

Table des matières

Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Contexte théorique	5
La maltraitance	6
Définitions	8
Incidence	12
Conséquences pour l'enfant	14
Résilience des enfants maltraités	18
Mères adolescentes et maltraitance	19
Portrait des mères adolescentes et leurs enfants	21
Ressources des mères adolescentes	22
Compétences parentales	28
Résilience des mères adolescentes	32

Vulnérabilité des enfants nés de mères adolescentes	33
Similitudes entre les enfants maltraités et ceux nés de mères adolescentes	36
L'intervention préventive	37
Structure et modalités	38
Stratégies d'intervention	39
Efficacité des programmes d'intervention	42
Constats et objectifs de recherche	43
Méthode	45
Stratégie de recension	46
Caractéristiques des études retenues	49
Description des interventions	53
Stratégie d'analyse	62
Résultats	66
Dicussion	72
Conclusion	86
Références	89

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Données descriptives recueillies et codifiées pour l'ensemble des huit groupes de mères adolescentes exposées à une intervention provenant des six études 61

- 2 Efficacité globale et efficacité selon les stratégies de l'intervention précoce auprès de mères adolescentes pour diminuer le taux de maltraitance subséquente envers leurs enfants 70

Liste des figures

Figure

1	Processus de sélection des études	49
2	Efficacité globale des interventions précoces auprès de mères adolescentes pour diminuer le taux de maltraitance subséquente envers leurs enfants	68
3	Répartition des études incluses dans la méta-analyse selon leurs résultats	71

Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à sa directrice de recherche, Madame Claire Baudry, Ph. D., professeure au département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières, et à sa codirectrice de recherche, Madame Ève-Line Bussièrès, Ph. D., chercheure au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire. Votre soutien m'a été indispensable du début à la fin de ce projet, autant d'un point de vue technique que moral. Ce fut un privilège de travailler avec vous!

L'auteure remercie également le Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire pour le soutien financier accordé dans le cadre de leur concours pour la réalisation d'un mémoire de maîtrise.

Introduction

« La maltraitance envers les enfants projette une ombre longue comme la vie. »

— Herbert Ward

Les enfants sont le reflet de l'environnement dans lequel ils grandissent, car les caractéristiques de leurs milieux familial, social et communautaire influencent leur développement et leur adaptation. Que cela signifie-t-il pour ceux qui sont victimes de mauvais traitements? La maltraitance a plusieurs effets néfastes sur les enfants qui la subissent. Mesurables à court et à long terme, ces conséquences négatives sont largement documentées (Widom, 2014). Alors qu'il semble évident que prendre soin de ses enfants et les protéger est la base du rôle parental, qu'est-ce qui peut expliquer que de mauvais traitements surviennent au sein d'une famille? La maltraitance est un phénomène complexe qui va au-delà de la simple volonté du parent. Tous n'ont pas les mêmes ressources personnelles et sociales pour faire face à la parentalité. Par exemple, la plupart des mères adolescentes accumulent plusieurs facteurs de risque psychosociaux (Grau, Wilson, Smith, Castellanos, & Duran, 2012), ce qui fait de cette population l'une des plus vulnérables. Conséquemment, les exigences que l'adaptation au rôle de parent représente deviennent des obstacles importants pour certaines d'entre elles, comme pour d'autres parents. Cela explique parfois l'apparition de comportements de maltraitance. En ce sens, il ne fait pas de doute que protéger les enfants qui sont à risque d'abus ou de

négligence est une responsabilité sociale prioritaire. Mais savoir accompagner les parents en situation de vulnérabilité psychosociale devrait l'être tout autant.

Dans un effort de prévention de la maltraitance, plusieurs politiques et programmes ciblent des familles correspondant à des critères de vulnérabilité. La littérature documente d'ailleurs plusieurs programmes d'intervention précoce, dont certains qui s'adressent spécifiquement à des mères adolescentes étant donné leur risque élevé de comportements de maltraitance (Jutte et al., 2010; Lee & Goerge, 1999). Ces initiatives sont-elles efficaces? Si oui, le sont-elles de manière similaire en fonction de leur stratégie d'intervention? Les connaissances actuelles montrent que certaines interventions sont efficaces, alors que d'autres ne le sont pas. Dans ce contexte, une méta-analyse permet de statuer sur la compréhension des résultats provenant de l'ensemble de ces études. Il s'agit de l'objectif principal de ce projet de recherche.

La présente recherche a pour but de vérifier l'efficacité des interventions précoces pour diminuer le taux de maltraitance envers les enfants nés de mères adolescentes. Ce document se divise en cinq sections principales. La première porte sur le contexte théorique où sont abordés successivement le phénomène de la maltraitance, les caractéristiques des mères adolescentes, et les perspectives en matière d'intervention précoce. La deuxième section décrit la méthode de recherche employée, incluant les étapes de recension et de sélection des études, et la stratégie d'analyse. La troisième

section présente les résultats des analyses. Ces résultats sont ensuite discutés dans la quatrième section. Enfin, la dernière section vient clore ce travail de recherche.

Contexte théorique

Dans le but de bien cerner le contexte dans lequel s'inscrit la présente recherche, cette section exposera de façon détaillée les variables étudiées. Les bases théoriques et les données empiriques recensées dans la littérature scientifique permettront tout d'abord d'approfondir le phénomène de la maltraitance envers les enfants, incluant les conséquences sur les victimes et le lien à établir avec les mères adolescentes. Ensuite, un portrait exhaustif de la population des mères adolescentes sera dressé, rapportant les caractéristiques qui les distinguent au niveau personnel, environnemental, et par rapport aux compétences parentales. La vulnérabilité transmise aux enfants nés de mères adolescentes sera également soulignée. À la suite de cela, les perspectives entourant l'intervention précoce auprès de cette population seront présentées, en mettant en évidence l'efficacité de programmes visant la prévention des comportements de maltraitance. Finalement, les objectifs de recherche seront précisés dans la dernière partie de cette section.

La maltraitance

La maltraitance est un phénomène complexe et pernicieux qui touche des enfants de tout âge. Il s'agit à la fois d'une situation indésirable et d'une cause possible de plusieurs fragilités chez les enfants qui en sont victimes. Par sa gravité et sa complexité, la problématique de la maltraitance nécessite une attention particulière. Les

caractéristiques qui expliquent l'apparition et le maintien des comportements de maltraitance envers les enfants doivent aussi être abordées.

Belsky propose en 1980 un modèle explicatif de la maltraitance chez l'enfant en y appliquant la théorie écologique de Bronfenbrenner (1979). Il définit quatre niveaux de caractéristiques qui influencent l'apparition de mauvais traitements au sein des familles, soit les caractéristiques individuelles, familiales, communautaires, et culturelles. Chaque niveau présente des facteurs qui favorisent ou non l'apparition de la maltraitance. Ces facteurs de risque et de protection interagissent entre eux (Belsky, 1980). Cicchetti et Rizley (1981) ajoutent à ce modèle un aspect temporel, suggérant que chaque facteur peut être temporaire ou se maintenir dans le temps. Pour eux, ce qui contribuerait particulièrement à l'apparition de mauvais traitements est l'accumulation de plusieurs facteurs de risque à un moment donné, ou encore la présence persistante de facteurs à long terme.

Wolfe (1987, 1993) propose par la suite un angle transitionnel au modèle théorique. La maltraitance est alors vue comme une transformation graduelle de la relation entre le parent et l'enfant, celle-ci devenant de plus en plus néfaste et dommageable. La détérioration s'opère à travers l'accumulation de stress et de facteurs fragilisants, pour devenir un profil de maltraitance qui fait partie des interactions et des comportements habituels (Wolfe, 1993). L'apparition de mauvais traitements représenterait alors une trajectoire prévisible pour certains parents vulnérables.

Toutefois, Wolfe (1993) ajoute que des facteurs peuvent contribuer aux circonstances entourant l'apparition de la maltraitance, mais ce ne sont pas des facteurs de cause à effet. Cicchetti et Lynch (1993) ont d'ailleurs développé un modèle basé sur cette perspective en évaluant l'équilibre entre les facteurs de risque et de protection. Les auteurs appliquent cela spécifiquement aux enfants victimes de maltraitance, c'est-à-dire que les conséquences développementales sur ces enfants se produisent en situation de déséquilibre, lorsque les caractéristiques de vulnérabilité dépassent les caractéristiques compensatrices.

Définitions

La maltraitance ou les mauvais traitements sont des termes qui désignent l'ensemble des catégories ou formes de sévices. La maltraitance peut se définir par :

Toute forme de sévices ou risque de sévices subis par un enfant ou un adolescent alors qu'il est sous la responsabilité d'une personne en qui il a confiance ou dont il dépend, notamment un parent, un frère ou une sœur, un autre membre de la famille, un enseignant, un soignant ou un tuteur. Les sévices peuvent découler d'actions directes commises par la personne (actes de commission), ou du défaut de cette dernière d'offrir à l'enfant toutes les conditions dont il a besoin pour grandir et se développer sainement (actes d'omission). (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2006, p. 1).

La division et la définition des catégories de mauvais traitements diffèrent d'un endroit à l'autre puisqu'il n'existe pas de normes ou balises universelles pour encadrer cette problématique. Les autorités locales dans chaque pays gèrent donc l'application des lois et services en fonction de leur façon de définir la maltraitance. Les définitions suivantes représentent ce qui est généralement reconnu à travers le Canada. Les cinq catégories

formulées par Trocmé et l'ASPC (2010) dans le cadre de leur étude canadienne d'incidence sont les suivantes : abus physique, abus sexuel, négligence, violence psychologique, et exposition à la violence familiale.

Par abus physique, on entend les sévices ou risques de sévices corporels. Cette catégorie comprend toute forme d'agression ou de violence, y compris certains types de punitions corporelles. Les gestes d'abus physiques comprennent par exemple : secouer, frapper, pousser, attraper, projeter, donner des coups, mordre, étrangler, brûler. L'abus physique peut être commis avec ou sans l'aide d'une arme ou d'un objet quelconque, sur n'importe quelle partie du corps de l'enfant (Trocmé & ASPC, 2010).

L'abus sexuel fait référence à un acte ou une gratification sexuelle qui sont obtenus par l'entremise d'un enfant. Cette catégorie comprend l'agression, mais également l'exposition d'un enfant à un comportement de nature sexuelle. Les actes comme les relations, attouchements, ou contacts sexuels de tout genre, ainsi que les tentatives de commettre de tels actes sont des formes d'abus sexuel. L'abus sexuel ne se caractérise pas seulement par des contacts physiques. En effet, l'exhibitionnisme, le voyeurisme, et l'exposition à du matériel à caractère sexuel, de même que des propositions, incitations ou suggestions de nature sexuelle font également partie de cette catégorie (Trocmé & ASPC, 2010).

La négligence est définie par certains comme un manque de vigilance ou un défaut de fournir des soins ou traitements nécessaires, de subvenir aux besoins, de surveiller ou protéger convenablement un enfant, ce qui compromet sa sécurité ou son développement (Trocmé & ASPC, 2010). Straus et Kantor (2005) proposent quant à eux une définition de la négligence qui met davantage l'accent sur les besoins non répondus des enfants, et moins sur les actes d'omission des adultes qui en prennent soin. Selon eux, la négligence est un manquement de répondre aux besoins développementaux de l'enfant. Ces différences soulignent, selon plusieurs auteurs (Proctor & Dubowitz, 2014; Tyler, Kelly, & Winsler, 2006), l'ambiguïté et les désaccords entourant la définition de la négligence. Ils constatent que celle-ci repose sur des termes vagues qui laissent place à l'interprétation, comme « besoins essentiels » et « soins adéquats ». De plus, les spécialistes ne s'entendent pas non plus sur la portée de la définition de la négligence (Tyler et al., 2006). Par exemple, l'intention du parent est-elle un élément dont il faut tenir compte? L'enfant doit-il subir des conséquences directes, immédiates et observables pour confirmer un cas de négligence? Ainsi, plusieurs zones grises demeurent lorsqu'il est question de cette forme de mauvais traitements.

Par violence psychologique, on entend le comportement d'un adulte qui cause des torts psychologiques, affectifs ou spirituels à l'enfant. Les préjudices ou risques de préjudices psychologiques peuvent inclure toute forme d'abus qui n'est pas physique, comme l'intimidation, les menaces, la dépréciation, la dégradation, la dérision, et la violence verbale. La violence psychologique maintient l'enfant dans un climat de peur

où les conséquences sont imprévisibles et chaotiques. L'isolement, le rejet, et le manque de soutien ou d'affection sont aussi des manifestations de maltraitance psychologique (Trocmé & ASPC, 2010). Comme la négligence, cette forme de mauvais traitement est plus difficile à percevoir, ce qui entraîne des variations dans l'application de sa définition (Trocmé et al., 2011).

Considérée depuis récemment comme une forme de maltraitance distincte dans la plupart des provinces canadiennes, dont le Québec (2007), l'exposition à la violence familiale comprend les circonstances où un enfant est témoin, directement ou non, d'actes de violence. L'enfant peut être présent et assister, entendre à distance, ou seulement être témoin des conséquences de cette violence à la suite de l'évènement. Les actes de violence peuvent être physiques ou psychologiques et impliquent une figure parentale ou d'autres membres de la famille (Trocmé & ASPC, 2010). Bien qu'on n'accorde pas la même importance à cette forme de maltraitance partout dans le monde, et même entre les provinces canadiennes, la littérature scientifique appuie la reconnaissance de ses effets dommageables. Une méta-analyse incluant 118 études rapporte par exemple que la violence familiale est associée significativement à plusieurs difficultés psychosociales chez l'enfant qui en est témoin (Kitzmann, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003).

Incidence

Chaque année au Canada, environ 4 % des enfants font l'objet d'une enquête pour maltraitance (Trocmé & ASPC, 2010). Lorsqu'un cas de maltraitance est signalé, qu'il s'agisse d'une préoccupation par rapport à de mauvais traitements actuels ou un risque futur, il fait l'objet d'une enquête. Le signalement est par la suite « confirmé, soupçonné, ou non confirmé ». La corroboration dépend du poids de la preuve qui démontre la présence ou l'absence de mauvais traitements. Lorsque les preuves recueillies ne sont pas suffisantes, mais qu'elles ne permettent pas non plus d'en exclure la possibilité, la maltraitance est alors soupçonnée. Parmi tous les signalements vérifiés annuellement, environ 36 % sont retenus et confirmés par les autorités en protection de la jeunesse (Trocmé & ASPC, 2010).

