCSC to be at high risk for child abuse or neglect. Attrition was mainly the result of participants having moved out of the area covered by the current study and mothers refusing to take part in the follow-up study. Analyses were conducted to compare the attrition cases to those who took part in the follow-up on the basis of child maltreatment severity and the number of risk factors and sociodemographic variables. The results showed that there were no significant differences between the two groups of mothers for any of the variables.

At the time of the *initial recruitment*, the mean age of participants in the current study was 29 years, ranging from 20 to 46 years of age. The mothers had completed from 3 to 14 years of schooling with a mean of 9.5 years. For the majority of them (78.6%), the family income was

below \$20,000 (Canadian dollars). A relatively small proportion of the families had employment income (23.2%); the majority of them were receiving social welfare payments. The mean number of children per household was 2.4, ranging from 1 to 6. At the time of the initial recruitment, the mean age of the eldest child in the family was 51.7 months with a standard deviation of 21.9 months. In the majority of the families (55.4%), the mother had been living alone with her children for at least 4 months.

Classification of Cases — Chronic Versus Transitory

For the purpose of the present study on chronicity, we used a double criterion to classify evolution of the mothers following the intervention. Mothers whose CPS or LCSC files were still active at the time of the follow-up and/or who displayed high tendencies or a high potential for abuse (a score of 166 or more on the overall scale of the Child Abuse Potential Inventory, which corresponds to the 95th percentile rank of the norm group) were classified as having "chronic problems." Mothers whose CPS or LCSC files were inactive and who scored below the 95th percentile on the CAPI were classified as having "transitory problems." A double criterion was used because continuity of CPS and LCSC services sometimes varies, depending on the availability of resources.

When the above criteria were applied, a group was formed of 35 mothers who still exhibited problems of child maltreatment 4 years after having begun receiving CPS or LCSC services. These 35 mothers made up the *chronic problems group* (CH). The other 21 mothers were classified as having displayed *transitory problems* of child abuse or neglect (the transitory problem group TR) and their files had been closed for at least 4 months. Preliminary analyses indicated no significant differences between the groups with respect to the recruitment location, that is the CPS or the LCSC (maltreating vs. at risk: $\chi^2 = 1.18$; $p = .28$), the type of intervention (PFCHP vs. regular services: $\chi^2 = 0.25$; $p = .62$) and the combination of recruitment location by type of intervention ($\chi^2 = 0.23$; $p = .63$).

MEASURES

The instruments described in the present paper are only a part of a battery of tests used at the time of the initial recruitment, at the end of the intervention programs and at the follow-up. The instruments were chosen in order to categorize the mothers according to the chronic or transitory nature of their child maltreatment problem, presence of risk factors in the family environment and the

parental characteristics generally associated with neglect and abuse.

Demographic Questionnaire

A brief questionnaire was used to organize and standardize information regarding the composition of the family and the characteristics of its members (age, education, work experience, income).

Psychosocial Interview (Ethier *et al.*, 1991)

Developed following an extensive literature review on the predictive variables of maltreatment, this structured interview covers the following dimensions: (1) social support of the parent (an adaptation of the test developed by Sarason *et al.*, (1983), which is used to assess the density and composition of the social support network and the parent's satisfaction regarding the quality of support received; (2) characteristics of the parent's own family, including a history of placement in foster homes, and experiences of neglect or abuse in childhood; (3) changes or continuity in the parental couple (the number of parent figures with whom the child has been in contact, the quality of the mother's relationship with each of her partners, the quality of the partner's relationship with the child).

Child Abuse Potential Inventory — CAPI

This instrument was developed by Milner (1980) and translated into French for use in Quebec by Palacio-Quintin and Palacio-Quintin (1992). Widely used in research on child abuse and neglect, the CAPI consists of 160 statements to which respondents must indicate their agreement or disagreement. A weighted compilation of the responses leads to an overall potential abuse score and six subscale scores: problems with others, problems with family, problems with children, sadness, rigidity, and distress. The North-American standards provided by the author suggest a critical cutoff point at the 95th percentile rank, beyond which the parent shows a high potential for child abuse. The predictive validity of the CAPI has been reported by Milner *et al.*, (1984) and its psychometric properties are discussed in Milner (1994).

