

Table des matières

Sommaire	ii
Remerciements	vi
Contexte théorique	1
Prévalence et définitions	2
Impacts de la négligence sur le développement	5
L'état de stress post-traumatique (ESPT)	6
Psychopathologie développementale	8
Profils distincts de symptômes traumatiques	10
Objectif général	12
Méthode	14
Participants	15
Instruments de mesure	15
Les symptômes traumatiques	15
Les symptômes dissociatifs	16
Le potentiel d'abus de la mère	16
Stratégie d'analyse	17
Résultats	18
Discussion	23
Interventions associées aux caractéristiques des classes	26
Limites de l'étude	28

Retombées possibles de l'étude	29
Conclusion	30
Références	33

Remerciements

En premier lieu, je tiens à exprimer ma gratitude à mon directeur de recherche, Monsieur Tristan Milot Ph. D., professeur au Département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Sa rigueur au travail ainsi que sa passion pour la recherche sont un véritable exemple à suivre et y sont pour beaucoup dans la réalisation de cette recherche. Merci d'y avoir cru.

Je souhaite également remercier Andra Lorent, doctorante en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières pour son aide précieuse dans la recherche des archives de la base de données.

En dernier lieu, merci à ces enfants qui parsèment ma route et qui me donnent espoir en leurs capacités à faire face à un environnement souvent beaucoup plus hostile que ce qu'il leur ait donné d'en comprendre. Vous côtoyer à tous les jours et le désir de vous entourer d'interventions les plus adéquates possibles sont des motivations très grandes à l'achèvement de ce mémoire. Merci à P & T.

Contexte théorique

Pour bien comprendre la problématique de recherche, le premier chapitre précisera les connaissances générales actuelles sur la maltraitance et plus précisément la négligence.

Prévalence et définitions

La maltraitance à l'égard des enfants est considérée comme une dynamique familiale ayant un impact majeur sur le développement de l'enfant (Trocmé *et al.*, 2005). Ses effets sur les victimes sont préoccupants (Éthier, Lemelin et Lacharité, 2004; Éthier et Milot, 2009; Turcotte, Pilote, Chateauf, Lamonde et Young, 2012). Notamment depuis Bowlby (1988), les recherches ont démontré l'importance des soins parentaux sur le développement de l'enfant (Cook *et al.*, 2005; Cichetti *et al.*, 2006; D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola et Van der Kolk, 2012). Steinhauer (1997) identifie cette qualité de soins comme un des principaux facteurs développementaux, au même titre que les composantes génétiques. La maltraitance représente également un enjeu par les coûts socio-économiques importants qu'elle engendre, tant au niveau de la prestation des soins médicaux que des services sociaux (Trocmé *et al.*, 2005; Lacharité *et al.*, 2006; Turcotte *et al.*, 2012).

La maltraitance est un terme générique regroupant la négligence, l'abus et tous les mauvais traitements d'un donneur de soins envers un enfant pouvant compromettre la

survie, la santé, le développement ou la dignité de ce dernier (Krug, Dahlberg, Méczy, Zwi et Lozano-Ascensio, 2002; Turcotte *et al.*, 2012). Il existe plusieurs types de maltraitance, les principaux étant la négligence, la violence psychologique, la violence physique et les abus sexuels (Trocmé *et al.*, 2005). Selon le bilan de l'Association des Centres Jeunesse du Québec, 33 093 signalements ont été retenus l'an dernier, faisant suite à une suspicion de maltraitance (ACJQ, 2015). De ce nombre, les directeurs à la protection de la jeunesse (DPJ) ont conclu que la sécurité ou le développement étaient compromis dans 11 645 des cas.

La négligence se distingue des autres formes de maltraitance. Elle est une carence dans la réponse aux besoins de l'enfant (Lacharité *et al.*, 2006; Nolin et Éthier, 2007). Il peut, entre autres, s'agir de l'incapacité du parent à répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant (ACJQ, 2015). La négligence correspond à 25,8 % des signalements dont 23,2 % pour risque sérieux de négligence. Bien que les formes de négligence soient variables (Lacharité *et al.*, 2006; Turcotte *et al.*, 2012), les principales omissions de soins sont : ne pas assurer la sécurité et la supervision lors des activités quotidiennes (sécurité), ne pas fournir les éléments de bases (nourriture ou vêtements appropriés) et ne pas permettre à son enfant d'accéder à des soins de santé et d'éducation. Comme les enfants sont souvent victimes de plus d'un type d'abus, il peut être pertinent de considérer la négligence comme un type distinct de maltraitance, puisque l'absence de soins laisse plus d'ambiguïtés de par son caractère passif contrairement aux abus psychologiques, physiques ou sexuels (De Bellis, 2001; De Bellis, 2005; Milot, Éthier *et*

al., 2010).

La maltraitance psychologique peut prendre différentes formes, comme crier ou hurler auprès de l'enfant, le dénigrer, l'intimider, l'ignorer, l'isoler et le menacer et user de violence verbale sont considérés comme de l'abus psychologique (ACJQ, 2015). Donner insuffisamment d'attention et exposer l'enfant à de la violence conjugale constitue également de la violence psychologique (Trocmé *et al.*, 2005; Turcotte *et al.*, 2012). La maltraitance psychologique représente toutefois 17,1 % des signalements retenus (ACJQ, 2015).