La répartition des taux de mauvais traitements confirmés est de 3 % pour l'abus sexuel, 9 % pour la violence psychologique, 20 % pour la violence physique, 34 % pour l'exposition à la violence familiale, et 34 % pour la négligence (Trocmé & ASPC, 2010). Dans leur étude rétrospective, McGee, Wolfe, Yuen, Wilson et Carnochan (1995) révèlent que la plupart des adultes victimes de maltraitance dans leur enfance rapportent plus d'une forme de mauvais traitements, soit 90 % de leur échantillon. Les auteurs de l'enquête canadienne sur l'incidence des mauvais traitements (Trocmé & ASPC, 2010) produisent une donnée plus modeste de la maltraitance multiple, soit 18 % des cas ayant été confirmés par les services de protection de la jeunesse. Ces deux études ne se basent toutefois pas sur une mesure similaire, l'une utilisant des cas de mauvais traitements

auto-rapportés à l'âge adulte, et l'autre des cas confirmés par les services de protection de la jeunesse. Cela pourrait expliquer l'écart entre leurs résultats. Il est néanmoins possible d'imaginer comment certaines formes de maltraitance coïncident avec d'autres dans les situations que vivent plusieurs enfants.

Il est reconnu que le nombre de cas de maltraitance corroborés ne représente pas le nombre réel de cas vécus, mais plutôt une fraction de tous les enfants victimes de maltraitance (Trocmé & ASPC, 2010; Tyler et al., 2006). Trocmé et l'ASPC (2010) illustrent les cas signalés comme étant la pointe d'un iceberg, où une proportion inconnue de cas de maltraitance demeure sous la surface en étant non rapportée par ceux qui en sont témoins ou victimes. Les conclusions d'une étude de probabilité menée en Ontario appuient cette illustration de façon alarmante. Les auteurs ont démontré, à l'aide d'un échantillon sélectionné aléatoirement parmi la population générale âgée de 15 ans et plus ($n = 8991$), que seulement 5,1 % des répondants rapportant une histoire d'abus physique dans l'enfance, et 8,7 % de ceux rapportant avoir été victimes d'abus sexuel ont été en contact avec des services de protection de la jeunesse (MacMillan, Jamieson, & Walsh, 2003). Dans le même sens, une étude américaine de Theodore et ses collègues (2005) révèle, par sondage anonyme dans la population générale auprès de 1435 mères d'enfants mineurs, un taux d'abus physique auto-rapporté 40 fois plus élevé que celui provenant des données officielles d'incidence. Ces résultats confirment la proportion des situations de maltraitance qui ne sont jamais signalées, et l'ampleur estimée des cas réels.

Conséquences pour l'enfant

La maltraitance peut nuire simultanément à plusieurs sphères du développement et de l'adaptation des enfants qui en sont victimes (Cicchetti & Toth, 2005; Widom, 2014). Ces conséquences peuvent apparaître très tôt et parfois se maintenir jusqu'à l'âge adulte (Widom, 2014). Par contre, l'impact des mauvais traitements est difficile à cerner de façon précise. Il dépend de plusieurs facteurs dont certains énumérés précédemment, comme : la nature des mauvais traitements, leur fréquence, durée, intensité, mais aussi la relation développée entre l'enfant et le parent ou le donneur de soin, et la période développementale pendant laquelle la maltraitance survient (Proctor & Dubowitz, 2014; Tyler et al., 2006).

Conséquences psychoaffectives. Les enfants maltraités présentent plusieurs déficits sur le plan affectif, notamment pour reconnaître, exprimer, réguler et comprendre les émotions à l'âge préscolaire et scolaire (Camras, Sachs-Alter, & Ribordy, 1996; Shields & Cicchetti, 1998; Shipman, Edwards, Brown, Swisher, & Jennings, 2005; Sullivan, Bennett, Carpenter, & Lewis, 2008). Par exemple, pour les enfants d'âge préscolaire, une étude expérimentale de Maughan et Cicchetti (2002) rapporte que 80 % d'un échantillon ($n = 139$) d'enfants âgés de quatre à six ans victimes d'une forme ou l'autre de maltraitance manifestent un profil de détresse émotionnelle et des déficits dans la régulation des émotions lorsqu'ils sont témoins de colère entre adultes, comparativement à environ 36 % des enfants non maltraités. Toujours pour les enfants d'âge préscolaire, d'autres études révèlent que ces enfants développent plus

souvent une relation d'attachement insécurisée que leurs pairs qui ne sont pas maltraités. Ils présentent aussi davantage d'indicateurs d'un attachement désorganisé (Barnett, Ganiban, & Cicchetti, 1999; Venet, Bureau, Gosselin, & Capuano, 2007). L'association entre la maltraitance et ce style d'attachement semble se maintenir même lorsque l'enfant grandit (Barnett et al., 1999). De plus, à l'âge scolaire, les enfants négligés présentent davantage de difficultés émotionnelles et intériorisées (Hildyard & Wolfe, 2002).

Difficultés comportementales. Les enfants maltraités d'âge préscolaire présentent plus de problèmes de comportement, autant intériorisés qu'extériorisés, comparativement à leurs pairs ne vivant pas de maltraitance (Toth, Cicchetti, Macfie, Rogosch, & Maughan, 2000). Dodge, Pettit et Bates (1997) expliquent que les enfants victimes d'abus physique ou de méthodes disciplinaires sévères à un âge préscolaire sont plus agressifs. Cette agressivité se maintient à l'âge scolaire chez les enfants maltraités, à laquelle s'ajoutent des difficultés d'attention (Shields & Cicchetti, 1998). Ces enfants présentent plus de problèmes comportementaux à l'école, faisant plus souvent l'objet de mesures disciplinaires et de suspensions (Kendall-Tackett & Eckenrode, 1996). Plus particulièrement, les enfants abusés physiquement se démarquent par davantage de problèmes de comportement extériorisés, comparativement aux victimes d'autres formes de maltraitance (Hildyard & Wolfe, 2002). La maltraitance continue d'être associée à des problèmes de comportement intériorisés et extériorisés à l'adolescence (Herrenkohl & Herrenkohl, 2007), et à plus de comportements criminels, de délits liés à l'alcool, et

de consommation de substances illicites à l'adolescence et l'âge adulte (Chen, Propp, deLara, & Corvo, 2011; Hildyard & Wolfe, 2002).

Difficultés sociales et interpersonnelles. Klimes-Dougan et Kristner (1990) rapportent dans leur étude ($n = 22$) que les enfants d'âge préscolaire maltraités manifestent moins d'empathie face à la détresse de leurs pairs, comparativement aux enfants non maltraités. Ils vivent moins d'interactions positives avec leurs pairs et sont plus souvent en retrait (Hildyard & Wolfe, 2002). Ils ont tendance à être distants ou encore bagarreurs, étant souvent eux-mêmes la source des problèmes avec les autres. À l'âge scolaire, les enfants victimes de maltraitance sont plus à risque d'intimider et d'être victimes d'intimidation (Shields & Cicchetti, 2001). Une étude longitudinale de Dodge, Pettit et Bates (1994) fait ressortir que la maltraitance en bas âge a une influence négative sur l'adaptation sociale et les relations avec les pairs. En effet, les enfants victimes de mauvais traitements, comparativement aux enfants non maltraités, sont perçus par leurs pairs, leurs enseignants et leur mère comme étant moins aimés, moins populaires et plus isolés. De plus, la force de cette association s'accroît avec les années.

Conséquences sur le plan cognitif et scolaire. À l'âge préscolaire, Hildyard et Wolfe (2002) résument que les enfants négligés présentent davantage de difficultés cognitives et langagières. Les nouveau-nés victimes de négligence présentent des retards dans leur développement cognitif et le fonctionnement du cerveau dès le plus jeune âge,

et l'écart avec leurs pairs non négligés se creuse avec les années (Strathearn, Gray, O'Callaghan, & Wood, 2001). C'est aussi ce que documente une étude de Kendall-Tacket et Eckenrode (1996). Ces chercheurs explorent en effet la relation entre la maltraitance et l'adaptation scolaire auprès d'enfants de tous les niveaux (de la première année du primaire à la dernière année du secondaire). Les résultats révèlent que les 324 enfants de cet échantillon ayant été maltraités présentent plus de difficultés académiques dans l'ensemble de leur cheminement scolaire; ils ont des résultats significativement plus faibles que leurs pairs non maltraités ($n=420$) et sont plus à risque de redoublement. Plus spécifiquement, les enfants victimes de négligence auraient plus de difficultés sur le plan académique, comparativement aux enfants victimes d'autres formes de maltraitance (Fantuzzo, Perlman, & Dobbins, 2011). À l'adolescence, la maltraitance est indépendamment associée à un fonctionnement cognitif et académique inférieur, entre autres mesuré par de plus faibles habiletés de lecture et capacités de raisonnement (Mills et al., 2011), ainsi que par des changements dans la morphologie du cerveau (Edmiston et al., 2011) qui demeurent observables à l'âge adulte (van Harmelen et al., 2010).

Conséquences sur la santé mentale. Selon une étude de Famularo, Kinscherff et Fenton (1992), les enfants d'âge scolaire victimes de maltraitance présentent un taux plus élevé de symptômes psychopathologiques, notamment en lien avec les critères diagnostics du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, du trouble de l'opposition, et du trouble de stress post-traumatique. D'autres études démontrent qu'il

existe un lien entre la maltraitance durant l'enfance et la santé mentale à long terme. En effet, selon Johnson, Cohen, Brown, Smailes et Bernstein (1999), ces enfants seraient au moins quatre fois plus à risque de présenter un trouble de la personnalité rendus à l'âge adulte, comparativement aux enfants qui n'ont pas été victimes de maltraitance. De plus, Widom, Dumont et Czaja (2007) établissent que l'abus ou la négligence durant l'enfance augmentent significativement le risque de dépression à l'âge adulte.

Résilience des enfants maltraités

Bien que les enfants maltraités diffèrent des enfants non maltraités sur plusieurs aspects de leur développement et leur adaptation, tous les enfants victimes ne subissent pas ces conséquences de la même façon. En effet, certains font preuve de résilience dans leur trajectoire de vie et ne semblent pas être affectés négativement par leur histoire de maltraitance (Cicchetti & Toth, 2005; Widom, 2014). Les enfants résilients présentent certaines caractéristiques communes qui semblent les aider à surmonter les mauvais traitements subis, et ainsi en atténuer l'impact sur une ou plusieurs sphères de leur fonctionnement. Sur le plan personnel, ces enfants ont, entre autres, un tempérament plus facile, un quotient intellectuel plus élevé, et sont aussi plus altruistes, optimistes, et matures pour leur âge (Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomás, & Taylor, 2007; Mrazek & Mrazek, 1987). La présence de facteurs de protection sur le plan personnel semble prédire l'adaptation positive des enfants maltraités. Par contre, la force de ce lien diminue progressivement à mesure que le nombre de stressors environnementaux augmente (Jaffee et al., 2007). À ce sujet, Ungar (2013) souligne que la présence de

services sociaux accessibles et adaptés est un levier essentiel pour pallier les difficultés environnementales et favoriser la résilience des enfants victimes de maltraitance.

Mères adolescentes et maltraitance

La problématique de la maltraitance et des enfants qui en sont victimes ne peut être comprise sans aborder ceux qui en sont responsables. De ce fait, plusieurs trajectoires peuvent mener à de mauvais traitements. En déterminer la source est donc un processus complexe. Comme l'explique Belsky (1993), il est impossible de déterminer une cause unique à la maltraitance, et il n'existe pas non plus de causes certaines ou suffisantes. Certains groupes vulnérables de la population semblent cependant plus à risque de manifester ce genre de comportements que d'autres, comme les mères adolescentes.

La littérature confirme en effet que les enfants nés de mères adolescentes sont plus à risque de subir de la maltraitance que ceux nés de mères adultes (Buchholz & Korn-Bursztyn, 1993; Flanagan, Coll, Andreozzi, & Riggs, 1995; Lee & Goerge, 1999; Sidebotham, Golding, & Avon Longitudinal Study of Parents and Children [ALSPAC], 2001; Stier, Leventhal, Berg, Johnson, & Mezger, 1993). Selon une étude de Stier et ses collègues (1993), les mères adolescentes de moins de 18 ans présentent un taux de maltraitance, toutes formes confondues, deux fois plus élevé que les mères plus âgées. Pour Connelly et Straus (1992), l'âge de la mère adolescente au moment où elle a donné naissance à l'enfant est aussi une variable significative. Selon leurs résultats, plus jeune

est la mère adolescente, plus élevée est la probabilité d'abus. Lee et Goerge (1999) ajoutent que l'âge de la mère à la naissance prédit fortement le taux de maltraitance confirmée. Dans leur étude, les enfants nés de mères adolescentes sont en moyenne 3,5 fois plus à risque d'être victime d'une forme ou l'autre de mauvais traitements avant l'âge de cinq ans, comparativement aux enfants nés de mères adultes. Selon une étude rétrospective canadienne ($n = 32\ 179$), lorsque comparés aux enfants de mères adultes, les enfants de jeunes mères sont deux fois plus à risque de connaître une intervention de la part des services sociaux. Dans cet échantillon, ils étaient d'ailleurs près de sept fois plus à risque de vivre un placement dans une ressource des services de protection de la jeunesse (Jutte et al., 2010).

Les mères adolescentes et leurs enfants semblent ainsi surreprésentés lorsqu'il est question du phénomène de la maltraitance. Cependant, selon certains, le lien entre l'âge des mères adolescentes et leur taux de maltraitance s'expliquerait davantage par un ensemble de caractéristiques sociodémographiques liées à leur situation, comme un faible revenu et un niveau d'éducation inférieur, plutôt que par l'âge lui-même (Buchholz & Korn-Bursztyn, 1993). Selon Haskett, Johnson et Miller (1994), des caractéristiques personnelles de la mère adolescente, comme un faible réseau de soutien, de la détresse psychologique, une attitude parentale rigide et des attentes exagérées par rapport à l'enfant sont aussi des facteurs augmentant le risque de maltraitance. De leur côté, Bartlett et Easterbrooks (2012) ont étudié le lien entre l'histoire personnelle d'abus dans l'enfance et le taux de maltraitance auprès des mères adolescentes. Leurs résultats

indiquent que celles rapportant de l'abus dans leur propre enfance sont quatre fois plus à risque de commettre des actes de négligence que celles sans histoire de maltraitance. Le taux de mauvais traitements plus élevé chez les enfants nés de jeunes mères semble ainsi s'expliquer à partir d'un ensemble de fragilités présentes sur le plan environnemental et personnel. À plusieurs niveaux, les mères adolescentes représentent un des groupes les plus vulnérables de la société. Un portrait des caractéristiques qui les distinguent et des enjeux auxquels elles font face est abordé pour mieux comprendre leur situation et celle de leurs enfants.