Raven's Progressive Matrices (Raven *et al.*, 1983)

This instrument is used to evaluate the level of intellectual functioning. Raw scores may be converted into

Table I. Risk Factors (Maternal or Familial Characteristics) Potentially Associated With the Chronicity of Maltreatment

Source: PI = Psychosocial Interview; DQ = Demographic Questionnaire	
History of the mother	
Placement in a foster home during her childhood or adolescence	The placement must be the result of psychosocial intervention; respite care (weekends) is not taken into account. (PI)
Victim of sexual abuse during her childhood or adolescence (intra- and extrafamilial abuse)	Fondling, invitation to sexual relations, rape. The relationship with the person(s) involved (close family, extended family, acquaintance, stranger) and the frequency of the events (infrequent, occasional, regular) must be specified. (PI)
Running away from home during her adolescence	Over the course of her adolescence, the mother left her family environment for an extended period of time without telling her parent figures. (PI)
Break-ups in childhood in relationships with her parent figures	Exclusively situations involving the death of one of the parents or separation of the parent couple. (PI)
Unavailability of her parent figures	One of the mother's parents suffered from diagnosed mental health problems or used drugs or alcohol excessively. (PI)
Neglect reported during her childhood or adolescence	In a list of nine elements (ex.: deprived of care, clothing, food), at least one element of neglect reported. (PI)
Victim of physical violence	Occasional or regular physical violence toward the mother in her own family. (PI)
Mother's present situation	
Familial unemployment	The family has no employment income and lives off social assistance payments. (DQ)
Limited number of persons in her social support network	Less than four persons are reported in the questionnaire on social support. The score corresponds to the lower quartile of the distribution of the sample. (PI)
Having lived with a violent partner in the past	Since the birth of her first child, the mother has been subjected to physical violence by her partner. (PI)
Low intelligence level on Raven's Matrices	The result obtained on Raven's Matrices is below the 25th percentile for the general population.
Low level of education	High school not completed: less than 11 years of schooling. (DQ)
High number of children	The family has four or more dependent children. (DQ)
High number of partners	Since the birth of her first child, the mother has lived with three or more different partners. (PI)

percentile ranks according to the performance of an individual in comparison with his/her age group. The validity and psychometric properties of this widely used instrument have been reviewed and discussed in Raven *et al.*, (1983).

Variables Potentially Associated With the Chronicity of Child Maltreatment

A set of 14 variables (see Table I) was compiled, taken from the Demographic Questionnaire, the Psychosocial Interview, and Raven's Progressive Matrices. These variables were chosen based on the fact that they corresponded to the psychosocial risk factors presented in the introduction and are frequently mentioned as events or conditions likely to exacerbate child maltreatment (Browne & Sagi, 1988; Crittenden, 1992; Daro, 1996). For the purposes of this paper, these events and conditions will be called the "risk factors" of chronicity of child maltreatment. The variables were divided up according to whether they relate to (1) events that occurred in the mother's own family or characteristics of that family, or (2) actual characteristics of the mother with respect to her adult life. In the con-

text of the present paper, these variables will be studied from the viewpoint of the risk of chronicity that may be associated with them.

PROCEDURE

As explained previously, the measures reported here come from a battery of tests that were administered to the participating families on three separate occasions: at the time of their recruitment (T1), at the end of the intervention programs 2 years later (T2) and at the follow-up, 4 years after the recruitment (T3). The data reported here were gathered using the Demographic Questionnaire, the Psychosocial Interview and Raven's Progressives Matrices at T1, and the CAPI at T1, T2, and T3. Testing and interviews with the mothers took place in their homes, except in cases where confidentiality of the information received could not be ensured because of the presence of other persons, in which case the mothers were met at the CPS center or the Local Community Services Center. Graduate psychology students, who had received previous training, administered the questionnaires and carried out the psychosocial interview. The instruments were administered

in the form of an interview because some of the mothers were illiterate or had difficulty reading the forms.

RESULTS

Our study of the maternal and familial characteristics likely to be related to the problem of chronic child abuse or neglect was divided into three parts: (1) comparison of the demographic characteristics of the two groups (CH and TR); (2) comparison of the initial level of severity (represented here by potential for child abuse) and its evolution over time; and (3) evaluation of the relative risk of chronicity for each of the psychosocial risk factors.

Social and Demographic Characteristics

Table II shows the comparison of demographic variables between the CH and TR groups. The results indicate that there are no significant differences between the groups with respect to the age of the mother, her level of education, and the employment status of the family. The first significant difference that appears is the age of the eldest child: for mothers displaying chronic problems, the eldest child was on average approximately 12 months older ($t = 2.00$; $p = .05$). A marginal difference can also be observed with respect to the number of children, the CH group having on average slightly more children than the TR group ($t = 1.74$; $p = .08$). These two situations could be seen as being interdependent: in families with an older child, there is a greater probability that the mother has other children. Given that the mean age of the mothers is

similar in both groups, the results indicate that the participants in the CH group had their first child at a younger age than the participants in the TR group.

Single-parent families (at T1) are proportionally more numerous in the TR group, 76.2% compared to 42.9% ($\chi^2 = 6.13$; $p = .01$). More mothers who were living alone with their children when intervention began display transitory problems of child maltreatment. Differences in family income are difficult to analyze because of the skewness of the categories of income (which were initially in blocks of \$5,000 Canadian dollars when the data was gathered) and the number of participants. When we realized that different combinations of blocks of income led to different results, we decided to simply report the frequencies observed when income was grouped in blocks of \$10,000 Canadian dollars. Moreover, contamination of multiple effects is seen here: (1) single-parent families have lower incomes and (2) because the majority of the families were living off social welfare, those with more children receive higher payments. Poverty is a well-known correlate of child maltreatment. In our sample, most of the families are living on a low income in comparison with the general population. Therefore, our data do not enable us to state that there is a possible relationship between poverty level and the chronicity of maltreatment in a subpopulation of low-income families.