L'abus physique correspond à des agressions, des blessures ou des sévices corporels punitifs infligés à l'enfant, pouvant causer jusqu'à des lésions permanentes ou même sa mort (ACJQ, 2015). Le fait de secouer un nourrisson et l'usage de méthodes éducatives déraisonnablement contraignantes sont également des comportements relevant de l'abus physique. Il représente 12,8 % des signalements retenus (ACJQ, 2015).

L'abus sexuel se produit lorsque l'enfant coure un risque sérieux ou est présentement victime de gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique. Il prend différentes formes, comme les comportements de viol, d'attouchement, le harcèlement, la sollicitation ou l'exhibitionnisme. L'abus physique représente environ 32,6 % des prises en charge (ACJQ, 2015).

Impacts de la négligence sur le développement

La négligence a des effets majeurs sur le développement des enfants qui en sont victimes (Cicchetti et Barnett, 1991; Olds et *al.*, 1997; Glaser, 2000; Higgins, 2004; Berzenski et Yates, 2011). Ces conséquences sont nombreuses et variées et peuvent affecter toutes les sphères développementales, notamment biologique, neurologique, sociale, psychologique et comportementale (van IJzendoorn, Schuengel et Bakermans-Kanenburg, 1999; Cook *et al.*, 2005; D'Andrea *et al.*, 2012). Entre autres, la négligence peut avoir un impact au plan cognitif tel que sur les aptitudes de planification, de résolution de problèmes et d'encodage de la mémoire (Glaser, 2000; Schore, 2001; Nolin et Laurent, 2004). Il a été démontré que les enfants négligés peuvent présenter des comportements réactionnels de type dépressif, impulsif et agressif (Éthier *et al.*, 2004; De Bellis, 2005; D'Andrea *et al.*, 2012). De plus, la difficulté à identifier les émotions devient quant à elle un défi de taille dans la gestion des relations sociales (D'Andrea *et al.*, 2012; Runyon, Deblinger et Steer, 2014). Dans son fonctionnement global, l'enfant négligé peut présenter des difficultés de langage, des troubles d'apprentissage et de comportements (Shonk et Cicchetti, 2001; Schore, 2001; Nolin et Laurent, 2004). Selon des méta-analyses de van IJzendoorn *et al.* (1999), les enfants négligés sont plus sujets à développer un patron d'attachement désorganisé. Il s'agit d'environ 51 % des enfants qui sont sujets à développer ce type d'attachement, contrairement à 15 % dans la population normative. La négligence a pour effet de freiner considérablement la construction cohérente de modèles internes opérants du nourrisson ou du jeune enfant (Schore, 1996; Glaser, 2000; Macfie, Cicchetti et Toth, 2001). La réponse de stress due aux périodes

d'abus devient le mécanisme adaptatif à des dynamiques potentiellement dangereuses, pouvant jusqu'à laisser des symptômes traumatiques permanents (De Bellis, 2001; Schore, 2009; D'Andrea *et al.*, 2012).

L'état de stress post-traumatique (ESPT)

La maltraitance est un important prédicteur de l'ESPT (Hulette *et al.*, 2008; Putnam, Carlson, Douglas et Marmar, 1998; Shenk, Putnam et Noll, 2012; van der Kolk, 2005). Des symptômes post-traumatiques sont observés chez la grande majorité des enfants maltraités, bien que peu d'entre eux présentent l'ensemble des critères diagnostiques de l'ESPT (Briere et Spinazzola, 2005; Putnam *et al.*, 1998). Pour ce qui est des enfants négligés, ils sont également à risque de développer des symptômes associés à l'ESPT (De Bellis, 2005; Milot et Éthier, 2010; Olds *et al.*, 1997), laissant supposer que l'omission de réponse aux besoins de base place le stress causé par la négligence dans le spectre de l'événement traumatisant et répétitif (Cook *et al.*, 2005; De Bellis, 2005; Terr, 1991). Comme menace à l'intégrité psychologique, la négligence peut causer une forme sévère de trauma en faisant émerger une myriade de symptômes chez l'enfant (D'Andrea *et al.*, 2012; Éthier et Milot, 2009; Nolin et Laurent, 2004; Milot *et al.*, 2010).

Le DSM-5 définit l'ESPT comme l'état d'un individu ayant été confronté à un ou des événements traumatiques reliés à la mort, des blessures graves, ou une menace à l'intégrité physique (American Psychiatric Association [APA], 2013). L'ESPT inclut la

triade classique des symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance, telle que proposée d'abord dans le DSM-III et le DSM-IV (APA, 2000). Toutefois, les critères diagnostics de l'ESPT du DSM-5 comprennent un quatrième critère propre aux cognitions et à l'humeur et inclut certains comportements tels que les croyances ou les attentes négatives persistantes à propos de soi-même ou des autres, ainsi que certaines cognitions qui amènent l'incapacité persistante de ressentir des émotions (APA, 2013).

L'hypervigilance se caractérise par une surréactivité omniprésente. L'enfant démontre une forte irritabilité ou des réactions exagérées pouvant devenir des comportements imprudents ou autodestructeurs. Elle peut être génératrice d'épisodes de sursauts exagérés, des difficultés de concentration ainsi que des troubles du sommeil (APA, 2000).

L'intrusion est l'envahissement incessant des pensées concernant la période d'abus. Les symptômes peuvent se manifester par des souvenirs répétés, des cauchemars, le sentiment de revivre l'abus, des hallucinations, des flash-backs (réactions dissociatives). Elle s'accompagne généralement d'une détresse physiologique face à des indices évoquant un aspect de la situation traumatique (APA, 2000).