Portrait des mères adolescentes et leurs enfants

L'approche écologique de Bronfenbrenner (1979) offre un cadre théorique approprié sur lequel étayer la compréhension du contexte de vie et de la dynamique relationnelle des mères adolescentes et de leurs enfants, tel que l'adoptent plusieurs écrits récents portant sur cette population (p. ex. Bartlett, Raskin, Kotake, Nearing, & Easterbrooks, 2014; Logsdon, Hertweck, Ziegler, & Pinto-Foltz, 2008; Luster & Haddow, 2005; Meade, Kershaw, & Ickovics, 2008; Meyers & Battistoni, 2003). Le modèle écologique aborde en effet l'influence réciproque entre les caractéristiques de la personne et les contextes dans lesquels elle évolue. Appliqué au phénomène de la maternité à l'adolescence, mais aussi au développement de l'enfant qui en naît, le modèle écologique tient compte des caractéristiques personnelles, interpersonnelles et environnementales des jeunes mères et de leurs enfants.

En lien avec le modèle écologique, les écrits scientifiques qui s'intéressent à la population des mères adolescentes et leurs enfants utilisent souvent un cadre méthodologique visant à faire ressortir les facteurs de risque et de protection qui les caractérisent (p. ex. Fagan & Lee, 2013; Grau et al., 2012; Nunes & Phipps, 2013; Rafferty, Griffin, & Lodise, 2011). Les besoins des mères adolescentes sont nombreux, puisqu'elles sont typiquement exposées à une multitude de facteurs de risque simultanément, plutôt qu'à des difficultés isolées. Ainsi, outre la présence ou l'absence de caractéristiques précises, la vulnérabilité de ces mères et la vulnérabilité subséquente de leurs enfants émergent surtout de cette accumulation de difficultés (Evans 2003; Evans, Li, & Whipple, 2013; Sameroff, 2006).

Ressources des mères adolescentes

Lorsqu'on adresse le phénomène de la maternité à l'adolescence avec l'approche écologique, on ne peut pas ignorer les caractéristiques qui entourent d'abord la venue d'une grossesse. En effet, la trajectoire de vie des jeunes filles souligne à quel point leurs ressources sont fragiles avant même de devenir enceinte. Au-delà des facteurs prédictifs identifiés individuellement, l'élément-clé qui indique un taux plus élevé de grossesses à l'adolescence semble être l'accumulation de difficultés personnelles et environnementales (East, Khoo, & Reyes, 2006; Kalil & Kunz, 1999). L'ensemble des facteurs de risque qui les prédisposent explique donc que les adolescentes qui deviennent mères sont moins préparées pour faire face au rôle de parent, comparativement aux femmes adultes (Sommer et al., 1993). De plus, les

caractéristiques qui augmentent le risque de grossesse à l'adolescence ne disparaissent pas à la venue de l'enfant et, pour bien des jeunes mères, celles-ci s'alourdissent au contraire par l'ajout de défis et de responsabilités en lien avec la parentalité. Leur adaptation est alors souvent menacée par cette vulnérabilité psychosociale récurrente, qui se manifeste entre autres sur le plan du stress et de la santé mentale, du contexte familial et social, des conditions socioéconomiques et de la scolarité, et des connaissances et de l'expérience avec les enfants.

Stress et santé mentale. Tout d'abord, l'adolescence est une période de transition importante à laquelle sont associées des caractéristiques normales du développement. Celles-ci, bien que typiques, sont exigeantes sur le plan de l'adaptation. Au niveau physiologique, par exemple, les nombreux changements hormonaux peuvent affecter le fonctionnement émotionnel et affectif de l'adolescent (Holzer, Halfon, & Thoua, 2011). Se trouvant déjà en situation d'adaptation, les mères adolescentes vivent ainsi davantage de stress que les autres mères à l'arrivée de leur enfant (Sommer et al., 1993; Verlaan, Tremblay, Saisset, & Boivin, 1998; Williams & Vines, 1999). Ce stress élevé peut s'expliquer par le fait qu'elles doivent gérer simultanément les changements liés à l'adolescence et ceux de la maternité (Buchholz & Korn-Bursztyn, 1993). À cela s'ajoute le stress associé aux responsabilités de la vie adulte vers lesquelles ces jeunes filles sont propulsées, comme la gestion financière et les activités de la vie domestique (Williams & Vines, 1999). Dans le même ordre d'idées, les mères adolescentes présentent aussi davantage de problèmes psychologiques que les mères adultes (Passino

et al., 1993). Comparativement aux mères adultes, elles ont plus de difficultés en lien avec l'estime de soi, l'anxiété et la dépression (Whitman, Borkowski, Keogh, & Weed, 2001). Le risque élevé de dépression qu'elles présentent semble étroitement lié au stress vécu et à leur isolement (Noria, Weed, & Keogh, 2007; Williams & Vines, 1999). Le stress et la santé mentale de ces jeunes mères sont des éléments majeurs de leur portrait puisqu'ils ont un impact sur leur bien-être et équilibre personnel, mais aussi sur leurs qualités et capacités parentales, nuisant directement à leur disponibilité à l'enfant.

Contexte familial et social. Le contexte familial dans lequel les mères adolescentes ont grandi se distingue souvent par l'absence de modèles positifs ou disponibles desquelles elles peuvent apprendre (Miller-Johnson et al., 1999). De plus, dans l'histoire personnelle de ces jeunes filles, certaines expériences négatives semblent les prédisposer à vivre une grossesse à l'adolescence. En effet, plusieurs mères adolescentes ont connu une histoire d'abus ou de négligence dans leur enfance (Williams & Vines, 1999). Plus spécifiquement, l'abus sexuel est reconnu comme un facteur prédictif important (Fiscella, Kitzman, Cole, Sidora, & Olds, 1998; Francisco et al., 2008; Noll, Trickett, & Putnam, 2003). Dans le même sens, une étude rétrospective (Hillis et al., 2004) conclut que le taux de grossesse à l'adolescence augmente proportionnellement au nombre d'expériences familiales négatives vécues. Les difficultés comportementales durant l'enfance et l'adolescence et des relations avec les pairs de faible qualité sont aussi caractéristiques d'une plus grande probabilité de

grossesse à l'adolescence (Underwood, Kupersmidt, & Coie, 1996; Woodward & Fergusson, 1999).

Concernant les sources de soutien social, lorsqu'elles sont vécues positivement, elles peuvent être bénéfiques pour le bien-être et l'adaptation des mères adolescentes (Bunting & McAuley, 2004; Letourneau, Stewart, & Barnfather, 2004). Par contre, ces dernières ont généralement un réseau de soutien instable et limité en taille et en qualité qui se maintient à l'arrivée de leur enfant. En effet, à ce moment d'adaptation particulièrement demandant, la famille et les amis ne sont pas toujours présents ou soutenant (Weaver & Akai, 2007). Aussi, la plupart des amis ne partagent généralement plus les mêmes priorités et intérêts. Les mères adolescentes se retrouvent donc souvent isolées dans leurs fonctions parentales. Plusieurs sont monoparentales, moins de 5 % vivant avec le père de l'enfant (Maynard, 1995; Ross-Leadbetter & Way, 2001). Pour certaines, vivre seule avec leur enfant est aussi un moyen de fuir un environnement familial négatif (Maynard, 1995). Il semble en effet que lorsque les mères adolescentes ont un réseau de soutien social présent, la qualité de celui-ci n'est pas idéale. Plusieurs rapportent une relation ambivalente ou conflictuelle avec certains membres de leur réseau (Bunting & McAuley, 2004). De plus, les personnes qui composent l'entourage des mères adolescentes présentent souvent les mêmes caractéristiques qu'elles. Cela ne vient pas pallier leurs difficultés, mais accentue plutôt leurs facteurs de risque (Williams & Vines, 1999).

Conditions socioéconomiques et scolarité. Le statut socioéconomique dans lequel grandissent certaines jeunes filles est aussi associé au risque de grossesse à l'adolescence. Selon Klein et l'American Academy of Pediatrics [AAP] Committee on Adolescence (2005), jusqu'à 83 % des mères adolescentes proviennent de familles à faible revenu. Ces adolescentes surreprésentent l'ensemble des adolescents vivant dans la pauvreté, qui constitue seulement 38 % de la population américaine (Klein & AAP Committee on Adolescence, 2005). Directement en lien avec le phénomène de la pauvreté qui se maintient à l'arrivée de l'enfant, est le fait que la plupart des jeunes filles qui deviennent mères adolescentes ont un parcours scolaire ponctué de difficultés et d'échecs (Fessler, 2003; Meade et al., 2008; Whitman et al., 2001), tout comme une attitude qui ne correspond pas aux valeurs éducatives (Bonell et al., 2003; Fessler, 2003) et pour certaines un abandon prématuré de l'école (Maynard, 1995). Cela ne leur permet pas de se sortir du cercle vicieux de la précarité.

En effet, après la naissance de leur enfant, la situation des mères adolescentes continue d'être accompagnée de pauvreté économique, la majorité d'entre elles vivant sous le seuil de pauvreté (Ross-Leadbetter & Way, 2001; Whitman et al., 2001). Cette précarité financière et matérielle est principalement en lien avec la scolarité. Un nombre disproportionné de mères adolescentes n'atteint que de faibles niveaux d'éducation (Ross-Leadbetter & Way, 2001) et même douze ans après la naissance de leur enfant, il existe une différence significative entre le niveau d'éducation des mères adolescentes et celui des mères adultes (Bee 2011; East & Felice, 1990). Un faible statut

socioéconomique représente alors un facteur supplémentaire qui rend difficiles les responsabilités parentales. Les ressources économiques de l'entourage sont souvent limitées et peu de mères adolescentes peuvent compter sur le soutien financier du père de l'enfant, celui-ci étant peu présent (Maynard, 1995). Plusieurs dépendent d'une aide gouvernementale pour subvenir aux besoins de leur foyer (Schoon & Polek, 2011). D'après Maynard (1995), il s'agirait de près de la moitié des mères adolescentes.

Connaissances et expérience. Comparativement aux mères adultes, les mères adolescentes ont moins de connaissances et d'expérience avec les jeunes enfants. Le manque de connaissances concerne de façon générale les étapes développementales de l'enfant et les âges d'acquisition des différentes habiletés. Elles ont d'ailleurs souvent tendance à surestimer les capacités de l'enfant quant à ses acquisitions développementales et ne sont pas toujours conscientes du niveau de dépendance de l'enfant à venir (Verlaan et al., 1998). Ce manque de connaissances tend à engendrer des attentes irréalistes envers leur enfant et à le pousser vers une autonomie précoce (Karraker & Evans, 1996; Tamis-Lemonda, Shannon, & Spellmann, 2002). Plus spécifiquement, les habiletés en lien avec le développement social, les interactions, et le jeu sont celles pour lesquelles les mères adolescentes ont le moins de connaissances (Tamis-Lemonda et al., 2002), faisant en sorte qu'elles y accordent aussi moins d'importance ou encore qu'elles ne parviennent pas à s'ajuster aux besoins de l'enfant. Dans l'adaptation à la maternité, l'ensemble de ces lacunes peut influencer les

croyances, l'attitude et conséquemment, le bien-être et les pratiques parentales des mères adolescentes.

Compétences parentales

L'accumulation de difficultés personnelles et environnementales est un aspect important à considérer, car une telle précarité prédispose d'avance les mères adolescentes à une vulnérabilité sur le plan des compétences parentales (Williams & Vines, 1999). Les jeunes mères doivent gérer en même temps un contexte de vie souvent préalablement défavorable, la période de l'adolescence, et les circonstances en lien avec la transition vers la maternité. L'ensemble de ces difficultés influence négativement les compétences et pratiques parentales, et risque de mettre la mère et l'enfant dans des conditions de vie désavantageuses, incluant par exemple l'apparition éventuelle de comportements de maltraitance (Haskett et al., 1994). Afin de rendre compte des compétences parentales, la qualité de l'environnement offert sera d'abord considérée, puis les comportements parentaux et la sensibilité des mères adolescentes.

Qualité de l'environnement offert. La qualité de l'environnement fait référence à la sécurité, à la stimulation offerte et à l'ambiance générale du milieu de vie de l'enfant. Une étude de Luster et Dubow (1990) révèle que plusieurs caractéristiques personnelles et contextuelles des mères adolescentes sont associées à la qualité de l'environnement offert à leur enfant, soit le statut socioéconomique actuel de la mère, la présence d'un conjoint résidant au domicile, et l'estime de soi de la mère. Les mères

adolescentes tendent généralement à offrir un environnement de moins bonne qualité à leurs enfants que les mères plus âgées. Par exemple, face à des mises en situation potentiellement dangereuses pour l'enfant, les mères adolescentes, comparativement aux mères adultes, ne perçoivent pas les situations de danger et tendent à ne pas intervenir. Plus les mères adolescentes ont de l'expérience et des connaissances liées au développement de l'enfant, plus leurs interventions dans de telles situations sont appropriées (McClure-Martinez & Cohn, 1996). Le niveau de stimulation offert à la maison semble également être de faible qualité. Il se caractérise entre autres par peu de livres pour enfants et donc peu d'opportunités de lecture (Maynard, 1995). Les mères adolescentes les plus susceptibles d'offrir à leur enfant un environnement approprié et adapté à ses besoins sont aussi celles qui présentent plus de connaissances sur le développement de l'enfant (Benasich & Brooks-Gunn, 1996), mais également celles qui ont des attentes plus réalistes par rapport à l'âge de leur enfant et son niveau d'habiletés (Baranowski, Schilmeller, & Higgins, 1990). De plus, certaines valeurs parentales des mères adolescentes influencent positivement la qualité de l'environnement offert, notamment une importance accordée à la stimulation langagière, à la liberté d'exploration sécuritaire du tout-petit et au lien affectif avec l'enfant (Luster & Rhoades, 1989). Une amélioration de la qualité de l'environnement est par ailleurs associée à un meilleur développement cognitif de l'enfant (Sommer et al., 2000).

Comportements parentaux et sensibilité. Bien que les comportements parentaux des mères adolescentes soient assez variables, de façon générale elles

semblent avoir un style parental plutôt indifférent et punitif (Whitman et al., 2001). En lien avec les comportements parentaux, la sensibilité maternelle se base sur la théorie de l'attachement développée dans les travaux de Bowlby (1969) et d'Ainsworth (1979). Elle est définie comme la capacité d'interpréter et de répondre adéquatement au rythme et aux besoins exprimés par le jeune enfant. Cela ne fait pas seulement référence aux soins, mais également à la façon d'interagir et de communiquer avec l'enfant. Les interactions parentales appropriées sont qualifiées de chaleureuses, disponibles et attentives (Barnard, Osofsky, Beckwith, Hammond, & Appelbaum, 1996). Le sujet de l'attachement et de la sensibilité maternelle chez des populations de mères adolescentes a fait l'objet de plusieurs écrits récents (p. ex. Crugnola, Ierardi, Gazzotti, & Albizzato, 2014; Feldman, 2012; Flaherty & Sadler, 2011; Lalande et al., 2012; Nicolson, Judd, Thomson-Salo, & Mitchell, 2013). Dans l'ensemble, la littérature révèle que la façon dont les mères adolescentes entrent en interaction avec leur enfant est considérablement différente de celle des mères adultes.