Initial Level of Abuse Potential and Its Subsequent Evolution

Abuse potential was measured using Milner's Child Abuse Potential Inventory (Milner, 1990). It is important

Table II. Demographic Characteristics of the "Chronic" and "Transitory" Groups at the Time of Recruitment

	Chronic Problems ($n = 35$)		Transitory Problems ($n = 21$)		t (two-tailed p)
	M	(SD)	M	(SD)	
Age of the mother	29.02	(6.4)	29.3	(4.1)	.18
Education	9.46	(1.8)	9.62	(2.4)	.28
Number of children	2.7	(1.5)	2.1	(1.1)	1.74 [†]
Age of the eldest child (months)	56.2	(21.7)	44.4	(20.8)	2.00*
	N	%	N	%	χ^2 (two-tailed p)
Single-parent families	15	(42.9)	16	(76.2)	6.13**
Dual-parent families	20	(57.1)	5	(23.8)	
Employed	8	(22.9)	5	(23.8)	.01
Unemployed	27	(77.1)	16	(76.2)	
Annual income (\$CAN)					
\$10,000-\$14,999	13	(37.1)	15	(71.4)	—
\$15,000-\$24,999	14	(40.0)	6	(28.6)	
\$25,000 or more	8	(22.9)	—	—	

* $p < .05$. ** $p < .01$. [†] $p = .08$.

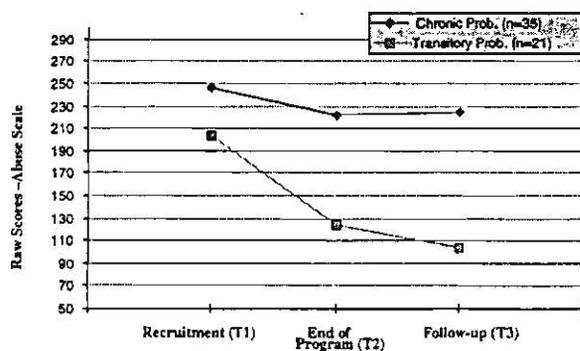


Fig. 1. Evolution of mean CAPI scores for the CH and TR groups, between the time the families were recruited and the follow-up 4 years later.

to remember that according to the norms provided by the author, a raw score over 214 is a sign of high potential for abuse and a score between 166 and 214 represents a tendency for abuse. Figure 1 shows the curves for the change in mean CAPI scores for each of the two groups. Because the CAPI score was one of the two criteria used for creating the CH and TR groups, the follow-up results were expected to be much lower for the TR group. In fact, we observed that at T1 the mean scores for both groups are beyond the cutoff point of the 95th percentile rank. Furthermore, it is interesting to note how the curve for the results of the TR group decreases significantly ($F_{mult} 2.53 = 5.07$; $p = .01$) in comparison with the CH group, and that the mean CAPI result is lower for the TR group at T1. The

means observed were 245.7 for the CH group and 204.3 for the TR group, showing a marginal but statistically non-significant difference ($F = 3.65$, $p = .06$).

Relationships Between Risk Factors and the Chronicity of Abuse and Neglect

Table III shows the observed and relative (%) frequencies of each of the risk factors (RF) present in the CH and TR groups. Percentage of chronic cases indicates the proportion of participants classified as "chronic" among those for whom the risk factor is present. The odds ratios are presented as a measure of association between the presence of an RF and the chronicity of maltreatment and are calculated by putting the incidence rate of chronicity among participants exposed to a given RF over the incidence rate among participants not exposed to the same RF. When the value of the odds ratio is 1.00, it means that exposed and nonexposed participants show the same incidence rate of chronicity. The greater the odds ratio, the more the RF may be associated with chronicity. For example, for an odds ratio of 3.0, participants for whom the risk factor is present would have three times more risk of displaying the problem than those for whom the RF is absent. It is also important to remember that the results reported here are calculated based on a sample of mothers who have exhibited problems of child maltreatment in the past. That is why a relatively high frequency for each of the RFs was observed in the sample.