L'évitement rassemble les efforts conscients que fait l'enfant pour éviter les stimuli relatifs aux abus vécus. Il peut s'agir de l'évitement de pensées, de conversations, d'activités, d'endroits ou de personnes, de l'oubli d'aspects importants du traumatisme,

d'une réduction de l'intérêt et des affects ou d'attachement d'autrui (APA, 2000).

La dissociation est définie comme une perturbation de certaines fonctions cognitives en lien avec la conscience, la mémoire, l'identité et les perceptions (Putnam *et al.*, 1998; Lanius, Brand, Vermetten, Frewen et Spiegel, 2012). Elle peut se manifester sous un éventail de formes telles que l'amnésie d'un événement passé, la dépersonnalisation ou la déréalisation (perception de son identité ou d'un monde extérieur irréel) (Putnam et Peterson, 1994). La dissociation est fortement associée à un type d'attachement désorganisé (Cook *et al.*, 2005; van IJzendoorn *et al.*, 1999). Pour les enfants victimes de négligence, des réactions dissociatives peuvent devenir une stratégie d'adaptation à la situation ou une façon de faire disparaître les pensées et sentiments de détresse liés aux événements (Hulette *et al.*, 2008; Putnam *et al.*, 1998). Ceci explique en partie la forte présence de dissociation chez ces enfants en comparaison à la population générale (Hulette *et al.*, 2008; Macfie *et al.*, 2001; Putnam et Peterson, 1994).

Dans la prochaine section, nous aborderons la capacité à gérer les événements stressants, dont les situations traumatiques (négligence/abus), puissent varier d'un enfant à l'autre. Cette position s'appuie sur la psychopathologie développementale

Psychopathologie développementale

Selon l'approche développementale, plusieurs principes guident le développement, notamment l'équifinalité et la multifinalité (Perret et Faure, 2006).

L'équifinalité est la possibilité que plusieurs personnes ayant une trajectoire différente peuvent vivre des situations similaires. Quant à lui, le principe de multifinalité suppose que des personnes vivant une même situation peuvent avoir une réaction différente (Glaser, 2000; Sroufe, 1997). Dans cette perspective, l'individu est considéré comme un individu participant à son développement et à l'intégration de ses processus adaptatifs (Olds *et al.*, 1997). L'impact des situations vécues devient des *patterns* d'adaptation et, par conséquent, ces *patterns* influencent directement son développement biopsychosocial (De Bellis, 2001; Perret et Faure, 2006; Runyon, Faust et Orvaschel, 2002).

Plusieurs caractéristiques intrinsèques à l'enfant peuvent expliquer ces différences : son âge, son sexe, ses gènes, son développement cérébral, son profil d'attachement, son tempérament et ses habiletés sociales (Mc Crae, Chapman et Christ, 2006; Nolin et Laurent, 2004; Shonk et Cicchetti, 2001). Plusieurs facteurs extrinsèques peuvent aussi interférer : la qualité relationnelle, la réponse aux besoins, la chronicité/sévérité de l'abus ainsi que le type d'abus (Berzenski et Yates, 2011; Runyon *et al.*, 2002; Steinhauer, 1997). Considérant que les enfants se distinguent autant sur les facteurs biologiques qu'environnementaux, il est possible de supposer que certains enfants négligés ne développent pas nécessairement un ESPT, même s'ils peuvent en développer quelques symptômes. Par contre, il est également possible de supposer que les enfants qui développent un ESPT aient une composition variée des symptômes, présentant donc des profils distincts de symptômes traumatiques.

Profils distincts de symptômes traumatiques

Depuis quelques années, les recherches se précisent dans l'évaluation et l'exploration des symptômes traumatiques que peuvent développer les enfants maltraités (Cicchetti *et al.*, 2006). Toutefois, très peu de recherches utilisent une approche centrée sur la personne par l'utilisation de classes latentes. Parmi celles répertoriées, quatre ont été sélectionnées pour leurs similarités avec l'approche et le thème utilisés dans le cadre de la présente recherche. Une de celles-ci est menée par Higgins (2004), qui met de l'avant l'importance de considérer l'intensité de l'abus plutôt que sa nature (ou type d'abus) L'étude regroupe trois classes selon le niveau de maltraitance : élevé, moyen et faible. Les classes sont décrites principalement par leur composition selon le type d'abus vécu.

La recherche de Mc Crae *et al.* (2006) porte davantage sur les enfants victimes d'abus sexuel ($n = 553$), le développement de symptômes internalisés et externalisés ainsi que le potentiel dépressif. Le Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1993) est utilisé à l'obtention des scores tout en ajoutant des échelles globales au niveau de la dépression et de l'ESPT. Trois groupes sont décrits en les divisant par tranche d'âge (3-7; 8-11; 12-14) selon les caractéristiques d'abus, de symptômes psychologiques et des caractéristiques familiales.

Berzenski et Yates (2011) s'intéressent, quant à elles, à une approche permettant d'intégrer la combinaison de différents types d'abus. Elles critiquent l'idée de miser sur

le développement d'un seul profil de symptômes correspondant à un échantillon de participants ayant vécu un seul type d'abus. Cette façon de faire étant très peu représentative de la réalité des enfants victimes de maltraitance (Berzenski et Yates, 2011). Elles tentent alors de créer des profils de symptômes pour les enfants victimes de plusieurs abus. L'échantillon est composé de 2 637 étudiants (moyenne : 19 ans) avec une représentativité de 64 % de femmes. Des classes latentes sont créées à partir des symptômes identifiés. Les échelles symptomatologiques sont celles du Symptom Checklist-90-Revised (Derogatis, 1983), soit : dépression, anxiété, régulation des émotions. Les chercheuses considèrent également la variable des troubles de la conduite avec le Conflict Tactics scale (CTS) (Straus, 1979), c'est-à-dire : violence relationnelle, consommation de substance, comportements sexuels à risque. Les résultats révèlent une différence dans la composition des classes comme une plus grande présence des symptômes psychologiques et des troubles de comportement chez les adolescents ayant été victimes d'abus multiples.