Les mères adolescentes font typiquement preuve d'une attitude moins empathique envers leur enfant, ayant coutume de ne pas reconnaître et même d'ignorer ses besoins (Baranowski et al., 1990). Elles présentent également des interactions moins appropriées qui se manifestent, par exemple, par des gestes plus brusques envers le nouveau-né (Weaver & Akai, 2007), de l'impatience et une tendance à utiliser des punitions corporelles plus fréquemment que les mères adultes (Barnard et al., 1996). La sensibilité maternelle est moins développée chez les jeunes mères (Whitman et al.,

2001), qui détectent moins bien les indices du nouveau-né en lien avec les besoins de base et réagissent moins à ses tentatives de contact (Barnard et al., 1996; Tarabulsky et al., 2008). Lorsqu'elles perçoivent les comportements de leur enfant, elles tendent à les interpréter négativement, ce qui semble être en lien avec leur manque de préparation et de connaissances sur le développement (Tarabulsky et al., 2008). Selon une étude de Brophy-Herb et Honig (1999), les mères adolescentes qui présentent un haut niveau de vulnérabilité manifestent une connexion émotionnelle particulièrement pauvre avec leur nouveau-né; certaines l'ignorent et d'autres entrent en interaction de façon malhabile et intrusive.

Il semble par ailleurs que les conditions sociales et le contexte développemental de l'adolescence soient des obstacles à la sensibilité maternelle (Drummond, Letourneau, Neufeld, Stewart, & Weir, 2008). En effet, l'égoïsme en lien avec la période de l'adolescence peut rendre difficile, par exemple, le fait de distinguer ses préoccupations personnelles de celles des autres (Bee, 2011) et de devoir prioriser les besoins de son enfant avant les siens (Scherf, Behrman, & Dahl, 2012; Whitman et al., 2001). L'âge peut aussi expliquer la difficulté de plusieurs mères adolescentes à voir l'effet de leurs comportements sur leur enfant (Borkowski et al., 2002). À l'inverse, la présence de caractéristiques psychologiques et adaptatives positives pourrait expliquer la capacité de certaines mères adolescentes d'être attentives et sensibles aux besoins de leur enfant lors des soins (Sommer et al., 2000). Les adolescentes ayant des attentes

développementales plus réalistes envers leur enfant présentent d'ailleurs un style parental plus positif et moins punitif (Baranowski et al., 1990).

Résilience des mères adolescentes

Bien que ce portrait révèle leur vulnérabilité à travers une multitude de facteurs de risque, toutes les mères adolescentes ne vivent pas l'adaptation à leur rôle de parent de façon négative (Borkowski, Whitman, & Farris, 2007). Les trajectoires des mères adolescentes sont en effet variées. Certaines voient la naissance de leur enfant comme l'occasion d'orienter positivement leur vie. Des mères adolescentes arrivent d'ailleurs à concilier leurs rôles de mère, d'étudiante et d'employée (Carey, Ratliff, & Lyle, 1998). Pour certaines, leur enfant devient la raison même de leurs ambitions d'études et de travail (Schultz, 2001). Plusieurs arrivent ainsi à transformer les obstacles de la venue d'un enfant en motivations personnelles (Shanok & Miller, 2007). Une étude qualitative fait ressortir des forces distinctes de ces mères adolescentes dites résilientes, dont une attitude proactive, une bonne capacité de jugement, des relations solides et positives avec différentes personnes, et une détermination à faire leurs preuves (Carey et al., 1998). Bien que la grande majorité des études ciblant cette population fasse ressortir les difficultés et les problèmes associés à la maternité à l'adolescence, certains auteurs ont eu, à travers les années, la préoccupation d'aborder aussi les aspects positifs (p. ex. Buchholz & Gol, 1986; Carey et al., 1998; Duncan, 2007; Schultz, 2001; Shanok & Miller, 2007). Les difficultés des mères adolescentes sont réelles et non négligeables, mais la capacité de résilience et les forces de ces mères sont des nuances importantes à

considérer, surtout dans une perspective d'amélioration de leurs conditions et de recherche d'équilibre.

Vulnérabilité des enfants nés de mères adolescentes

Malgré le fait que leurs enfants ne vivent pas tous dans l'adversité et que les conséquences sur leur développement ne soient pas systématiques (Rhule, McMahon, Spieker, & Munson, 2006), la vulnérabilité des mères adolescentes a généralement des répercussions. En effet, pour la plupart des familles, les difficultés que connaissent ces mères expliquent la vulnérabilité transmise à leurs enfants. Borkowski et ses collègues (2002) décrivent les répercussions que vivent ces enfants comme une « cascade de déclin développementaux ». En lien avec cela, une étude (Sommer et al., 2000) rapporte que moins du tiers de leur échantillon ($n = 121$) d'enfants nés de mères adolescentes présentait un développement cognitif, émotionnel et des habiletés adaptatives dans les normes à l'âge de trois ans. Ces enfants se situaient pourtant tous dans la courbe normale sur le plan du développement et de la santé à leur naissance. La maternité à l'adolescence semble donc avoir des conséquences notables sur plusieurs sphères du développement et de l'adaptation des enfants issus de ces grossesses. Les conséquences les plus rapportées se retrouvent au niveau du développement psychoaffectif, comportemental, cognitif et de la santé mentale des enfants.

Développement psychoaffectif. Sur le plan du développement psychoaffectif, plusieurs études confirment que la proportion des enfants nés de mères adolescentes

ayant un style d'attachement insécurisé et désorganisé est surreprésentée par rapport à la population générale (Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsley, & Roisman, 2010; Flaherty & Sadler, 2011; Hubbs-Tait, Osofsky, Hann, & McDonald-Culp, 1994; Ward & Carlson, 1995). À cause de leur style d'attachement insécurisé, ces enfants présentent un risque important de développer des difficultés sociales et affectives dès les premiers mois de vie (Whitman et al., 2001). Entre autres, comparés à ceux nés de mères adultes, les enfants nés de mères adolescentes présentent plus de difficultés de régulation émotionnelle. Dès l'âge de trois mois, certains manifestent par exemple davantage de réactions négatives (colère, protestations et retrait) lorsqu'ils sont en interaction avec leur mère (Crugnola et al., 2014).

Difficultés comportementales. Sur le plan comportemental, il est rapporté que les enfants nés de mères adolescentes ont plus de problèmes que ceux nés de mères plus âgées (Miller, Miceli, Whitman, & Borkowski, 1996), et que ces difficultés apparaissent dès l'âge préscolaire. Nombre d'entre eux sont plus agressifs et présentent moins de comportements prosociaux (Levine, Pollack, & Comfort, 2001; Nicholson & Farris, 2007). Les difficultés comportementales se maintiennent et s'aggravent à l'âge scolaire et même à l'adolescence. Cela se manifeste entre autres par plus de comportements dérangeants en classe (Spieker, Larson, Lewis, Keller, & Gilchrist, 1999), de l'agressivité manifestée à l'égard des pairs, de l'absentéisme scolaire et des activités sexuelles à risque à l'adolescence (Levine et al., 2001). Au début de l'âge adulte, les enfants nés de mères adolescentes, surtout les garçons, développent davantage de

problèmes liés à la consommation de drogues et à l'affiliation à des groupes criminalisés, comparativement à ceux nés de mères adultes (Pogarsky, Thornberry, & Lizotte, 2006).

Développement cognitif et cheminement scolaire. Sur le plan du développement cognitif, les enfants nés de mères adolescentes présentent plus de retards et ont un fonctionnement intellectuel plus faible (Borkowski et al., 2002), qui se traduit entre autres par des résultats aux tests mesurant le quotient intellectuel plus faibles que ceux des enfants nés de mères plus âgées (Miller et al., 1996; Oxford & Spieker, 2006; Sommer et al., 2000). Dans une étude longitudinale, Borkowski et ses collègues (2002) rapportent qu'à trois ans, 45 % des enfants nés de mères adolescentes présentaient un fonctionnement intellectuel à la limite ou sous le seuil de la déficience ($n = 144$). À l'âge de cinq ans, malgré une diminution de ce pourcentage, ce retard de développement cognitif concernait encore 26 % des enfants de leur échantillon ($n = 136$). Ces enfants présentent aussi plus de retards de langage et vivent des difficultés scolaires associées à cela (Oxford & Spieker, 2006). Ils sont ainsi moins préparés à entreprendre leur parcours scolaire et leur rendement académique est plus faible à court terme et à long terme, incluant davantage de difficultés d'apprentissage (Borkowski et al., 2002; Lefever, Nicholson, & Noria, 2007; Sommer et al., 2000).

Santé mentale. Les enfants nés de mères adolescentes présentent également plus de fragilités sur le plan de la santé mentale. Nicholson et Farris (2007) notent qu'ils

vivent davantage de difficultés intériorisées, telles que la dépression et l'anxiété. De plus, ils sont plus à risque de connaître des difficultés psychopathologiques à l'âge scolaire et à l'adolescence (Shaw, Lawlor, & Najman, 2006), incluant un taux diagnostic significativement plus élevé pour le trouble déficitaire de l'attention, le trouble oppositionnel avec provocation, et le trouble de la conduite (Nicholson & Farris, 2007).

Similitudes entre les enfants victimes de maltraitance et ceux nés de mères adolescentes

Les similitudes entre les difficultés vécues par les enfants nés de mères adolescentes et celles vécues par les enfants victimes de mauvais traitements sont nombreuses. À ce sujet, Borkowski et ses collègues (2002) soulignent que la maltraitance est un facteur intermédiaire pouvant expliquer pourquoi les enfants nés de mères adolescentes présentent davantage de difficultés développementales. Par contre, malgré la probabilité que la situation de plusieurs enfants corresponde à la fois à ces deux conditions, la source des conséquences répertoriées n'est pas exclusive au phénomène de la maltraitance. Il semble en effet que les difficultés vécues par les enfants nés de mères adolescentes et celles vécues par les enfants maltraités ne s'excluent pas mutuellement lorsque les deux conditions sont présentes. Les auteurs d'une étude (Lounds, Borkowski, & Whitman, 2006) indiquent par exemple que le potentiel de négligence augmente la prévalence de problèmes de comportement et de difficultés d'adaptation sociale même auprès d'enfants déjà à risque pour ce genre d'adversités parce qu'ils sont nés de mères adolescentes. Autrement dit, même si la

vulnérabilité de ces deux groupes d'enfants est similaire, leurs difficultés augmentent lorsqu'on additionne les deux variables. Il est donc important de cibler et d'adresser spécifiquement le phénomène de la maltraitance en intervention préventive, même et surtout auprès de populations de parents hautement vulnérables comme les mères adolescentes.

L'intervention préventive

Le modèle écologique (Bronfenbrenner, 1979) sert de cadre théorique dans la majorité des programmes d'intervention visant à diminuer le risque de maltraitance, lesquels prennent surtout la forme de visites à domicile où l'intervenant a un accès privilégié au milieu de vie (Geeraert, Van den Noortgate, Grietens, & Onghena, 2004). L'équilibre entre les besoins de l'enfant et les compétences du parent est mis de l'avant, plutôt qu'uniquement les points négatifs concernant les comportements problématiques du parent. Ainsi, la relation entre le parent et l'enfant, et le contexte dans lequel elle s'opère (caractéristiques parentales et du milieu) ont pris de plus en plus d'importance en intervention (Wolfe, 1993). Les lignes directrices en matière d'intervention adoptées par l'Association des centres jeunesse du Québec en 2010 privilégient d'ailleurs ces composantes pour tenter de répondre aux besoins des familles.

L'intervention précoce, mise en place dès le début de la vie de l'enfant et avant même sa naissance, semble être un bon moyen de contrer la vulnérabilité maternelle pouvant entraîner des comportements de maltraitance. Pour prévenir l'apparition de

mauvais traitements, Wolfe (1993) explique d'ailleurs qu'il est important d'intervenir précocement auprès des familles à risque, car celles-ci n'ont pas encore un profil de comportements de maltraitance ancré, mais présentent des facteurs de risque. D'autres auteurs ayant réalisé une revue de la littérature sur le sujet concluent même que les programmes d'intervention visant à diminuer le taux de maltraitance les plus efficaces débutent dès la naissance (Nelson, Laurendeau, & Chamberland, 2001). Ce genre d'intervention a pour objectif de prévenir l'apparition de comportements de maltraitance parentale par la promotion de pratiques appropriées le plus tôt possible. Toutefois, malgré leur nombre important, peu de programmes d'intervention font état de leur efficacité par le biais d'une évaluation empirique. Il est alors difficile de statuer sur le type d'intervention qui est le plus efficace pour aider ces familles.

Structure et modalités

Il existe une variété de modalités utilisées en intervention préventive auprès de mères adolescentes. Deux revues systématiques de la littérature (Barlow et al., 2011; Coren, Barlow, & Stewart-Brown, 2003) répertorient en effet les nombreuses caractéristiques entourant la structure de programmes qui s'adressent spécifiquement à cette population. À cet égard, certaines interventions se font dans un contexte de groupe, tandis que d'autres se font individuellement, et d'autres offrent une combinaison des deux modalités. Les programmes offrent des rencontres dans différents milieux, par exemple à l'école, dans des cliniques ou centres de services sociaux, en maison d'hébergement, ou encore au domicile des mères, ce qui donne accès directement au

milieu de vie de la famille. Les interventions à domicile sont d'ailleurs populaires et semblent être adaptées aux besoins et au contexte familial des populations ciblées (Howard & Brooks-Gunn, 2009). La durée et l'intensité des programmes sont variables, allant d'une ou deux rencontres seulement à plus d'une vingtaine, certains programmes s'étalant sur une courte période de quelques semaines, ou une longue période allant jusqu'à un an et même parfois plus. Les méthodes d'intervention utilisées sont aussi multiples, incluant l'utilisation de dépliants ou documentation écrite, des séances d'informations, des vidéos informatifs, de l'observation d'enfants en temps réel, ou des techniques de participation active incluant la rétroaction vidéo, des jeux de rôle, ou la pratique concrète d'habiletés par modélisation. La plupart des programmes d'intervention sont offerts par des professionnels qualifiés, bien souvent des infirmières, alors que d'autres le sont par des adultes sans qualifications particulières, souvent des parents et parfois même des bénévoles (Barlow et al., 2011; Coren et al., 2003).