Table III. Distribution of Risk Factors in the CH and TR Groups and Calculation of the Odds Ratio of "Chronicity" Associated With Those Factors

Risk factors	CH group, N (%)	TR group, N (%)	% of cases per RF	Chi square	Odds ratio	95% Confidence bounds	
Childhood history							
Placement in a foster home	16 (45.7)	4 (19.0)	80.0	4.28*	3.57	0.98	12.82
Victim of sexual abuse	21 (60.0)	6 (28.6)	77.8	5.32*	3.75	1.17	12.00
Running away during adolescence	17 (48.6)	5 (23.8)	77.3	3.49†	3.02	0.91	10.07
Break-ups with parent figures	25 (71.4)	13 (61.9)	65.8	.54	1.54	0.49	4.84
Unavailability of parent figures	21 (60.0)	13 (61.9)	61.8	.02	0.92	0.30	2.80
Neglect reported in childhood	25 (71.4)	17 (81.0)	59.5	.65	0.58	0.16	2.19
Victim of physical violence	12 (34.3)	9 (42.9)	57.1	.41	0.69	0.23	2.11
Adult life situation							
Familial unemployment	27 (77.1)	16 (76.2)	62.8	.00	1.05	0.29	3.78
Limited social network	13 (37.1)	6 (28.6)	68.4	.43	1.47	0.46	4.75
Violent partner in the past	24 (68.6)	11 (52.4)	68.6	1.45	1.98	0.65	6.05
Low intellectual functioning	11 (31.4)	3 (14.3)	78.6	2.18	2.75	0.67	11.32
Low level of education	22 (62.9)	11 (52.4)	66.7	.59	1.54	0.47	4.36
High number of children	12 (34.3)	3 (14.3)	80.0	2.86†	3.13	0.77	12.79
High number of partners	26 (74.3)	14 (66.7)	65.0	.37	1.44	0.44	4.71

* $p < .05$. † $p = .01$.

Table IV. Analyses of the Differences in Total Risk Factors per Group

	Chronic problems (<i>n</i> = 35)		Transitory problems (<i>n</i> = 21)		<i>t</i> (two-tailed <i>p</i>)
	<i>M</i>	σ	<i>M</i>	σ	
Childhood history	3.9	(1.8)	3.2	(1.7)	1.47
Adult life situation	3.8	(1.4)	3.0	(1.5)	2.04*
Total	7.8	(2.5)	6.2	(2.0)	2.41*

**p* < .05.

Statistically, the RF most often associated with a situation involving chronic problems is "victim of sexual abuse" ($\chi^2 = 5.32$; *p* = .02). The mothers in the sample who display this RF have 3.75 times more risk of displaying chronic maltreatment problems than those for whom this RF is absent. Among all the mothers exposed to that RF, 77.8% were categorized as exhibiting chronic problems. Only one other RF has a statistically significant association with chronic problems: "placement in a foster home." Of the 20 mothers displaying this RF, 16 (80%) are categorized among the chronic problem cases ($\chi^2 = 4.28$; *p* = .04). The odds ratio for this RF is 3.57.

Two other RFs lead to odds ratios of chronic problems over 3, but the difference in distribution in the sample does not reach a statistically significant threshold; the RF "high number of children" leads to 3.13 times more risk of chronicity ($\chi^2 = 2.86$; *p* = .09) and the RF "running away during adolescence" has an odds ratio of 3.02 ($\chi^2 = 3.49$; *p* = .06).

Some RFs were observed in similar proportions in both groups: "unavailability of parent figures" is present in approximately 60% of the mothers in both groups, and "familial unemployment" is present in approximately 76%. Finally, two RFs were observed slightly more often in the mothers displaying transitory problems, although the difference in frequencies is not statistically significant: "neglect reported in childhood" and "victim of physical violence."

In addition to the existing relation between each of the RFs studied and the status of the maltreatment problem (chronic or transitory), the sum of the risk factors present

will be examined in the next analyses. Table IV shows the total mean number of risk factors per group, as well as the category to which they belonged, that is, RFs relating to the mothers' childhood or adolescence or those related to the mothers' adult life.

The mothers who were categorized as displaying chronic problems of child maltreatment show on average more RFs than the mothers displaying transitory problems (*t* = 2.41; *p* = .02). The mean observed for the CH group is 7.8, compared to 6.2 for the TR group. Analysis of the means of the RFs according to category indicate that mothers in the CH group displayed on average more RFs relating to their adult life (*M* = 3.8) than the mothers in the TR group (*M* = 3.0) (*t* = 2.04; *p* = .05).

These same variables are examined from another viewpoint in Table V, where the effect of the extent of exposure to risk factors is analyzed. Using the median value of the observed distributions as a cutoff point, the sample was divided into two subgroups: mothers exhibiting the most RFs, i.e. 8 or more (the "more exposed" sub-group) and those displaying the least number of RFs, that is, seven or less (the "less exposed" sub-group). Results of the analysis of the differences in distribution per group indicate that the percentage of mothers displaying chronic problems is higher for the "more exposed" sub-group ($\chi^2 = 6.32$; *p* = .01). A total of 78.6% of the mothers exhibiting eight or more RFs have chronic maltreatment problems, compared to 46.4% of the mothers in the "less exposed" group. Mothers displaying eight or more RFs have 4.23 times more risk of having chronic problems than the other maltreating mothers.