Runyon, Deblinger et Steer (2014) ont inclus dans leur recherche la création de classes latentes selon les trois symptômes classiques de l'ESPT : évitement, hypervigilance et intrusion. L'échantillon est composé de 749 participants (âgés entre 6 et 17 ans) ayant été référés à un centre de thérapie. Deux types d'abus ont été utilisés pour la recherche : l'abus sexuel et l'abus physique. L'outil d'évaluation des symptômes est le Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS) (Kaufman, Birmaher, Brent, Ryan et Rao,

1997). Ils retiennent la solution à cinq classes selon les symptômes d'hypervigilance, d'évitement et d'intrusion. Les classes sont ensuite décrites selon le type d'abus (sexuel ou physique), l'âge, le mode comportemental (comportements internalisés, externalisés) ainsi que les symptômes dépressifs.

C'est dans la même perspective que ces différents travaux que vient s'inscrire la présente recherche. Son objectif d'exploration dans la précision des symptômes traumatiques chez les enfants maltraités vient contribuer à l'avancement des connaissances sur les réactions traumatiques. Elle y ajoute toutefois un caractère unique de par sa spécificité sur la problématique de négligence. De plus, les symptômes dissociatifs sont considérés en plus de la triade classique de symptômes traumatiques, menant une précision plus importante à l'ESPT caractéristique des enfants victimes de maltraitance.

Objectif général

Considérant 1) l'approche de la psychopathologie développementale selon laquelle il existe plusieurs trajectoires possibles (multifinalité) au développement et 2) les résultats des études antérieures ayant observé des profils distincts de symptômes traumatiques chez les enfants victimes d'abus, l'objectif de la recherche est d'explorer la présence de profils distincts de symptômes traumatiques chez les enfants négligés et de décrire ces profils. L'identification de ces profils se fera sur la base des symptômes d'intrusion, d'évitement, d'hypervigilance, de même que des symptômes dissociatifs, fréquemment

associés à l'ESPT. Nous émettons l'hypothèse que divers profils distincts de réaction traumatique pourront être identifiés. Si des profils distincts émergent, nous évaluerons par la suite s'ils se distinguent en fonction du sexe de l'enfant, de son âge et du potentiel d'abus de la mère. Les recherches actuelles démontrent le lien clair entre le type d'abus et les symptômes d'ESPT (Higgins, 2004; McCrae *et al.*, 2006).

ClicCours.com

Méthode

Ce deuxième chapitre présente les éléments méthodologiques du mémoire dont les participants et les instruments de mesure utilisés pour la collecte de données.

Participants

Les participants de recherche sont 178 enfants ayant vécu de la négligence ou à risque d'en vivre (75 garçons, 73 filles), âgés en moyenne de 104 mois. Les enfants en situation de négligence ont été recrutés dans des centres jeunesse alors que les enfants en situation de risque ont été référés dans des centres locaux de services communautaires.

Instruments de mesure

Les symptômes traumatiques

Les symptômes traumatiques ont été évalués par le biais des échelles intrusion, évitement et hypervigilance du *Trauma Symptoms Checklist for Young Children* (TSCYC) (Briere, 2001). Le TSCYC est un questionnaire permettant d'évaluer les symptômes traumatiques chez les enfants de trois à 12 ans. Il comporte 90 items de types Likert et doit être rempli par une personne en charge de donner les soins à l'enfant. Le TSCYC contient également des échelles pouvant mesurer la dissociation, l'anxiété, la dépression, l'agressivité et les comportements à caractère sexuel anormaux. Dans le cadre de cette étude, seul les trois échelles mesurant les symptômes traumatiques ont été

utilisées (intrusion, évitement et hypervigilance). Le TSCYC a démontré d'excellentes qualités métrologiques, dont un niveau de fidélité satisfaisant et des éléments de preuve basés sur la relation à d'autres variables (Briere *et al.*, 2001; Gilbert, 2004).

Les symptômes dissociatifs

Le Child Dissociation Checklist (CDC) (Putnam *et al.*, 1993) est un outil de 20 items de type Likert permettant d'évaluer les comportements dissociatifs d'un enfant. Il doit être complété par un adulte qui connaît bien l'enfant. Le CDC comporte des normes critériées rendant possible l'identification des enfants dont le niveau de symptômes dissociatifs atteint un seuil clinique. Le CDC démontre de bonnes qualités psychométriques que ce soit par sa validité ou sa fidélité (Putnam *et al.*, 1993).

Le potentiel d'abus de la mère

Le potentiel d'abus de la mère a été mesuré par le biais du Child Abuse Potential Inventory (CAPI) (Milner, 1983). Le CAPI est un questionnaire de 160 énoncés dichotomiques permettant d'identifier le potentiel d'abus du parent (Milner, 1994; Turcotte *et al.*, 2012). Le répondant doit remplir le questionnaire en indiquant leur accord ou leur désaccord avec l'énoncé. Il comporte différentes échelles associées à la maltraitance, soit la détresse du parent, la rigidité, les problèmes intrinsèques à l'enfant, la solitude, les perceptions négatives des enfants et personnelles, le faible niveau de bien-être et les problèmes familiaux. Un score élevé rend possible la prédiction fiable du potentiel la maltraitance actuel ou ultérieur (Milner, 1994).