Stratégies d'intervention

Au-delà des modalités générales associées à la structure, le contenu des interventions permet de catégoriser les programmes selon leur cible, en fonction de l'approche et des thèmes généraux abordés. De ce point de vue, la première composante réfère au soutien maternel. Cette stratégie d'intervention, distale à l'enfant, a pour objectif l'amélioration de l'adaptation et le soutien maternel en ciblant le contexte de vie et les besoins propres à la mère. Il est alors présumé qu'en étant moins préoccupée par ses besoins et les différentes difficultés d'adaptation qu'elle peut vivre (financières ou en

lien avec la santé par exemple), la mère est plus disponible pour prendre soin de son enfant et répondre aux besoins de ce dernier. En étant plus disponible à l'enfant, la jeune mère serait alors moins encline à adopter d'éventuels comportements de maltraitance et ainsi permettrait à l'enfant de se développer de façon plus optimale. Les éléments suivants peuvent être abordés dans le cadre de ce type d'intervention : les connaissances et habiletés parentales (par exemple, les normes développementales, les soins et routines appropriés), l'environnement du milieu de vie (par exemple, la sécurité et salubrité, le niveau de stimulation, l'aide concrète), l'orientation vers le réseau social ou les services publics (par exemple, la promotion du soutien offert par l'entourage, des références et informations sur les services disponibles, un accompagnement aux rendez-vous médicaux), l'aide au parent sur le plan de la santé (par exemple, par rapport à sa santé mentale, la consommation, le stress) et personnel (par exemple, ses objectifs personnels comme le retour à l'école).

La deuxième composante se distingue du soutien maternel par son approche centrée sur la dyade mère-enfant. Celle-ci cible alors des éléments plus proximaux à l'enfant. Cette stratégie d'intervention est basée essentiellement sur la théorie de l'attachement développé par Bowlby (1969) et Ainsworth (1979). Ce type d'intervention cible spécifiquement les interactions avec l'enfant et la sensibilité maternelle. Pour ce faire, l'intervention met de l'avant : les comportements chaleureux, la prévisibilité, les échanges visuels, le ton de voix rassurant, la reconnaissance et l'ajustement au rythme et aux signaux de l'enfant lors des interactions. L'objectif de cette stratégie est que la mère

utilise ces comportements le plus souvent possible dans ses interactions avec son enfant, puisque la qualité de celles-ci est reconnue comme l'un des facteurs importants du développement de l'enfant (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2008; Tarabulsky et al., 2008). Étant donné que la présence de mauvais traitements implique nécessairement une dynamique relationnelle inadaptée entre le parent maltraitant et l'enfant victime (Wolfe, 1993), il est probable qu'intervenir précocement sur cette composante puisse prévenir la maltraitance. Solidifier la relation mère-enfant diminuerait ainsi le risque qu'elle se détériore jusqu'à l'apparition de comportements de maltraitance parentale.

Alors que certaines interventions ont une seule stratégie comme cela vient d'être exposé, d'autres proposent de jumeler ces deux stratégies dans une même intervention et offrent alors aux dyades à la fois un volet d'intervention sur le soutien maternel et un volet centré sur les interactions mère-enfant (Britner & Repucci, 1997; Dumont et al., 2008; Honig & Morin, 2001; Stevens-Simons, Nelligan, & Kelly, 2001).

Ces grandes catégories d'intervention précoce, avant la naissance de l'enfant ou en début de vie, sont utilisées auprès de plusieurs populations, dont les mères adolescentes. Parmi les programmes d'intervention s'adressant aux mères adolescentes et visant spécifiquement la prévention des comportements de maltraitance envers leur enfant, quelques-uns seulement ont fait l'objet d'une évaluation de leur efficacité. Parmi les programmes qui ont été évalués, certains ciblent la composante du soutien maternel

(Olds, Henderson, Chamberlin, & Tatelbaum, 1986; Wagner & Clayton, 1999). Les thèmes abordés pour ces interventions sont variables, mais ils ont le même objectif qui est de soutenir directement la jeune mère dans son rôle de parent par une approche éducative. Les autres programmes évalués ciblent à la fois le soutien maternel et les interactions mère-enfant (Britner & Repucci, 1997; Dumont et al., 2008; Honig & Morin, 2001; Stevens-Simons et al., 2001). Aucune étude abordant la variable de la maltraitance auprès de cette population n'offre une intervention ciblant les interactions dyadiques uniquement.

Efficacité des programmes d'intervention

Des études récentes concluent que les mères adolescentes ayant bénéficié d'une intervention précoce, avant ou dès la naissance de leur enfant, présentent des améliorations significatives mesurables entre autres sur le plan des connaissances sur le développement de l'enfant (Walkup et al., 2009), sur les attitudes et croyances parentales (Barnet, Liu, DeVoe, Alperovitz-Bichell, & Duggan, 2007), sur la qualité de la relation avec leur enfant, et sur leur disponibilité affective (Nicolson et al., 2013). Des effets bénéfiques sont également observables sur le développement des enfants de ces mères (Deutscher, Fewell, & Gross, 2006). Lorsqu'il est question de maltraitance, l'avancement actuel de la littérature ne permet pas de conclure à l'efficacité de l'ensemble des interventions précoces pour prévenir les comportements de maltraitance.

Effectivement, parmi les programmes d'intervention visant la prévention de la maltraitance, les résultats de ceux s'adressant spécifiquement aux mères adolescentes sont partagés. Certaines études expérimentales révèlent des résultats non favorables envers l'intervention, rapportant parfois un taux de maltraitance légèrement plus élevé (0,3 %) pour un groupe de mères adolescentes ayant bénéficié d'un programme d'intervention (Wagner & Clayton, 1999), et d'autres fois un écart faible et non significatif entre les groupes comparés équivalents (Stevens-Simons et al., 2001). À l'opposé, d'autres études similaires en terme de caractéristiques des participants et de devis rapportent une amélioration élevée, avec un écart de 15 % entre le taux de maltraitance des mères adolescentes ayant et n'ayant pas participé à un programme d'intervention précoce (Olds et al., 1986). Ces exemples illustrent une certaine incohérence dans les résultats d'études similaires, et par le fait même le besoin de pistes claires en intervention.

Constats et objectifs de recherche

La complexité du phénomène et la gravité des conséquences de la maltraitance sur le développement de l'enfant ne laissent pas de doute quant au besoin d'intervenir pour contrer cette problématique. Le taux significativement plus élevé de maltraitance et les difficultés que présentent les mères adolescentes font en sorte que cette population a un grand besoin d'intervention au niveau des compétences parentales et du développement de l'enfant. À ce sujet, les interventions précoces auprès de cette population visant la prévention des mauvais traitements et ayant fait l'objet d'une

évaluation rapportent des résultats partagés. Certaines évaluations montrent une efficacité significative, alors que d'autres non. Devant ces résultats, il devient pertinent de procéder à une étude par le biais d'une méta-analyse.

Objectifs

À la lumière de ces constatations, le présent projet de recherche poursuit tout d'abord le premier objectif d'établir l'efficacité générale des différentes stratégies d'interventions précoces proposées aux mères adolescentes pour diminuer le taux de maltraitance envers leurs enfants.

Par la suite, si les interventions s'avèrent efficaces, cette recherche tentera d'établir quelle stratégie d'intervention a l'impact le plus significatif pour diminuer le taux de maltraitance des enfants nés de mères adolescentes. L'atteinte de ce deuxième objectif permettra de faire ressortir concrètement les conditions d'intervention à privilégier auprès de cette population hautement vulnérable.

Troisièmement, si les analyses le permettent, des variables modératrices seront considérées pour voir dans quelle mesure l'efficacité de l'intervention peut être influencée par celles-ci. Par exemple : la durée de l'intervention, le nombre de rencontres, le type d'intervenant, l'âge des enfants, et l'âge des mères.

Méthode

Cette deuxième section porte sur la méthode utilisée pour réaliser la méta-analyse. Les étapes de la recension des écrits et de la démarche de sélection des études seront d'abord décrites. Par la suite, les caractéristiques relatives aux études retenues et leurs programmes d'intervention respectifs seront détaillés rigoureusement. Enfin, la stratégie d'analyse sera présentée, incluant les paramètres et procédés statistiques employés.

Stratégie de recension

La recension des études a été réalisée à l'aide des quatre bases de données suivantes : PsychInfo, CINHAL, Medline, et Embase. Le choix de ces bases de données a été orienté par leur pertinence dans le domaine psychosocial et de la santé, puisque l'intervention auprès des mères adolescentes touche à la fois ces deux domaines. La recherche a porté sur les articles publiés entre 1970 et 2013 inclusivement. Cette recension systématique de la littérature a été menée par l'auteure entre avril et mai 2013.

La recherche s'est faite à partir de mots-clés en anglais. Des variations de mots-clés ont été utilisées pour désigner trois catégories de variables, soit la clientèle, l'intervention, et la mesure de maltraitance. Les mots-clés *teen mother*, *adolescent mother*, *teen parent*, *adolescent parent*, *teen pregnancy*, et *adolescent pregnancy* ont été utilisés pour désigner la clientèle des mères adolescentes comme sujet des études. Les

mots-clés suivants : *intervention, early intervention, program, et home visit* ont été utilisés en association avec les mots-clés précédents afin de cibler des études comportant un élément d'intervention. Ensuite, les mots-clés *child outcome, child neglect, child abuse, child protective services, et child maltreatment* ont été ajoutés pour sélectionner les études comportant une variable sur la maltraitance envers les enfants. L'utilisation de l'opérateur booléen « *or* » entre les mots-clés d'une même catégorie assurait que la requête corresponde à l'un ou l'autre des mots-clés synonymes. L'utilisation de l'opérateur booléen « *and* » entre les mots-clés de catégories différentes permettait de combiner la présence de plus d'une variable cible. Cette étape initiale donna un résultat de 573 articles. Pour assurer la qualité des études, seules les publications avec révision par les pairs ont été considérées.

Une fois cette première étape effectuée, la lecture des titres, résumés et fiches descriptives de chaque article a permis d'éliminer ceux ne correspondant pas au sujet général de l'étude. Par exemple, plusieurs études (157) portaient exclusivement sur des programmes de prévention des grossesses à l'adolescence. À cette étape, seules les études dont l'incompatibilité était claire ont été éliminées. Le nombre d'articles conservés fut diminué à seize. La liste de référence de chacun de ces articles a ensuite été consultée par souci d'exhaustivité. Chaque nouvel article dont le titre était jugé pertinent par l'auteure était vérifié. Sur un total de 587 références possibles, quatre d'entre elles ont mené à une étude approfondie. Toutefois, aucun de ces quatre articles n'a été conservé lors des étapes suivantes.

Critères de sélection des études

En accord avec le cadre méthodologique de la méta-analyse, des critères de sélection des études ont été établis au préalable. Des seize articles initialement conservés, six ont été retenus pour la méta-analyse en se basant sur les critères d'inclusion et d'exclusion suivants : (1) présence d'une intervention pré ou postnatale dont l'approche et les thèmes abordés peuvent varier; (2) un échantillon de mères adolescentes (au moins 60 % des participantes âgées de 21 ans et moins); (3) enfants cibles (nés de ces grossesses) âgés de deux à six ans lors de la prise de mesure; (4) présence d'au moins une mesure du taux de maltraitance (signalements confirmés par les services de protection de la jeunesse) sur les enfants cibles; (5) l'étude doit être de type expérimental ou quasi expérimental avec un groupe ayant bénéficié d'une intervention précoce et un groupe de comparaison présentant des caractéristiques similaires au groupe d'intervention. Trois personnes, incluant l'auteure, ont pris en charge cette étape de sélection, afin d'assurer unanimement la qualité et la conformité des études retenues.

La Figure 1 présente le nombre d'articles retenus à chaque étape du processus et les raisons justifiant l'exclusion de certains.

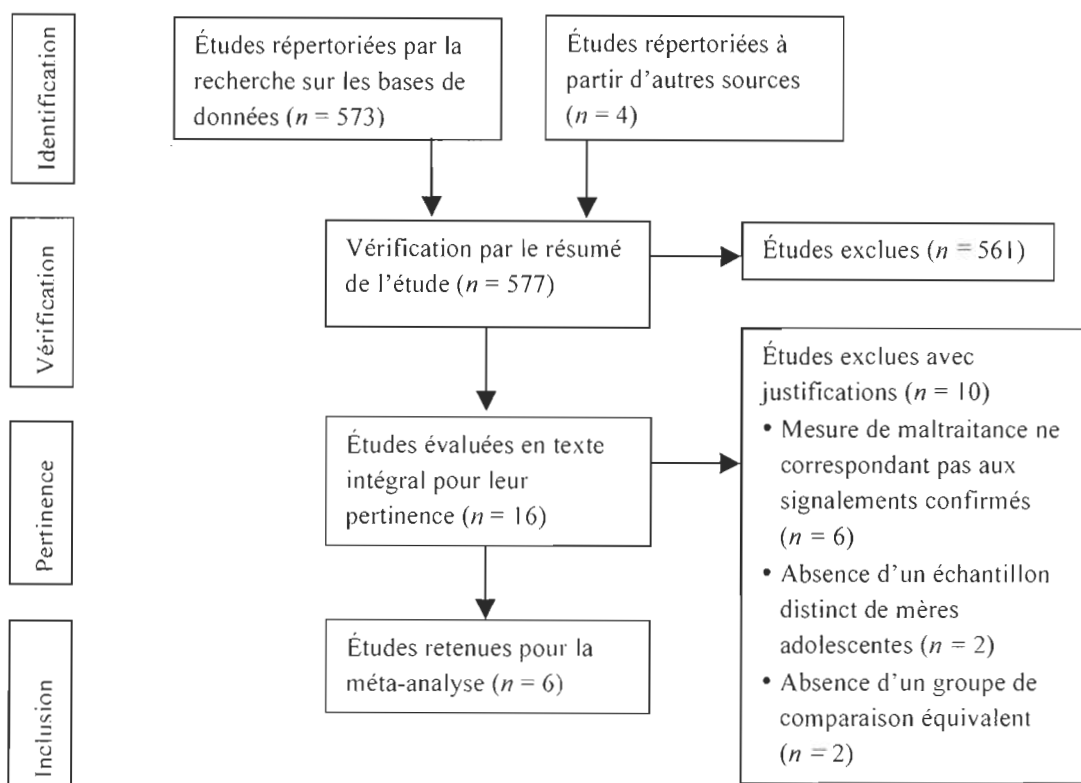


Figure 1. Processus de sélection des études.

Caractéristiques des études retenues

La méta-analyse est effectuée à partir des six études retenues, toutes réalisées aux États-Unis entre 1986 et 2008 (Britner & Repucci, 1997; Dumont et al., 2008; Honig & Morin, 2001; Olds et al., 1986; Stevens-Simon et al., 2001; Wagner & Clayton, 1999). Un tableau descriptif portant sur ces six études (Tableau 1) se trouve à la suite des sous-sections détaillant les programmes d'intervention et les caractéristiques des études retenues.