Predicting Chronicity

One last analysis was carried out in order to verify the predictive value of the variables studied thus far. Firstly, the risk factors with an odds ratio lower than or equal to 1 were removed from the compilation of the total number of RFs. "Unavailability of parent figures" (*RR* = 0.92), "neglect reported in childhood" (*RR* = 0.58), "victim of physical violence" (*RR* = 0.69), and "familial unemployment"

Table V. Frequencies of Chronic and Transitory Problems of Maltreatment as a Function of the Extent of Exposure to Risk Factors

Extent of exposure	Chronic problems		Transitory problems		Percentage of "chronic" cases		Odds ratio
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	per RF	χ^2	
More exposed (8 RF and +)	22	(62.9)	6	(28.6)	78.6	6.32**	4.23
Less exposed (7 RF and -)	13	(37.1)	15	(71.4)	46.4		

p* < .05. *p* = .01.

Table VI. Discriminant Analysis of the CH and TR Groups Based on the CAPI Score and the Total Number of Risk Factors

	Chronic problems (n = 35)		Transitory problems (n = 21)		Wilk's lambda	F
	M	(SD)	M	(SD)		
"Abuse" score on the CAPI (T1)	245.7	(86.4)	204.3	(62.9)	.936	3.65 $p=0.06$
Number of risk factors	5.4	(1.9)	3.7	(1.6)	.821	11.78***
Correct classification percentage	74.3%		71.4%		Overall 73.2%	
Lambda discriminant function:	.80		$\chi^2 = 11.66^{**}$			

** $p < .05$.

($RR = 1.05$) were therefore removed. Secondly, the total number of RFs thus obtained was used together with the CAPI score at the time of recruitment in order to examine the adequation of the prediction of cases of chronic and transitory maltreatment problems based on these two variables. Results of the discriminant analysis are shown in Table VI. The mean number of RFs observed in the CH group is 5.4, compared to 3.7 in the TR group. Using both variables in the discriminant equation leads to a proper classification of 73.2% mothers of the sample. The classification rate is comparable in both groups: 74.3% of the participants in the CH group and 71.4% of the participants in the TR group were correctly predicted. The Chi square in the classification obtained ($11.66; p = .003$) is statistically significant.

DISCUSSION

Overall, our results indicate that the following variables are significantly associated with situations of chronic problems of abuse and neglect: initial level of severity of potential for abuse; number of children at the time the case was opened; dual-parent status; the fact that the mother herself had been placed in a foster home; that she had been sexually abused; and that she had run away from home during her adolescence. Finally, the more a mother displays risk factors, the greater the chances that chronic neglect and abuse will occur.

Initial severity of potential for abuse is represented here by the CAPI score. First, one must not lose sight of the fact that from the beginning the majority of the mothers displayed results that place them in the critical zone. It would be risky to attempt to determine a cutoff point beyond which the probability of exhibiting a problem of abuse and neglect would be significantly increased. Moreover, the specific contribution of this variable to the classification of the mothers reaches a marginal value that is not statistically significant ($F = 3.65; p = .06$). The overall tendency, however, is there: the mothers we classified as having chronic problems obtained on average a

higher score on the CAPI. The latter instrument measures various characteristics, including distress, rigidity in attitudes and problems with self, with the family, with the child, and with others. In clinical terms, it can be expected that intervention carried out involving parents who display more of such problems may be of a longer duration.

The mothers in our sample who displayed more than eight risk factors had slightly over four times the risk of having problems of chronic abuse and neglect. The fact that these results come from data gathered on a longitudinal basis gives them greater validity than if a retrospective study had been conducted. These results concur with Brown *et al.* (1995), who found that over the course of a 17-year longitudinal study the prevalence rate of abuse and neglect went from 3% when there are no identified risk factors to 24% when the family had at least four risk factors. This finding has considerable significance for practitioners and will help them identify the children who are at greatest risk for child maltreatment.

Furthermore, it is worth noting that the only factors for which a statistically significant relationship can be observed (when they are considered individually) are those that relate to the parent's antecedents during childhood or adolescence. Many researchers (Crittenden, 1996; Egeland, 1988; Quinton & Rutter, 1988) have placed importance on the link between parental problems and the negative experiences that the parent had in his/her own family during childhood and adolescence. These negative experiences—that involve neglect, physical violence, abandonment, and break-ups—are presently recognized as maltreatment risk factors in the general population. Our data add to that: regarding the chronicity of problems of maltreatment, it is not so much experiences of neglect, unavailability of parent figures or even physical violence that prove to be the most critical. For persons who have lived through such experiences, the percentages of chronic and transitory cases are statistically comparable. However, 80% of mothers who had been placed in foster homes and 77.8% of those who had been subjected to sexual abuse exhibit chronic problems of abuse and neglect. This type of antecedent therefore appears to be more specific to the

chronicity of maltreatment. Having been a victim of sexual abuse, having been placed in a foster home and having run away from home as an adolescent are events that are not necessarily independent of one another. They do, however, refer to situations that are intense on an emotional and even traumatic level in the relationships experienced in the parent's own family, and these situations have an adverse affect on the general adaptation of the parent.