Stratégie d'analyse

Les classes latentes ont été identifiées à l'aide du logiciel MPlus Version 3.12 (Muthén & Muthén, 1998-2006). L'utilisation du logiciel MPlus dans le cadre de cette recherche permet une exploration sur le regroupement possible des symptômes en classes latentes. Selon Grimm & Yarnold (2000), des profils distinctifs pourraient émerger du rassemblement de symptômes ou des caractéristiques de la personne. Le nombre de classes latentes fait varier l'homogénéité entre les caractéristiques des individus, différentes solutions de classes latentes ont été établies variant ici entre 2 et 6 profils. Les regroupements sont effectués en fonction du profil de réponse de chaque individu. Des profils similaires sont alors regroupés pour former des classes. Ces classes latentes sont donc créés à partir des variables observées soit : les scores obtenus aux échelles intrusion, évitement et hypervigilance au TSCYC de même que le score total obtenu à l'échelle de dissociation du CDC.

Le choix de la solution (nombre de classes retenues) s'est fait selon les indicateurs d'ajustement suivants : la variation des indices Aikake Information Criterion (AIC) et Bayesian Information Criterion (BIC) ainsi que l'entropie (Grimm & Yarnold, 2000). Cette analyse permet de sélectionner le nombre de classes pouvant avoir une valeur statistique et ultimement une valeur clinique permettant de tracer un portrait des relations possibles dans le regroupement des différentes classes obtenues. Le jugement clinique demeure également un facteur déterminant dans le choix de la solution retenue.

Résultats

Ce chapitre est composé de deux sections. La première démontre les différentes solutions possibles lors de la création de classes latentes des symptômes traumatiques d'enfants négligés. La deuxième section aborde la composition des classes latentes pour la solution retenue. Les classes retenues sont notamment comparées sur l'âge, le sexe de l'enfant ainsi que sur le potentiel d'abus de la mère tel que mesuré par le CAPI.

Les résultats obtenus permettent d'observer la présence de différents profils de réactions traumatiques chez les enfants ayant vécu de la négligence ou à risque d'en vivre. Le tableau 1 présente les indices d'ajustement (AIC, BIC et Entropie) pour les solutions variant de deux à six classes latentes.

Tableau 1
Indices d'ajustement pour les solutions de 2 à 6 classes latentes

	AIC	BIC	Ent
2 classes	3282	3321	0,94
3 classes	3239	3293	0,96
4 classes	3193	3262	0,86
5 classes	3154	3238	0,89
6 classes	3128	3227	0,91

Note. AIC : Aikaike Information Criterion/ BIC : Bayesian information criterion. / Ent: Entropie

Les solutions variant entre deux et six classes latentes ont été établies par l'utilisation du logiciel Mplus. En raison notamment de l'entropie, et pour des critères de parcimonie et d'interprétabilité, c'est la solution à trois classes qui a été retenue. La solution à trois classes semble celle la plus démonstrative de ces différences. D'un point de vue statistique, la meilleure solution reste celui permettant un faible AIC ainsi qu'un faible BIC. L'entropie reste de moyenne à bonne variant entre 0,84 et 0,96. Le choix est celui présentant la meilleure mesure d'entropie (0,96).

Le tableau 2 présente les moyennes aux différentes variables pour chacune des trois classes : les trois symptômes associés à l'ESPT, la dissociation, l'âge, le sexe ainsi que le potentiel d'abus. Les scores rapportés aux tests sont les scores bruts et non les scores transformés (scores T).

Tableau 2

Proportion d'enfants par classe et moyennes ou proportions aux variables intrusion, évitement, hypervigilance, dissociation âge de l'enfant, sexe de l'enfant potentiel de l'abus de la mère

	Proportion	Intru.	Évit.	Hyper.	Disso.	Age	Sexe*	Abus
Classe A	16 %	19	20	17	9	120	29 %	202
Classe B	8 %	13	16	23	21	94	25 %	267
Classe C	78 %	11	11	13	4	102	47 %	194

Intru. : intrusion/ Évit. : évitement/ Hyper. : hypervigilance/ Disso. : dissociation
 Âge : nombre en mois/ Sexe* : % de garçons/ Abus : score au potentiel d'abus de la mère

La Classe A, avec une représentativité de 16 % de l'échantillon, est celle se distinguant par des scores élevés aux échelles d'intrusion et d'évitement. Elle présente un score moyen aux échelles d'hypervigilance et de dissociation. Elle se compose majoritairement des enfants les plus âgés de l'échantillon (âge = 120 mois). Soixante-et-onze (71%) des enfants de cette classe sont de sexe féminin. Le potentiel d'abus de la mère présente également un score moyen.

La Classe B, avec une représentativité de 8 % de l'échantillon, démontre, en comparaison avec la Classe A, des scores moyens aux deux premières échelles de symptômes mais de très hauts scores aux échelles d'hypervigilance et de dissociation. À noter que les enfants de cette classe ont l'âge moyen le plus bas (en moyenne 94 mois). Elle est la classe contenant le plus majoritairement des filles (75 %) et présentant aussi le plus haut score moyen au potentiel d'abus de la mère (abus = 267).

La Classe C est la classe principale avec une proportion de 78% de l'échantillon. Elle présente les plus faibles scores aux quatre échelles de réaction traumatique. Les enfants appartenant à ce groupe ont une moyenne d'âge de 102 mois. Elle est la classe la plus mixte quant au sexe des participants avec une proportion de 47% de garçons. Le potentiel d'abus présente le score le moins élevé des trois classes avec un score T de 194.