Échantillons

Le total des échantillons provenant de tous les groupes différents des études incluses est de 1304 participantes. Parmi ces six études, quatre offrent leur intervention exclusivement à des groupes de mères adolescentes (Britner & Repucci, 1997; Honig & Morin, 2001; Stevens-Simon et al., 2001; Wagner & Clayton, 1999). Les deux autres études (Dumont et al., 2008; Olds et al., 1986) offrent leur programme d'intervention à des échantillons de mères d'âge variable, incluant des jeunes mères. Les résultats sont cependant rapportés séparément pour le sous-groupe de mères adolescentes dans ces deux études. Seules les données correspondant à ces sous-groupes ont été utilisées pour la présente méta-analyse. Les moyennes d'âge des groupes de mères adolescentes pour chaque étude sont rapportées dans le Tableau 1, sauf pour celle d'Olds et al. (1986). Ces auteurs ne rapportent pas la moyenne d'âge de leur échantillon de mères adolescentes dans leur article, mais ils précisent cependant qu'elles sont toutes âgées de moins de 19 ans.

Groupes d'intervention

Les six études comptent un total de huit groupes d'intervention. Quatre des études retenues évaluent clairement un seul programme d'intervention (Britner & Repucci, 1997; Dumont et al., 2008; Honig & Morin, 2001; Stevens-Simon et al., 2001). Une autre étude offre trois types d'intervention (Wagner & Clayton, 1999). L'échantillon total ($n = 598$) de mères adolescentes provenant de cette étude-ci est divisé aléatoirement en trois groupes expérimentaux : le premier groupe bénéficiant du premier

type d'intervention (intervention éducative par une mère) ($n = 149$), le deuxième groupe du deuxième type d'intervention (suivi par un professionnel) ($n = 138$), et le troisième groupe d'une combinaison simultanée de ces deux types d'intervention ($n = 148$). Étant donné les caractéristiques distinctes de l'intervention offerte à chacun de ces trois groupes, ceux-ci ont été considérés séparément dans le présent projet de recherche.

Dans la sixième étude, celle d'Olds et ses collègues (1986), les mères adolescentes bénéficiant de l'intervention se divisent en deux groupes. Le premier groupe reçoit la visite d'une infirmière à domicile toutes les deux semaines durant la période de la grossesse uniquement. Le deuxième groupe reçoit ce même service, avec les visites qui se poursuivent durant les deux premières années de vie de l'enfant selon une fréquence variable. Aux fins de cette méta-analyse, les deux groupes expérimentaux ont été combinés en un seul ($n = 42$). Le taux de maltraitance n'étant fourni que pour l'ensemble des familles ayant reçu l'une ou l'autre des modalités d'intervention dans cette étude, cela justifie la mise en commun des deux sous-groupes.

Devis de recherche

Parmi les études retenues, quatre ont un devis expérimental (Dumont et al., 2008; Olds et al., 1986; Stevens-Simon et al., 2001; Wagner & Clayton, 1999). Les deux autres ont un devis quasi expérimental puisque l'échantillon n'est pas réparti de façon aléatoire dans les groupes (Britner & Repucci, 1997; Honig & Morin, 2001). Ces deux études ont chacune un échantillon qui se divise en trois groupes distincts. Leur premier groupe est

un groupe contraste, qui comprend des mères adolescentes jugées non à risque. Elles ne participent pas au programme et servent de comparatif pour les résultats de l'étude. Étant donné que, pour chaque étude, ce groupe n'est pas comparable aux deux autres au départ, il n'a pas été retenu comme valide pour la présente méta-analyse. Les résultats des autres groupes ont été utilisés. Dans l'étude de Honig et Morin (2001), l'un des groupes comprend des mères adolescentes ayant complété le programme d'intervention ($n = 77$), et l'autre, un échantillon de convenance similaire ayant abandonné le programme peu après y avoir été admis ($n = 37$). Les auteurs ne rapportent aucune différence significative entre les caractéristiques de ces deux groupes de mères adolescentes. Le groupe ayant abandonné le programme est donc devenu le seul groupe de comparaison utilisé pour la méta-analyse. Dans l'étude de Britner et Repucci (1997), parmi les deux groupes retenus, un participe au programme ($n = 125$), et l'autre non ($n = 96$). L'attribution à l'un ou l'autre des deux groupes ne s'est pas faite de façon aléatoire et dépendait en partie de la volonté des mères à participer au programme. Les mères du groupe d'intervention semblent présenter un peu plus de facteurs de risque, par contre l'évaluation initiale de vulnérabilité parentale ne révèle aucune différence significative entre ces mères et celles du groupe de comparaison retenu.

Mesure de la maltraitance

Les six études incluses dans la méta-analyse répertorient la maltraitance de façon dichotomique : présence ou absence. La fréquence, la gravité et la forme de maltraitance ne sont pas considérées. Le taux de maltraitance a donc été calculé et rapporté en

pourcentage de prévalence pour chaque groupe d'échantillon dans chaque étude. Ce pourcentage représente les enfants ayant subi une forme ou une autre de maltraitance confirmée par les services de protection de la jeunesse.

Variables modératrices

Les articles retenus sont aussi codifiés selon plusieurs variables modératrices tirées des caractéristiques des interventions et des études pouvant potentiellement influencer les résultats obtenus quant à l'efficacité de l'intervention, soient : (1) la cible de l'intervention reçue (soutien maternel, ou encore soutien maternel et interactions mère-enfant); (2) les modalités d'intervention (visites à domicile, suivi professionnel, groupe d'entraide, cours parentaux); (3) le moment moyen du début de l'intervention en fonction de la grossesse ou de l'âge de l'enfant; (4) la durée moyenne du programme entre la première intervention et la fin des services offerts; (5) le type d'intervenant offrant l'intervention (avec ou sans qualifications professionnelles et si oui, lesquelles); (6) l'âge moyen des mères au début de l'intervention; (7) l'âge moyen des enfants lors de la mesure du taux de maltraitance; (8) le pays où l'étude est réalisée; et (9) l'année de publication de l'article.

Description des interventions

En fonction des stratégies d'intervention décrites précédemment, les huit interventions incluses dans la méta-analyse peuvent être regroupées en deux catégories. Quatre interventions ciblent le soutien maternel uniquement (Olds et al., 1986; Wagner

& Clayton, 1999) alors que les quatre autres offrent une intervention mixte qui cible à la fois le soutien maternel et les interactions mère-enfant (Britner & Repucci, 1997; Dumont et al., 2008; Honig & Morin, 2001; Stevens-Simon et al., 2001). Le contenu des différents programmes sera décrit brièvement.

Soutien maternel uniquement

Ciblant uniquement le soutien maternel, Wagner et Clayton (1999) proposent trois interventions distinctes dans leur étude. La première intervention offerte à une partie de l'échantillon ($n = 149$) propose un soutien éducatif par l'entremise d'une mère adulte sans qualifications professionnelles particulières, mais formée pour pouvoir assumer les rencontres et offrir un soutien adéquat. Cette dernière offre des visites à domicile mensuelles et des réunions de groupe d'entraide occasionnelles pendant lesquelles les principaux sujets abordés sont : (1) le développement de l'enfant; et (2) le rôle de parent (par exemple les responsabilités, les soins à l'enfant). La deuxième intervention offerte ($n = 138$) consiste en un suivi clinique effectué par un professionnel en travail social, comprenant des rencontres individuelles aussi fréquentes que désiré par la mère adolescente, minimalement tous les trois mois. Ces rencontres visent l'adaptation du parent et la référence vers des services selon les besoins de la mère adolescente en lien avec : (1) son état de santé physique et psychologique; (2) la nutrition; (3) son environnement; et (4) ses objectifs d'emploi et de scolarité. Un soutien matériel est également offert dans le cadre du suivi clinique, pour assurer le transport entre le domicile et la clinique médicale par exemple. La troisième intervention proposée

dans l'étude ($n = 148$) regroupe simultanément les deux interventions précédentes : une intervention éducative offerte par des mères adultes et un suivi clinique répondant aux besoins spécifiques de chaque mère offert par un professionnel. Les participantes amorcent le programme d'intervention enceintes ou avec un enfant âgé de moins de six mois. Le programme dure jusqu'à ce que l'enfant ait atteint deux ans pour les trois interventions.

Olds et ses collègues (1986) évaluent également une intervention précoce ciblant uniquement le soutien maternel. Cette intervention consiste en des visites à domicile assurées par une infirmière. Les sujets abordés font surtout référence à : (1) un contenu éducatif en lien avec le développement de l'enfant et les soins à lui donner (ex : l'alimentation, la stimulation, l'hygiène, le sommeil); (2) l'implication des proches perçus comme réseau de soutien; et (3) la disponibilité des services médicaux ou sociaux que les mères peuvent solliciter en cas de besoin. Le groupe expérimental ($n = 42$) considéré dans la présente méta-analyse combine les mères ayant reçu la visite de l'infirmière à domicile toutes les deux semaines durant la période de la grossesse uniquement, et celles recevant ce même service avec les visites à domicile qui se poursuivent durant les deux premières années de vie de l'enfant, d'abord chaque semaine puis selon une fréquence qui diminue graduellement jusqu'à un intervalle de six semaines à la fin du suivi. Les participantes commencent le programme au plus tard à la trentième semaine de grossesse.

Soutien maternel et interactions mère-enfant

Parmi les quatre études portant sur l'évaluation de programmes d'intervention ciblant à la fois le soutien maternel et les interactions mère-enfant, Dumont et ses collègues (2008) évaluent une intervention offrant des visites à domicile. Ces visites sont effectuées par des adultes employés sans qualifications professionnelles particulières, mais ayant reçu une formation spécifique pour le programme. Deux volets sont ainsi offerts. Le premier volet concerne le soutien maternel où différents sujets sont abordés : (1) la santé et les comportements à privilégier durant de la grossesse en lien avec la nutrition, l'usage d'alcool ou du tabac, le stress, le suivi médical, et le développement du fœtus; (2) le développement de l'enfant et les comportements attendus; (3) la référence et l'accompagnement médical pour l'enfant et vers des services communautaires variés selon les besoins de la famille; (4) l'autonomie de la mère par le développement d'habiletés et d'objectifs personnels; (5) la promotion du réseau de soutien; et (6) l'aide pour les difficultés particulières, par exemple en lien avec la consommation de substances toxiques ou la santé mentale de la mère. Le second volet concerne les interactions entre la mère et son enfant et vise à en améliorer la qualité à travers : (1) du renforcement positif; (2) du modelage d'interactions; (3) de la guidance parentale; et (4) des activités en dyade. Les visites ont lieu toutes les deux semaines durant la grossesse et hebdomadairement après la naissance de l'enfant. La fréquence des visites varie par la suite selon les besoins de la famille jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de cinq ans. Les participantes commencent le programme au plus tard à la trentième semaine de grossesse.

L'étude de Honig et Morin (2001) vise à évaluer un programme offrant des visites à domicile hebdomadaires. Ces visites sont offertes par des « spécialistes en petite enfance », cependant les auteurs de l'étude ne précisent pas les qualifications académiques ou professionnelles attribuables à ce titre. Deux volets sont également présents. Le contenu éducatif du programme en lien avec le soutien maternel fait référence : (1) au développement et aux caractéristiques de l'enfant; et (2) aux habiletés pour la stimulation de l'enfant, entre autres sur le plan physique et cognitif. Le contenu des visites en lien avec les interactions mère-enfant comprend : (1) la modélisation d'interactions appropriées, incluant des habiletés de jeu, le tour de rôle et le respect du rythme de l'enfant; (2) la sensibilité aux besoins et signaux du nouveau-né; et (3) l'attachement, notamment à travers la promotion des contacts physiques chaleureux. Le début de l'intervention a lieu durant la grossesse ou durant les premiers mois de vie de l'enfant. La durée du programme varie entre 18 et 27 mois, selon les besoins des mères.

L'étude de Britner et Repucci (1997) évalue un programme de cours parentaux. Les mères adolescentes y participant se présentent à des cours chaque semaine pendant douze semaines suivant la naissance de leur enfant. Ayant lieu dans des locaux d'un centre de services communautaires, les rencontres sont structurées, mais laissent aussi place aux discussions ouvertes. Aucune information rapportée par les auteurs ne permet de déterminer les qualifications professionnelles des intervenants du programme. Chaque groupe est composé d'environ dix dyades mère-enfant. Dans le premier volet de l'intervention ciblant le soutien maternel, le contenu des rencontres met l'emphase sur :

(1) les habiletés parentales, incluant les méthodes de discipline appropriées; (2) le développement de l'enfant; (3) les objectifs personnels de la mère, comme la poursuite de ses études; (4) la sexualité, la contraception et la planification des grossesses futures; (5) les besoins personnels de la mère, en adressant par exemple les problèmes de consommation et les habiletés de communication; (6) les mesures de sécurité en présence d'un enfant et les premiers soins; (7) une aide matérielle; et (8) la référence vers des services au besoin, comme des programmes d'emploi ou des services communautaires variés. Dans le second volet, concernant les interactions mère-enfant, la sensibilité maternelle se travaille sur place chaque semaine. Le nouveau-né accompagne la mère adolescente durant l'ensemble des cours. L'intervention se fait par : (1) observation; (2) modélisation des interactions mère-enfant; (3) rétroaction en direct; et (4) auto-évaluation des mères. Les intervenants observent et documentent chaque semaine les interactions entre la mère et l'enfant, puis interviennent sur-le-champ pour guider et donner en exemple des interactions appropriées. À la moitié du programme, les mères doivent également tenir un journal de leurs interactions avec leur enfant pendant sept jours, afin de promouvoir l'attachement. Les situations décrites dans leur journal sont ensuite utilisées lors des rencontres hebdomadaires subséquentes.

L'étude de Stevens-Simon et ses collègues (2001) évalue un programme de visites à domicile postnatales offertes à des mères adolescentes provenant principalement du *Colorado Adolescent Maternity Program (CAMP)*, une clinique de soins et services multidisciplinaires spécialisée pour cette clientèle. Bien que le

programme de visites débute à la naissance, les mères adolescentes entrent en contact avec les intervenants de la clinique en moyenne à leur vingtième semaine de grossesse. Les visites à domicile ont lieu chaque semaine pendant les seize premières semaines suivant la naissance, puis diminuent en fréquence selon les besoins de la mère et de l'enfant. Le programme prévoit des visites jusqu'à ce que l'enfant ait deux ans. Elles sont dispensées par une femme adulte travaillant à la clinique sans qualifications particulières liées à une profession. Pour le soutien maternel dans le premier volet d'intervention, le contenu éducatif abordé lors des visites fait surtout la promotion : (1) des compétences parentales et de l'encadrement de l'enfant; (2) des soins à l'enfant en différentes circonstances, par exemple lorsqu'il est malade; (3) de l'importance du réseau de soutien et de la résolution de conflits avec les membres qui le composent; (4) de la gestion du stress; (5) du développement de l'enfant et des jeux appropriés pour ses habiletés; (6) de la poursuite des études et la recherche d'emploi, par exemple en fournissant des offres locales d'emploi régulièrement; (7) de la référence vers des services médicaux et sociaux, ou vers des programmes d'aide à la scolarité ou l'emploi, selon les besoins individuels; et (8) de la contraception. En regard des interactions mère-enfant dans le second volet, l'intervention prévoit un contenu qui met l'accent sur : (1) la sensibilité aux besoins de l'enfant, c'est-à-dire identifier et répondre rapidement à ses signaux; (2) la promotion des contacts physiques chaleureux et des démonstrations affectives directes; et (3) l'importance des échanges verbaux doux et encourageants envers l'enfant. Cela se fait sous forme de présentation d'informations, de jeux de rôle, de guidance et de discussions.