The above data are in line with clinical research carried out by Egeland and Susman-Stillman (1996) and Main and Hesse (1990), who studied the effects of trauma experienced by young children. Parents who have unresolved trauma develop psychic mechanisms that are detrimental to their capacity for attachment and especially to their sensitivity as parents.

There are fewer research data on chronic maltreatment. Our study shows that after 4 years of intervention and services received, 62% of the mothers still display a high level of abuse and neglect problems. This percentage may appear high when one considers the intervention efforts that were expended for these mothers over such a long period of time. These findings confirm that child maltreatment is a serious problem for which treatment is often required over several years. Chronically abusive and neglectful parents carry with them distress that originates in their childhood, they have numerous needs, and these needs cannot be quickly fulfilled. We must, therefore, expect to carry out long-term intervention with these very vulnerable families, and take into account the characteristics that are specific to them. For example, we observed that the mothers in the chronic group were living in a dual-parent situation more than the mothers in the other group. In these families, the fathers are often considered by the mothers as being more a source of problems than a source of support (Lacharité *et al.*, 1996). The fathers are, among other things, perceived by the mothers as being profiteers of resources rather than providers.

However, it is possible to identify a certain number of familial characteristics (especially maternal characteristics, because mothers made up the present sample) based on which one could expect that intervention would have to last several years or would have to be intensive in order to provide better protection for the child. Our findings indicate that more than 78% of the mothers who have a low level of intellectual functioning (who are below the 25th percentile for the general population) display problems of chronic maltreatment. There is no doubt that a low level of intellectual functioning is detrimental to a parent's ability to adapt to the realities of daily life. Finally, because the majority of the families were living in poverty, we can see that economic and social destitution just add to the personal vulnerability of the parent.

Results of the present study shed new light on the problem of abuse and neglect. They must, however, be carefully interpreted because of the actual definition of chronicity: how long after intervention should a situation of maltreatment be considered as transitory? At what point should it be considered as chronic? In fact, when observing the evolution of families over time, we must be mindful of the "unstable" nature of the concept of transitory abuse and neglect. The fact that a family is no longer the subject of intervention by Child Protection Services and that one of the parents does not exhibit a potential for "critical" abuse guarantees neither the total absence of neglectful and violent behaviors toward the child nor future recurrence of those behaviors.

Similarly, the fact that a family displays problems of abuse and neglect over a long period of time does not mean that the situation cannot improve. In fact, results provide certain indicators on how intervention should be carried out with these families and on prevention in general. In terms of intervention, one cannot change the fact that these mothers have suffered abuse and abandonment during their childhood. We can, however, change our intervention so that it takes their personal distress more into account. In terms of prevention, it is imperative that actions be taken that are designed to reduce the sexual abuse of children and prevent break-ups at an early age.

ACKNOWLEDGMENTS

The present study was funded by the Fund québécois de s Recherche Sun la culture et la Societé (FQRSC).

REFERENCES

- American Association for Protecting Children (AAPC) (1989). *Highlights of official child neglect and abuse reporting*, American Humane Association, Denver, CO.
- Ayoub, C., Willet, J. B., and Robinson, D. S. (1992). Families at risk for child maltreatment: Entry-level characteristics and growth in family functioning during treatment. *Child Abuse Neg.* 16: 495-511.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychol. Bull.*, 114: 413-434.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., and Salzinger, S. (1995). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Neg.*, 22(11): 1065-1078.
- Browne, K., and Sagi, S. (1988). Approaches to screening for child abuse and neglect. In Browne, K., Davies, C., and Stratton P. (eds.), *Early Prediction and Prevention of Child Abuse*, Wiley, Rochester, pp. 57-85.
- Budd, K. S., and Greenspan, S. (1984). Mentally retarded mothers. In Blechman, E. (ed.), *Behavior Modification With Women*, Guilford Press, New York, pp. 477-506.