Les résultats semblent démontrer que certains symptômes traumatiques peuvent varier dépendamment de l'individu mais également en fonction de l'âge, du sexe et du potentiel d'abus. Cette analyse exploratoire permet d'observer que pour environ 22% des enfants, il est possible de développer une réaction traumatique particulière. La Classe A et la Classe B se distinguent de la troisième classe par des scores plus élevés sur respectivement deux des quatre échelles symptomatologiques.

Discussion

Ce mémoire avait pour objectif premier d'explorer la présence éventuelle de différents profils de réaction traumatique chez les enfants ayant vécu de la négligence ou à risque d'en avoir vécu. Il a permis d'observer la présence de trois profils distincts de réaction traumatique. En effet, les résultats suggèrent la présence de différences dans la composition de symptômes traumatiques chez les enfants négligés ou à risque de négligence.

Les participants se regroupent majoritairement dans une classe (78% de l'échantillon). Les deux autres classes semblent démontrer la présence de variations dans la réaction à la négligence. Environ un enfant sur cinq ferait partie d'un profil de réactions particulières. Les variables du sexe et de l'âge semblent contribuer à distinguer ces groupes, bien que seules des analyses descriptives ont été faites.. Comme l'illustrent les résultats, ces variables peuvent participer à l'augmentation des symptômes traumatiques. Voici donc la présentation des différentes variables pour la composition de chacun des profils.

La Classe A démontre un haut niveau de score aux échelles d'intrusion et d'évitement. L'âge élevé des enfants de ce groupe (âge = 120 mois) permet de penser que le potentiel d'abus est moins élevé que la Classe B puisque les enfants sont

considérés moins à risque de vivre des situations de négligence. Les symptômes d'intrusion et d'évitement étant des comportements plus intériorisés peuvent faire le parallèle avec l'étude de Éthier et Milot (2009) selon laquelle, plus la durée des mauvais traitements est longue, moins il y aurait de comportements extériorisés.

La Classe B démontre les plus hauts scores aux échelles d'hypervigilance et de dissociation. Le bas âge ($x=94$) peut influencer la présence de symptômes dissociatifs (Éthier et Milot, 2009; Glaser, 2000). Le haut score obtenu au potentiel d'abus de la mère pourrait également influencer particulièrement la présence de symptômes dissociatifs (Cicchetti *et al.*, 2006). Il est possible de considérer que le potentiel d'abus soit plus élevé étant donné la plus grande vulnérabilité relative au jeune âge des enfants de cette classe.

La Classe C étant le profil regroupant la majorité des enfants, bien que présentant les plus faibles scores aux sous-échelles traumatiques ainsi que moins de particularités au niveau des caractéristiques de la classe (âge, sexe, potentiel d'abus). La Classe C est également le groupe pour lequel la répartition selon le sexe est le plus proportionnel (sexe =47%). Cela peut supposer une plus grande étendue dans les stratégies des individus dans leur façon de gérer la situation de négligence. Les faibles scores obtenus pourraient supposer que les enfants de ce groupe ont été victime d'un seul type d'abus,

les enfants pouvant réagir davantage à une situation regroupant plusieurs types d'abus (Berzenski et Yates, 2011)

Les différents profils de réaction traumatique semblent former un tout cohérent et avoir une portée au niveau clinique. La prise de conscience d'une composition différente quant aux caractéristiques de chacune des classes permet de distinguer certains patrons relationnels atypiques chez les enfants négligés. Les différents profils permettent de considérer la possibilité qu'un individu puisse développer des symptômes selon ses caractéristiques intrinsèques ou extrinsèques. De plus, la considération de profils de réaction traumatique ouvre la porte à l'élaboration d'un plan thérapeutique avec des objectifs spécifiques aux besoins de l'enfant et sa famille.

Interventions associées aux caractéristiques des classes

Certaines méthodes d'intervention sont regroupées selon les caractéristiques des classes. Ces distinctions permettent de mieux comprendre les dynamiques de ces classes en misant principalement sur leur composition. Il importe de noter qu'elles sont présentées à titre exploratoire seulement.

Les interventions particulières selon les caractéristiques de la Classe A se traduisent principalement par un accompagnement graduel. Pour accompagner les symptômes d'intrusion, il serait pertinent d'opter pour des interventions permettant la

verbalisation et le *acting-out* du patron relationnel internalisé. Pour ce qui est des symptômes d'évitement, une approche utilisant une désensibilisation graduelle par l'exposition aux stimuli stressant serait efficace au niveau thérapeutique (Runyon *et al.*, 2014).

Pour chacune des caractéristiques de la Classe B, les interventions semblent porter davantage sur la centration des concepts de soi. Pour accompagner les symptômes d'hypervigilance, il est conseillé d'utiliser principalement des techniques alliant relaxation et exercices de pleine conscience (Runyon *et al.*, 2014). Pour ce qui est des symptômes dissociatifs, il a été démontré que les individus présentant un ESPT incluant ce type de symptômes, démontrent une réponse à la psychothérapie cognitivo-comportementale, tout à fait différente, demandant une attention particulière (Lanius *et al.*, 2012). Pour ce qui est du potentiel d'abus élevé, il a été démontré que des interventions dans le support dans la communication de l'enfant pour qu'il nomme ses besoins au donneur de soins est une stratégie à utiliser (Runyon *et al.*, 2014). Il est possible de penser que cette difficulté de communication est particulièrement présente dans un contexte de négligence, de par son caractère d'omission ou de non réponse aux besoins de l'enfant.