Au-delà des stratégies d'intervention, la description des études révèle que certaines caractéristiques sont similaires d'un programme à l'autre alors que d'autres varient. Ces caractéristiques sont importantes à considérer dans le cadre spécifique de ces études, puisqu'elles peuvent influencer l'effet de l'intervention. Tout d'abord, à l'exception de l'étude de Britner et Repucci (1997), tous les programmes offrent des visites à domicile comme modalité principale d'intervention (Dumont et al., 2008; Honig & Morin, 2001; Olds et al., 1986; Stevens-Simon et al., 2001; Wagner & Clayton, 1999). Certains programmes sont offerts par des professionnels (Olds et al., 1986; Wagner & Clayton, 1999), et d'autres par des personnes sans qualifications particulières (Dumont et al., 2008; Stevens-Simon et al., 2001; Wagner & Clayton, 1999). La durée prévue des huit programmes d'intervention varie entre douze semaines (Britner & Repucci, 1997) et 270 semaines (Dumont et al., 2008). De plus, le moment approximatif de début d'intervention a surtout lieu vers la fin de la grossesse (Dumont et al., 2008; Olds et al., 1986; Stevens-Simon et al., 2001; Wagner & Clayton, 1999). Le moment de la prise du taux de maltraitance confirmé varie d'une étude à l'autre. Le temps de mesure a lieu lorsque les enfants des mères adolescentes sont âgés de 24 mois pour trois études (Dumont et al., 2008; Olds et al., 1986; Stevens-Simon et al., 2001), lorsqu'ils ont en moyenne 36 mois dans l'étude de Wagner et Clayton (1999), et 48 mois pour celles de Honig et Morin (2001) et de Britner et Repucci (1997).

Tableau 1

Données descriptives recueillies et codifiées pour l'ensemble des huit groupes de mères adolescentes exposées à une intervention provenant des six études

Études retenues	N	Contrôle (n)	Intervention (n)	Âge moyen des mères au recrutement (ans)	Âge des enfants à la mesure (mois)	Durée prévue de l'intervention (sem.)	Moment de début de l'intervention		Stratégies d'intervention		Intervenant professionnel		Modalités				Résultat de l'intervention (d)
							Pré-natal	Post-natal	SM	SM + I	Oui	Non	Visites domicile	Suivi clinique	Cours parentaux	Groupe entraide	
Britner et al. (1997)	221	96	125	15	48	12		X		X	---	---			X	X	-0.87
Dumont et al. (2008)	170	84	86	17.2	24	270	X			X		X	X				-0.52
Honig et al. (2001)	114	37	77	17.55	48	90	X	X		X	---	---	X				-0.72*
Olds et al. (1986)	74	32	42	<19	24	114	X		X		X		X				-0.97
Stevens-Simons et al. (2001)	127	72	55	17.5	24	104	X			X		X	X				-0.05
Wagner et al. (1999) (1)	312	163 ^a	149	16.7	30	114	X	X	X			X	X			X	-0.08
Wagner et al. (1999) (2)	311	..	148	16.7	30	114	X	X	X		X			X			0.02
Wagner et al. (1999) (3)	301	..	138	16.7	30	114	X	X	X		X	X	X	X	X	X	-0.31*

Note. SM = Soutien maternel; SM+I = Soutien maternel et interactions mère-enfant; --- = information non précisée

^a Les trois groupes d'intervention de cette étude sont comparés à un seul et même groupe contrôle ($n = 163$)

* $p < 0.05$

Stratégie d'analyse

Le logiciel *Comprehensive Meta-Analysis 2.0* (Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2005) a été utilisé pour l'analyse des variables provenant des six études retenues. Les trois personnes ayant participé à la sélection des études ont également assuré le processus de codification des articles et la répartition des huit programmes selon leur stratégie d'intervention.

Calculs statistiques

Le procédé statistique utilisé pour cette méta-analyse est basé sur le calcul de la taille d'effet à l'aide du d de Cohen. Cette donnée permet de mesurer la différence entre deux groupes comparés (avec ou sans intervention) par rapport à un pourcentage de probabilité (présence de maltraitance) (Ellis, 2010). Le d de Cohen mesure donc, dans la présente recherche, l'écart entre le taux de maltraitance des mères adolescentes ayant reçu une intervention et celui des mères adolescentes n'ayant pas bénéficié d'une intervention. Ce résultat indique l'efficacité avec laquelle un programme arrive à diminuer le taux de maltraitance. La taille d'effet a d'abord été répertoriée ou calculée pour chaque étude individuelle (lorsque trois groupes d'intervention étaient présents, trois tailles d'effet étaient calculées).

Avant les analyses statistiques de la méta-analyse, les tailles d'effet propres à chaque étude sont pondérées. Le poids accordé à chaque taille d'effet varie en fonction de la taille de l'échantillon. Plus l'échantillon d'une étude est gros, plus précis sont ses

résultats et donc plus d'importance lui sera attribuée (Ellis, 2010). La mise en commun des tailles d'effet pondérées des différentes études permet ensuite de mesurer la taille d'effet globale, c'est-à-dire la taille d'effet moyenne attribuable à l'échantillon total étudié ($n = 1304$) représentant les huit interventions des six études. Ce résultat rend donc possible l'atteinte du premier objectif de recherche qui est de vérifier l'efficacité générale des interventions précoces auprès des mères adolescentes pour prévenir la maltraitance envers leurs enfants.

L'interprétation des résultats est basée sur les lignes directrices émises par Cohen (1988), indiquant qu'un seuil de 0,2 se rapporte à une taille d'effet faible, un seuil de 0,5 à une taille d'effet moyenne, et un seuil de 0,8 à une taille d'effet élevée.

Hétérogénéité et variables modératrices

Un calcul d'hétérogénéité à l'aide de la valeur Q permet ensuite d'évaluer si les tailles d'effet propres à chaque étude sont statistiquement différentes les unes des autres ou non. La présence d'une hétérogénéité significative entre les résultats suppose la présence possible de variables modératrices, c'est-à-dire de variables pouvant expliquer les écarts mesurés (Johnson, Mullen, & Salas, 1995). Un calcul par méta-régression est donc utilisé si pertinent (hétérogénéité significative) pour vérifier l'impact de ces variables modératrices sur les tailles d'effet.

Effets fixes et aléatoires

Le choix de faire une méta-analyse suppose que les variables analysées sont suffisamment similaires pour être comparées entre elles. Par contre, cela ne signifie pas que les études sont nécessairement identiques en tout point. Lorsqu'il y a possibilité de variabilité, comme dans la présente méta-analyse, procéder aux analyses à l'aide de calculs à effets aléatoires, plutôt qu'à effets fixes, est privilégié (Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2010). En effet, bien que les six études retenues s'adressent à une population de mères adolescentes, qu'elles offrent toutes une intervention précoce avec un groupe de comparaison aux caractéristiques similaires, et que les résultats sont rapportés de la même façon pour le taux de maltraitance, il est peu plausible que ces six études soient autrement identiques. Plusieurs variables en lien avec la méthode et le contexte d'implantation de l'intervention peuvent par exemple avoir une influence sur les résultats individuels des études retenues. Ainsi, l'hétérogénéité logiquement observable entre ces études justifie ce choix d'analyse à effets aléatoires.

Biais de publication

Finalement, une analyse visant à identifier un possible biais de publication a été effectuée. Le biais de publication fait référence à la plus grande probabilité que les études publiées présentent des résultats plus élevés et plus significatifs que celles qui ne le sont pas. L'absence d'études sans effet significatif dans la littérature scientifique peut influencer les résultats d'une méta-analyse en surestimant la taille d'effet en faveur de l'intervention. L'observation du diagramme en entonnoir permet d'évaluer le biais de

publication par la présence d'asymétrie. Pour contrer l'effet de ce biais, Duval et Tweedie (2000) ont développé une méthode, le *trim and fill*, qui consiste à régulariser la symétrie des données en estimant la valeur des études manquantes. L'algorithme du *trim and fill*, utilisé dans la présente méta-analyse, livre comme résultat une taille d'effet globale ajustée, afin d'être plus représentative de la réalité.

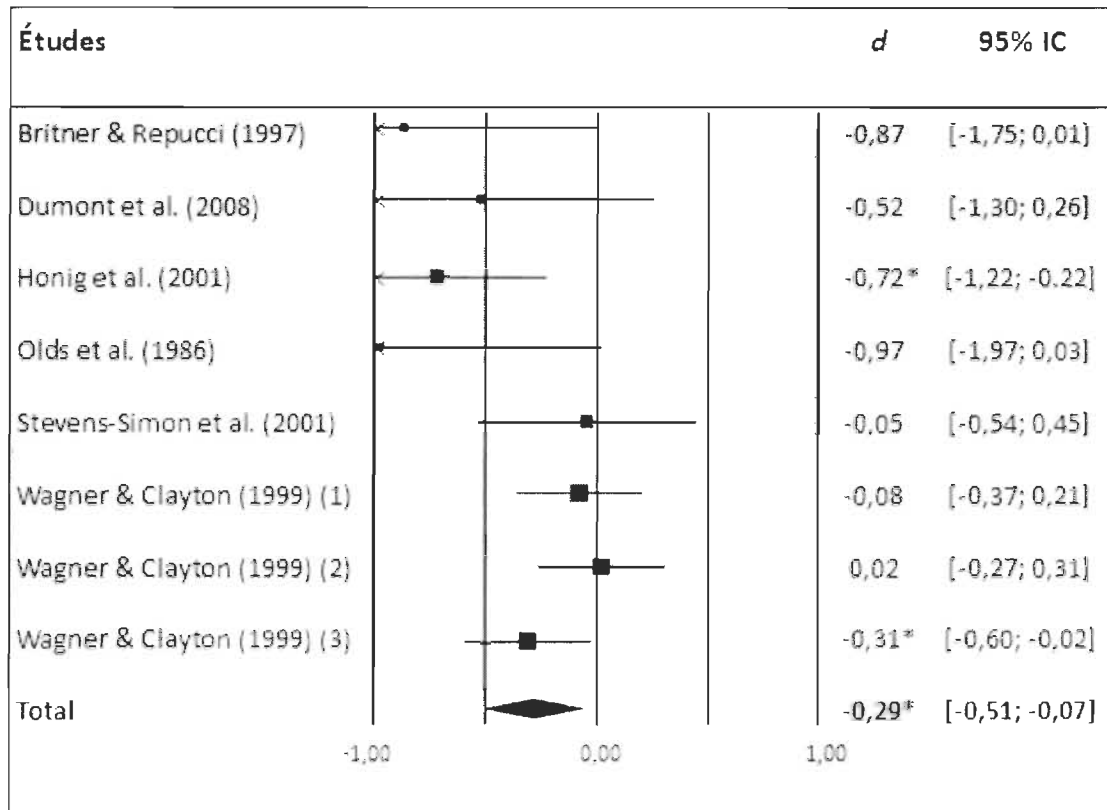
Résultats

Cette section présente les résultats des analyses statistiques décrites précédemment. Ces résultats visent l'atteinte des objectifs de recherche établis préalablement.

Présentation des résultats

Efficacité des interventions

Les études évaluant des programmes d'intervention précoce auprès de mères adolescentes démontrent-elles l'efficacité de ces interventions pour diminuer le taux de maltraitance subséquente envers leurs enfants? Pour répondre à cette question, la première analyse consiste à faire ressortir la taille d'effet globale des interventions précoces, en se rapportant aux huit programmes d'intervention différents. La taille d'effet globale de $d = -0,29$ ($k = 6(8)$) est faible, mais significative (95 % IC : -0,51 à -0,07; $p = 0,01$). Le diagramme de *Forest Plot* (Figure 2) présente visuellement ce résultat.



* $p < 0,05$

Figure 2. Efficacité globale des interventions précoces auprès de mères adolescentes pour diminuer le taux de maltraitance subséquente envers leurs enfants.

Bien que l'hétérogénéité des études n'est pas significative ($Q = 8,84$, $df = 7$; $p = 0,003$), les résultats significatifs obtenus dans l'analyse précédente justifient une analyse de la variable modératrice de la stratégie d'intervention. Cette analyse est réalisée afin de vérifier la présence de différents niveaux d'efficacité entre les stratégies, et cela en considérant que le nombre d'interventions (4) pour chaque stratégie identifiée

est suffisant pour procéder à une telle analyse (Valentine, Pigott, & Rothstein, 2010). Les groupes expérimentaux de l'ensemble des études retenues ont été catégorisés en deux selon leur stratégie, soit ceux dont l'intervention offre du soutien maternel seulement ($k = 2$, 4 groupes d'intervention différents) et ceux dont l'intervention cible à la fois le soutien maternel et les interactions mère-enfant ($k = 4$, 4 groupes d'intervention différents).

L'efficacité des interventions précoces auprès des mères adolescentes sur la diminution du taux de maltraitance envers leurs enfants varie-t-elle en fonction du contenu ciblé par ces interventions (soutien maternel versus soutien maternel et interactions mère-enfant)? La taille d'effet commune des études ciblant le soutien maternel seulement est faible et non significative ($d = -0,17$, 95 % IC : -0,40 à 0,07; $p = 0,17$), tandis que la taille d'effet des études offrant une intervention ciblant à la fois le soutien maternel et les interactions mère-enfant est modérée et significative ($d = -0,48$, 95 % IC : -0,87 à -0,10; $p = 0,02$). La mesure d'hétérogénéité entre les tailles d'effet n'est pas significative ($Q = 1,87$, $df = 1$; $p = 0,17$). L'efficacité des interventions ciblant à la fois le soutien maternel et les interactions mère-enfant n'est donc pas significativement différente de l'efficacité des interventions ciblant seulement le soutien maternel. L'ensemble des résultats obtenus est exposé dans le Tableau 2.

Tableau 2

Efficacité globale et efficacité selon les stratégies de l'intervention précoce auprès de mères adolescentes pour diminuer le taux de maltraitance subséquente envers leurs enfants

Modérateur	<i>k</i>	<i>N</i>	<i>d</i>	IC	<i>Q'</i>	
Toutes les études	8	1304	-0,29*	-0,51	-0,07	8,84
Stratégie d'intervention						
Soutien seulement	4	672	-0,17	-0,40	0,07	
Soutien + interactions	4	632	-0,48*	-0,87	-0,10	1,87

* $p < 0.05$

Autres variables modératrices

Les autres variables modératrices analysées, soient : (1) les modalités d'intervention (visites à domicile, suivi professionnel, groupe d'entraide, cours parentaux); (2) le moment moyen du début de l'intervention en fonction de la grossesse ou de l'âge de l'enfant; (3) la durée moyenne du programme entre la première intervention et la fin des services offerts; (4) le type d'intervenant offrant l'intervention (avec ou sans qualifications professionnelles et si oui, lesquelles); (5) l'âge moyen des mères au début de l'intervention; (6) l'âge moyen des enfants lors de la mesure du taux de maltraitance; (7) le pays où l'étude est réalisée; et (8) l'année de publication de l'article, ne révèlent aucune association significative avec les effets de l'intervention.