- Burgess, R. L., and Conger, R. D. (1978). Family interaction in abusive, neglectful and normal families. *Child Dev.* 49: 1163-1173.
- Crittenden, P. (1988). Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. In Browne, K., Davies, C., and Stratton, P. (eds.), *Early Prediction and Prevention of Child Abuse*, Wiley, Rochester, pp. 161-189.
- Crittenden, P. (1992). *Intervention with families at-risk*. Paper presented to the Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Crittenden, P. (1996). Research on maltreating families: Empirical and clinical issues. In Brière, J., Berliner, L., Bulkley, J. A., Jenny, C., and Reid, T. (eds.), *APSAC Handbook on Child Maltreatment, American Professional Society on the Abuse of Children*, Sage, Thousand Oaks, CA, pp. 158-174.
- Crittenden, P., and Bonvillian, J. D. (1984). The relationship between maternal risk status and maternal sensitivity. *Am. J. Orthopsychiatry*, 54: 250-262.
- Cummings, E. M., and Cicchetti, D. (1990). Attachment, depression, and the transmission of depression. In Greenberg, M. T., Cicchetti, D., and Cummings E. M. (eds.), *Attachment During the Preschool Years*, University of Chicago Press, Chicago, IL, pp. 339-372.
- Daro, D. (1996). Prevention of child abuse and neglect. In Brière, J., Berliner, L., Bulkley, J., Jenny, C., and Reid T. (eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, Sage, London, pp. 343-358.
- Department of Health and Human Services (DHHS) (1994). *Child maltreatment 1992: Reports from the States to the National Center on Child Abuse and Neglect*, Government Printing Office, Washington, DC.
- Downey, G., and Coyne, J. (1990). Children of depressed parents. An integrative review. *Psychol. Bull.* 108: 50-76.
- Dubowitz, H. (1999). *Neglected Children. Research, Practice, and Policy*, Sage, London.
- Duncan, G., and Brooks-Gunn, J. (1997). *Consequences of Growing Up Poor*, Russell-Sage Foundation, New York.
- Egeland, B. (1988). Breaking the cycle of abuse: Implications for prediction and intervention. In Browne, K., and Davies C. (eds.), *Early Prediction and Prevention of Child Abuse*, Wiley, New York, pp. 87-99.
- Egeland, B., Breitenbucher, M. C., and Rosenberg, M. S. (1980). Prospective study of the significance of life stress in the etiology in child abuse. *J. Consult. Clin. Psychol.* 48: 195-205.
- Egeland, B., and Susman-Stillman, A. (1996). Dissociation as a mediator of child abuse across generations. *Child Abuse*. 20: 1123-1132.
- Erickson, M. F., and Egeland, B. (1996). Child neglect. In Brière, J., and Berliner, L. (eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, Sage, Thousand Oaks CA, pp. 4-20.
- Ethier, L. S., Couture, G., and Lacharité, C. (1991). *L'entrevue psychosociale auprès des mères*. Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille. Trois-Rivières: Université du Québec à Trois-Rivières.
- Ethier, L. S., Lacharité, C., and Couture, G. (1995). Childhood adversity, parental stress, and depression of negligent mothers. *Child Abuse Negl.* 19: 619-632.
- Ethier, L. S., Lacharité, C., Gagnier, J.-P., and Couture, G. (1995). *The Personal, Family and Community Help Program (PFCHP) applied to families at-risk of child abuse and neglect*. Unpublished research document presented to the Conseil québécois pour la recherche sociale.
- Ethier, L. S., and Lacharité, C. (2000). La prévention de la négligence et de la violence envers les enfants. In Vitaro, F., and Gagnon, C. (eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation. Tome 1. Les problèmes internalisés*, Presses de l'université du Québec, Québec, Canada, pp. 389-428.
- Fonagy, P., and Targot, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self organization. *Dev. Psychopathol.* 9: 679-701.
- Friedrich, W., and Eibender, A. (1983). The abused child: A psychological review. *J. Clin. Psychol.* 12: 244-256.
- Garbarino, J., and Collins, C. C. (1999). Child Neglect. The Family with a hole in the middle. In Dubowitz, H. (ed.), *Neglected Children*, Sage, London, pp. 1-23.
- Gaudin, J. M., Polanski, N. A., Kilpatrick, C., and Shelton, P. (1993). Loneliness, depression, stress and social support in neglectful families. *Am. J. Orthopsychiatry*, 63(4): 597-605.
- Guay, F., Ethier, L. S., Palacio-Quintin, E., and Boutet, M. (1997). L'impact de la déficience intellectuelle sur la problématique de la négligence parentale. *Revue Européenne du Handicap Ment.* 4(15): 3-15.
- Gutterman, N. B. (1999). Enrolment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the universal versus targeted debate: A meta-analysis of population-based and screening-based programs. *Child Abuse Negl.* 23(9): 853-890.
- Haapasalo, J., and Aaltonen, R. (1999). Child abuse potential: How persistent? *J. Interpers. Violence*, 14: 571-585.
- Keltner, B. (1994). Home environments of mothers with mental retardation. *Ment. Retard.* 32: 123-127.
- Kinard, E. M. (1982). Child abuse and depression: Cause or consequences? *Child Welfare*, 7: 403-413.
- Lacharité, C., Ethier, L. S., and Couture, G. (1996). Analysis of the influence of spouses on parental stress of neglectful mothers. *Child Abuse Rev.* 5: 18-33.
- Lessard, C. (2000). *Indicateurs repères sur l'application de la loi sur la protection de la jeunesse, 1993 à 1999*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Québec. Canada, Gouvernement du Québec.
- Magura, S., and Moses, B. S. (1984). *Outcome measures for child welfare services. Theory and applications*, Child Welfare League of America, Washington, DC.
- Main, M., and Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status. In Greenberg, M., Cicchetti, D., and Cummings, M. E. (eds.), *Attachment in the Preschool Years*, Chicago Press, Chicago, IL pp. 161-182.
- McLoyd, V. C., and Wilson, L. (1991). The strain of living poor: Parenting, social support and child mental health. In Aletha, C., and Huston, C. (eds.), *Children in Poverty*, Cambridge Press, New York, pp. 105-135.
- Milner, J. S. (1980). *The Child Abuse Potential Inventory Manual*, Psytec, Webster, NC.
- Milner, J. S. (1994). Assessing physical child abuse risk: The child abuse potential inventory. *Clin. Psychol. Rev.* 14: 547-583.
- Milner, J. S., Gold, R. G., Ayoub, C., and Jacewitz, M. M. (1984). Predictive validity of the child abuse potential inventory. *J. Consult. Clin. Psychol.* 52: 879-884.
- National Child Abuse and Neglect Data System (1998). U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau, Child Maltreatment. *Child maltreatment 1996: Reports from the States to the National Center on Child Abuse and Neglect*. U.S. Government Printing Office, Washington, DC.
- Ney, P., Fung, T., and Wickett, A. D. (1994). The worst combinations of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 18(9): pp. 705-714.
- Nelson, K. (1997). Approaches to intervention with chronically neglecting families. In Henggeler, S. W., and Santos, A. B. (eds.), *Innovative Approaches for Difficult-to-Treat Populations*, American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- Palacio-Quintin, V., and Palacio-Quintin, E. (1992). *Version française du questionnaire du CAPI de Milner*. Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille. Trois-Rivières: Université du Québec à Trois-Rivières.
- Palacio-Quintin, E., Ethier, L. S., Jourdan-Ionescu, C., and Lacharité, C. (1994). L'intervention auprès des familles négligentes. In Pourtois, J. P. (ed.), *Enfance Maltraitée*, De Bock, Bruxelles, pp. 173-212.
- Palacio-Quintin, E., Couture, G., and Paquet, J. (1995). *Projet d'intervention auprès des familles négligentes présentant ou non des comportements violents*. Trois-Rivières: Université du Québec à Trois-Rivières. Unpublished research document presented to Health Canada. March, no. 4887-05-91-067.