Limites de l'étude

Ce mémoire comporte certaines limites qui doivent être considérées. D'une part, par la présence de biais méthodologiques et, d'autre part, par le manque de variables contrôles pouvant expliquer la composition des différentes classes.

Quelques lacunes au niveau méthodologiques sont à noter. Le fait d'utiliser uniquement les questionnaires remplis par la mère comme unique donneur de soins, peut devenir un biais. Les mères négligentes ayant souvent une connaissance erronée des besoins de leurs enfants. (Milot et Éthier, 2010). Pour certains enfants, la même mère a répondu pour chacun des membres de la fratrie, pouvant poser un biais de jugement. L'utilisation de classes latentes reste aussi en soi un biais. Le choix de la solution reposant sur les indicateurs de classes, mais surtout sur le jugement clinique, il serait envisageable de penser qu'un autre chercheur sélectionne une autre solution pour la même analyse.

Pour ce qui est des autres variables extrinsèques à l'enfant et constituant l'environnement (la qualité relationnelle, la réponse aux besoins, la chronicité/sévérité de l'abus ainsi que le type d'abus), elles auraient pu être considérées davantage. Elles auraient permis une meilleure analyse de la composition des différentes classes, plus particulièrement pour expliquer la myriade symptomatologique des profils atypiques.

Retombées possibles de l'étude

Peu de recherches se sont intéressées directement aux différences possibles dans la composition symptomatologique des enfants maltraités et encore moins négligés. Ce mémoire permet donc d'aborder la réaction en la considérant comme traumatique. Il contribue aux connaissances, donnant place à de plus amples recherches sur ces distinctions réactionnelles. S'inscrivant dans le contexte actuel de recherche sur le développement des symptômes traumatiques chez les enfants victimes de maltraitance, cette recherche permet de porter un regard nouveau sur les réactions traumatiques. De par l'analyse centrée sur la personne, elle permet de reconnaître le potentiel adaptatif présent chez les enfants victimes de négligence. Avoir accès à un échantillon assez significatif d'enfants a permis une analyse exploratoire acceptable. Il permet également des retombées cliniques, quant aux choix d'approche thérapeutique lors d'interventions auprès des enfants négligés. En considérant les possibilités de réactions particulières sur le plan de la composition de symptômes traumatiques, l'intervenant sera plus en mesure d'identifier les stratégies d'interventions gagnantes avec l'enfant et la famille.

L'enjeu principal des parents en situation de négligence étant une difficulté à s'assurer d'une réponse optimale aux besoins de leur enfant, la meilleure compréhension de la dynamique de l'enfant pourra permettre une intervention familiale plus adéquate et un support plus personnalisé aux parents quant à la valorisation de leurs compétences.

Conclusion

La négligence envers les enfants est une problématique qui doit être adressée à un système plus large qu'aux limites de la sphère familiale. La prise en charge de cette problématique devient une responsabilité de société, afin de protéger les enfants à risque. Bien que certaines nuances et visions de la négligence varient selon le contexte socio-culturel (Lacharité *et al.*, 2006), un consensus global permet d'identifier les comportements ayant un impact négatif sur le développement de l'enfant. La prévention doit être primée et valorisée à l'intérieur des services de santé et des services sociaux afin de diminuer les besoins en réadaptation qui restent inévitables.

Cette recherche s'inscrit dans la lignée des autres recherches quant à la précision du développement des symptômes chez les enfants victimes de négligence, mais également dans le but de cibler les meilleures interventions possibles pour venir en aide à ces enfants traumatisés par leur passé familial. Bien que cette recherche se veuille exploratoire, les résultats semblent démontrer qu'un enfant sur quatre développerait un profil de réaction traumatique atypique. Ces profils considérés comme atypiques, se distinguent également dans leur composition sur les plans de l'âge, du sexe et du potentiel d'abus de la mère.

La réflexion clinique pouvant émerger de cette analyse exploratoire permet d'allier la recherche aux pratiques psychoéducatives. De par l'ouverture aux possibilités

de composition de symptômes différents chez les enfants victimes de négligence ou d'autres types d'abus, il est possible d'envisager des interventions plus adaptées dans l'utilisation thérapeutique du vécu familial. La compréhension des différentes nuances de comportements de l'enfant permettrait à l'intervenant d'accompagner la sensibilité parentale aux implications des situations d'abus vécues. Finalement, les profils atypiques soulevés pourraient être approfondis davantage pour y associer une gamme d'interventions et de stratégies pour accompagner les enfants et leur parent autrement.

Références

- Achenbach, T.M. (1993). *Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profiles types derived from CBCL/4-18, TRF and YSR*. Burlington, Vermont: University of Vermont
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Association des Centres Jeunesse du Québec (ACJQ). (2015). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/ directeurs provinciaux 2015*. Récupéré de http://www.cjsaglac.ca/donnees/fichiers/1/bilan-des-dpj-acjq-2015-finale_web.pdf
- Berzenski, S. et Yates, M. T. (2011). Classes and Consequences of Multiple Maltreatment: A Person-Centered Analysis. *Child Maltreatment*, 16(4), 250-261.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London, Ontario: Routledge.
- Briere, J. (2001). *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., Johnson K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., ...Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse & Neglect*, 25(8), 1001-1014.
- Briere, J. et Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 401-412.
- Cicchetti, D. et Barnett, D. (1991). Toward the development of a scientific nosology of child. *Thinking clearly about psychology*, 3, 346-377.
- Cicchetti, D., Rogosh, F.A. et Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18, 623-649.

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C. Blaustein, M. Cloitre, M., ...van der Lolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. et van der Kolk, B. A. (2012). Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200.
- De Bellis, M. D. (2001) Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment and policy. *Development and Psychopathology*, 13(3), 539-564.
- De Bellis, M. D. (2005). The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 150-172.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual II for the revised version*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Éthier, L. S., Lemelin, J. P. et Lacharité, C. (2004). A Longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child & Abuse*, 28, 1265-1278.
- Éthier, L. S. et Milot, T. (2009). Effet de la durée, de l'âge d'exposition à la négligence parentale et de la comorbidité sur le développement socioémotionnel à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(2), 136-145.
- Gilbert, A. M., (2004). *Psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)*. ProQuest Information & Learning.
- Glaser, D. (2000). Child Abuse and Neglect and the Brain- A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 97-116.
- Grimm, L. G. et Yarnold, P.R. (2000). Reading and understanding more multivariate statistics *American Psychological Association*, 227-260.
- Higgins, D. J. (2004). The importance of Degree Versus Type of Maltreatment: A Cluster Analysis of Child Abuse Type. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 138(4), 303-324.
- Hulette, A. C., Fisher, P. A., Kim, H. K., Ganger, W., & Landsverk, J. L. (2008). Dissociation in foster preschoolers: A replication and assessment study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9, 173-190.

- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D. A., Ryan, N. D. et Rao, U. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children: Present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980–988.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. et Lozano-Ascensio, R. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Récupéré du site de l'OMS http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf
- Lacharité, C., Éthier, L. et Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, 484, 381-394.
- Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A. et Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and Anxiety*, 29, 701-708.
- Macfie, J., Cicchetti, D. et Toth, S. L. (2001). Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect*, 25(9), 1253-1267.
- Mc Crae, J. S., Chapman, M. V. et Christ, S. L. (2006). Profile of Children Investigated for Sexual Abuse: Association With Psychopathology Symptoms and Services. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 468-481.
- Milner, J. S. (1986). *The Child Abuse Potential Inventory manual* (2nd ed.). Webster, NC; Psytec.
- Milner, J. S. (1994). Assessing physical child abuse risk: The Child Abuse Potential Inventory. *Clinical Psychology Review*, 14, 547–583.
- Milot, T., Éthier, L. S., St-Laurent, D. et Provost, M. A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, 34, 225-234.
- Milot, T., St-Laurent, D., Éthier, L. S. et Provost, M. A. (2010). Trauma-Related Symptoms in Neglect Preschoolers and Affective Quality of Mother-Child Communication. *Child Maltreatment*, 15(4), 293-304.
- Muthén, L. K. et Muthén, B. O. (1998–2012). *Mplus user's guide* (6th ed.). Los Angeles, CA: Auteur.

- Nolin, P. et Éthier, L. (2007). Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31, 631-643.
- Nolin, P. et Laurent, J. P. (2004). *Neuropsychologie : cognition et développement de l'enfant*. (Chapitre 7: Neuropsychologie et étude de la maltraitance). Sainte-Foy, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R. et Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Jama*, 278(8), 637-643.
- Perret P. et Faure S. (2006). Les fondements de la psychopathologie développementale. *Enfance*, 4, 11-29.
- Putnam, F. W., Carlson, E. B., Douglas, B. J. et Marmar, C. R. (1998). Hypnosis, dissociation, and trauma: Myths, metaphors, and mechanisms *Trauma memory and dissociation*. 27-55
- Putnam, F. W., Helmers, K. et Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17, 731-741.
- Putnam, F. W. et Peterson, G. (1994). Further validation of the Child Dissociative Checklist. *Dissociation*, 7, 204-211.
- Runyon, M. K., Deblinger, E. et Steer, R. A. (2014). PTSD symptom cluster profiles of youth who have experienced sexual or physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 38, 84-90.
- Runyon, M. K., Faust, J. et Orvaschel, J. (2002). Differential symptom pattern of post-traumatic disorder (PTSD) in maltreated children with and without concurrent depression. *Child Abuse & Neglect*, 26(1), 39-53.
- Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-87.
- Schore, A. N. (2009). Relational Trauma and the Developing Right Brain: An Interface of Psychoanalytic Self Psychology and Neuroscience. *Self and Systems*, 1159, 189-203.
- Schore, A. N. (2001) The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1), 201-269.

- Shenk, C. E., Putnam F. W. et Noll, J. G. (2012). Experiential avoidance and the relationship between child maltreatment and PTSD symptoms: Preliminary evidence. *Child Abuse & Neglect*, 36, 118-126.
- Shonk, S. M. et Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology*, 37, 3-17.
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.
- Steinhauer, P. (1997). Windows of opportunity: Raising a healthy child depends on time and timing. *Transition*, June, 7-10
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) scales. *Journal of Marriage & the Family*, 41, 75-88.
- Terr, L. C. (1991), Childhood Traumas: An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., ...Cloutier, R. (2005). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et négligence envers les enfants-2003. Données principales*. Ottawa, Canada : ministre des Travaux public et des Services gouvernementaux du Canada.
- Turcotte, G., Pilote C., Chateaufneuf, D., Lamonde, G. et Young, S. (2012). *Inventaire des outils cliniques en négligence : rapport final*. Récupéré de http://ruij.qc.ca/pdf/outils_cliniques_negligence_2012_rapport_final.pdf
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C. et Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225-249.