- Pianta, R., Egeland, B., and Erickson, M. F. (1989). The antecedents of maltreatment: Results of the mother-child interaction research project. In Cicchetti, D., and Carlson, V. (eds.), *Child Maltreatment Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*, Cambridge University Press, New York, pp. 203-253.
- Polansky, N. A., Chalmers, M., Buttenweiser, E., and Williams, D. P. (1981). *Damaged Parents: An Anatomy of Child Neglect*, University of Chicago Press, Chicago, IL.
- Quinton, D., and Rutter, M. (1988). *Parenting Breakdown*, Brookfield, Avebury.
- Raven, J. C., Court, J. H., and Raven, J. (1983). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales*, H.K. Lewis, London.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., and Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *J. Pers. Soc. Psychol.* 44: 127-139.
- Scott, D. (1992). Early identification of maternal depression as a strategy in the prevention of child abuse. *Child Abuse Negl.* 16: 345-358.
- Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., and Mayer, M. (2001). *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*, Health Canada, Ottawa Canada.
- Tymchuk, A. J., and Andron, L. (1990). Mothers with mental retardation who do or do not abuse or neglect their children. *Child Abuse Negl.* 14: 313-323.
- Tymchuk, A. J., and Feldman, M. A. (1991). Parents with mental retardation and their children: Review of research relevant to professional practice. *Can. Psychol.* 32: 486-494.
- Vézina, A., and Bradet, R. (1990). *Validation québécoise de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales*. Research report. Québec: Université Laval.
- Whitman, B. Y., and Accardo, P. (1990). Mentally retarded parents in the community. In Whitman, B. Y., and Accardo, P. (eds), *When a Parent is Mentally Retarded*, Paul H. Brookes, Baltimore, pp. 3-10.
- Whitman, B. Y., Graves, B., and Accardo, P. (1987). Mentally retarded parents in the community: Identification method and needs assessment survey. *Am. J. Ment. Def.* 91: 636-648.
- Wolfe, D. A., and Werkele, C. (1993). Treatment strategies for child physical abuse and neglect: A critical progress report. *Clin. Psychol. Rev.* 13: 473-500.
- Zuravin, S. J., and Greif, G. (1989). Normative and child-maltreating AFDC mothers. *Social Casework: Contemp. Soc. Work*, 74: 76-84.