Biais de publication

L'analyse des données relève la présence d'un biais de publication. À l'aide de la méthode *trim and fill* (Duval & Tweedie, 2000), la valeur ajustée de la taille d'effet globale recalculée est $d = -0,22$. Bien qu'il soit pertinent de le mentionner, il s'agit d'un faible biais de publication étant donné que le résultat obtenu ne modifie ni la direction ni la force associées à la taille d'effet globale. Le diagramme en entonnoir (Figure 3) illustre le biais de publication en fonction de la répartition des études incluses dans la méta-analyse.

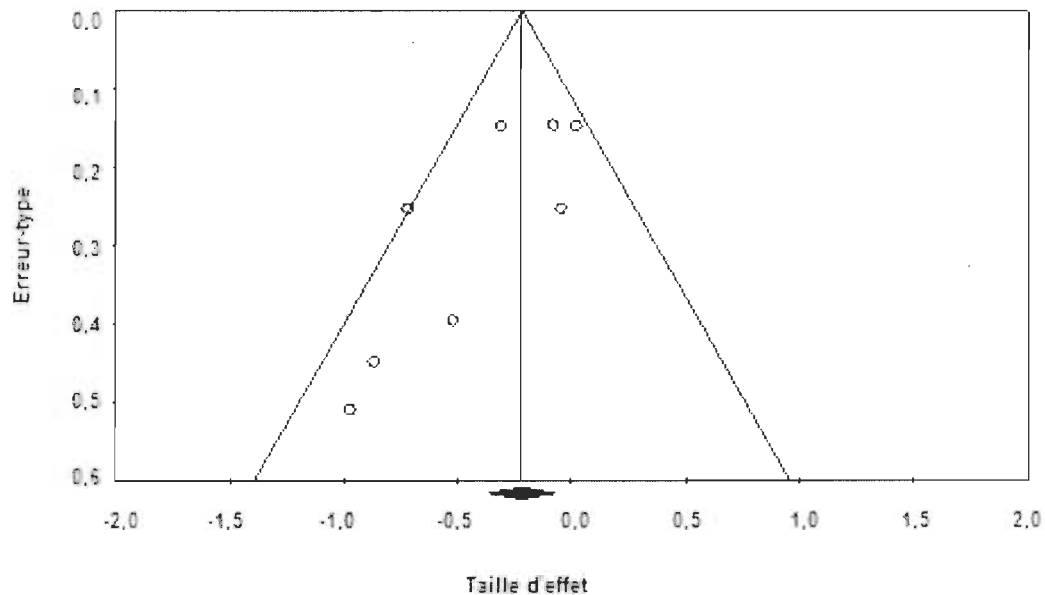


Figure 3. Répartition des études incluses dans la méta-analyse selon leurs résultats.

Rapport-Gratuit.com

Discussion

Dans cette section, les résultats obtenus par la présente méta-analyse seront d'abord interprétés. Par la suite, les retombées de cette étude seront discutées, de même que ses forces et limites. Finalement, des recommandations seront formulées pour de futures recherches portant sur le sujet.

Interprétation des résultats

L'objectif était de vérifier, par le biais d'une méta-analyse, l'efficacité des interventions précoces auprès des mères adolescentes pour diminuer le taux subséquent de maltraitance envers leurs enfants. Les résultats confirment cette efficacité. Bien que la taille d'effet globale soit considérée comme faible selon les standards établis par Cohen (1988), il s'agit d'un résultat significatif et appréciable dans le domaine psychosocial. Il est donc possible de conclure que, de façon générale, les interventions précoces auprès des mères adolescentes semblent prévenir l'apparition de comportements de maltraitance envers leurs enfants.

Les programmes d'intervention répertoriés par les études ont été catégorisés selon leur stratégie d'intervention. Cette catégorisation a fait la distinction entre les interventions ciblant le soutien maternel uniquement (intervention éducative pour soutenir directement la mère dans son rôle) et les interventions ciblant à la fois le soutien

maternel et les interactions mère-enfant (intervention éducative jumelée à une intervention relationnelle basée sur l'attachement). Dans le cadre de cette méta-analyse, quatre groupes expérimentaux offrent une intervention ciblant le soutien maternel seulement, et les quatre autres présentent des composantes mixtes ciblant à la fois le soutien maternel et les interactions mère-enfant. Cette distinction a permis de comparer l'efficacité des deux stratégies d'intervention, afin de vérifier si l'une d'elles diminue de façon plus marquée que l'autre le taux de maltraitance des familles. En accord avec les seuils établis par Cohen (1988), les résultats font ressortir que les interventions mixtes ont une taille d'effet moyenne et significative, démontrant leur efficacité, alors que celles ciblant le soutien maternel seulement ont une taille d'effet faible et non significative. Les deux stratégies d'intervention n'étant statistiquement pas différentes l'une de l'autre, il est impossible d'établir une comparaison entre ces deux stratégies d'intervention et de conclure que l'une est plus efficace que l'autre. À ce sujet, le manque de puissance statistique peut expliquer le fait que les analyses de contraste ne soient pas significatives. Il est aussi possible que l'absence d'hétérogénéité démontre que les deux stratégies d'intervention ne sont réellement pas différentes. Par contre, sans conclure que l'intervention mixte est plus efficace, il est important de souligner le résultat significatif qu'elle obtient. Ce résultat semble se démarquer de celui obtenu par les interventions ciblant uniquement le soutien maternel.

Le fait que les interventions proposant un contenu mixte soient efficaces soulève un questionnement quant au poids attribuable à la composante des interactions mère-

enfant. Plus d'une piste paraît pertinente pour expliquer cette efficacité. Il est d'abord possible que l'intervention mixte cible de façon plus complète les nombreux besoins et difficultés des mères adolescentes, leur offrant un contenu plus diversifié. Cette hypothèse correspond d'ailleurs à la conclusion avancée par les études de Nicolson et ses collègues (2013), et de Carter, Osofsky et Hann (1991). Ces deux études présentent des résultats et des observations démontrant la pertinence de l'ajout d'une composante ciblant les interactions mère-enfant à leur programme respectif de soutien maternel s'adressant aux mères adolescentes. Les dyades mère-enfant ayant participé à cette intervention bonifiée présentaient une amélioration significative, entre autres dans la qualité de la relation et la disponibilité affective à l'égard de leur enfant.

Il est également possible que la composante des interactions mère-enfant explique par elle-même le résultat modéré et significatif des programmes d'intervention à cible mixte. Si tel est le cas, l'aspect relationnel de cette intervention répond peut-être mieux aux objectifs en matière de prévention de la maltraitance. Cela est conforme à ce que Wolfe (1993) explique sur le sujet, soulignant que la maltraitance représente la détérioration ultime de la relation entre le parent et l'enfant. Ainsi, intervenir sur les interactions mère-enfant de façon précoce pourrait prévenir cette altération, peut-être de façon plus précise et efficace que le soutien maternel. Comme aucun programme parmi les huit évalués ne propose d'intervention ciblant uniquement les interactions mère-enfant, il n'a pas été possible de comparer cette stratégie unique d'intervention aux autres.

Les autres variables modératrices (les modalités d'intervention, le moment moyen du début de l'intervention, la durée moyenne du programme, le type d'intervenant offrant l'intervention, l'âge moyen des mères au début de l'intervention, l'âge moyen des enfants lors de la mesure du taux de maltraitance, le pays où l'étude est réalisée et l'année de publication de l'article) n'ont pas pu être considérées étant donné l'absence de résultats significatifs leur correspondant. Cela peut s'expliquer par un manque d'études ou un manque d'hétérogénéité entre les études. Il est possible que l'incapacité d'analyser ces variables entraîne une interprétation incomplète des résultats obtenus, puisqu'une ou plusieurs de ces variables pourraient apporter des précisions par rapport aux conditions d'efficacité des interventions. En théorie, il est également possible que ce résultat reflète la réalité et que ces différentes modalités aient une efficacité similaire.

Implications et retombées

Le but de ce projet de recherche est de fournir des connaissances utiles pour la pratique. Aussi, au-delà des seuils arbitraires utilisés pour interpréter la force des tailles d'effet, Ellis (2010) souligne l'importance d'expliquer les résultats en se rattachant au contexte entourant la recherche. Concrètement, que signifient les données obtenues et quel en est leur intérêt? Dans la pratique, les résultats de cette méta-analyse se traduisent d'abord clairement par un appui en faveur des interventions précoces auprès des mères adolescentes. En effet, les mères adolescentes ayant bénéficié d'une telle intervention se distinguent des mères similaires n'ayant bénéficié d'aucun service du genre. Cela met de

l'avant la pertinence voire la nécessité d'accompagner et de mieux soutenir cette clientèle à risque, avec l'objectif de prévenir les difficultés d'adaptation ultérieures aussi bien chez la mère que chez l'enfant.

De plus, la présente méta-analyse met en évidence l'importance d'intervenir avant que ne se manifeste la maltraitance. Les résultats concernant l'efficacité corroborent ceux exposés dans les travaux de Wolfe (1993) et de Nelson et ses collègues (2001). Ces auteurs soulignent que les interventions précoces et préventives sont les plus efficaces, et que par opposition, celles visant à changer les comportements de maltraitance ancrés dans la dynamique familiale le sont peu. Intervenir avant l'apparition des mauvais traitements est aussi bénéfique d'un point de vue économique. En effet, selon l'étude de Fang, Brown, Florence et Mercy (2012), la charge économique totale pour l'État associée à chaque nouveau cas de maltraitance représente une somme de plus de 200 000 \$. À la lumière de leurs résultats, ces auteurs insistent sur l'importance et la logique d'investir pour prévenir les mauvais traitements envers les enfants.

Concrètement, les résultats apportés par cette méta-analyse contribuent à l'avancement des connaissances actuelles. Ils permettent avant tout de statuer sur les résultats divergents et parfois peu significatifs provenant de différentes études. La littérature scientifique portant sur le sujet n'ayant jusqu'à présent pas été en mesure de formuler une réponse claire quant à l'efficacité générale de ces interventions pour

prévenir les comportements de maltraitance chez les mères adolescentes, une méta-analyse s'avérait pertinente. Lorsqu'il est question d'implantation de programmes d'intervention précoces, les résultats du présent projet de recherche ne permettent toutefois pas de préciser explicitement la stratégie à privilégier. Par contre, un contenu d'intervention ciblant à la fois le soutien maternel et les interactions mère-enfant est significativement efficace pour prévenir les comportements de maltraitance des jeunes mères envers leurs enfants. En supplément au soutien maternel, intervenir sur les interactions dyadiques permet à la mère de considérer son enfant comme un individu à part entière, d'apprendre à reconnaître ses besoins et y répondre. La mère communique ainsi mieux avec son enfant et comprend mieux ses caractéristiques et capacités en lien avec son âge (Juffer et al., 2008). C'est donc le développement et la reconnaissance de ses compétences parentales qui agissent à titre préventif. De façon concrète, les programmes d'intervention existants et en développement s'adressant aux mères adolescentes pourront bonifier leur contenu en concordance avec la conclusion de ce projet de recherche.

Forces et limites

L'interprétation des résultats est nuancée par la reconnaissance de deux forces et trois limites de ce travail de recherche. Premièrement, l'une des forces de la méta-analyse repose sur sa capacité à faire ressortir une puissance statistique et donc un effet significatif lorsque plusieurs études sont combinées. Notamment parce que la maltraitance est un phénomène à faible occurrence (Howard & Brooks-Gunn, 2009;

Reynolds, Mathieson, & Topitzes, 2009), il est possible que certaines des études individuelles retenues ne présentent pas la puissance statistique nécessaire pour détecter un effet significatif, c'est-à-dire un écart entre le taux de maltraitance rapporté pour les groupes expérimental et contrôle. La méta-analyse pallie donc cette limite et c'est ce qui représente une force méthodologique.

Deuxièmement, une autre force de cette méta-analyse réside dans la qualité de sa méthode. Tout d'abord, la qualité des études retenues a été assurée en sélectionnant uniquement des études ayant fait l'objet d'une publication révisée par les pairs. Également, la précision des critères d'inclusion est une force de cette recherche ayant permis d'assurer que les études retenues aient suffisamment de points communs pour être comparées entre elles. Cet aspect assure une rigueur scientifique et contourne la critique souvent formulée quant au fait que les méta-analyses combinent des variables trop hétérogènes (Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2009). Aussi sur le plan de la sélection et de la codification des articles, trois personnes ont participé conjointement au processus, ce qui représente une force méthodologique minimisant les risques de rejeter ou de conserver une étude non appropriée. De plus, cela augmente les chances d'identifier l'ensemble des variables modératrices et d'assigner les études à la bonne stratégie d'intervention (intervention ciblant le soutien maternel versus intervention ciblant le soutien maternel et les interactions mère-enfant). Bref, ce souci de concertation permet d'éviter les erreurs les plus communes des méta-analyses, celles-ci

provenant surtout de l'application de leur méthode (Bailar, 1997; Borenstein et al., 2009).

Troisièmement, les contraintes de sélection dans le cadre de la présente méta-analyse ont eu pour effet de restreindre le nombre d'études retenues à six, un nombre suffisant, quoique peu élevé. Cela représente une limite non négligeable associée aux résultats obtenus. En effet, une hypothèse est que le nombre d'études restreint a rendu impossibles la considération de plusieurs variables modératrices et la réalisation des analyses de comparaison leur correspondant. Le petit nombre d'études explique aussi possiblement le résultat non significatif des interventions ciblant uniquement le soutien maternel, ce qui a empêché la comparaison statistique des deux stratégies d'intervention décrites. Cette limite constitue donc peut-être un obstacle à l'atteinte du deuxième objectif de la méta-analyse, qui est de départager quelle stratégie d'intervention est la plus efficace.

Quatrièmement, la qualité de toute méta-analyse dépend fondamentalement de la qualité des études qui en font partie. Puisque la méta-analyse est réalisée à partir de données provenant de six études présentant elles-mêmes un certain nombre de limites et biais, il est pertinent d'en souligner leur existence. Parmi les éléments qui auraient possiblement eu une influence sur les résultats individuels des six études retenues, figure d'abord un obstacle important en lien avec la participation et la rétention de la clientèle. Plusieurs des études retenues soulignent effectivement la difficulté de recruter et de

maintenir la participation des mères adolescentes (Dumont et al., 2008; Stevens-Simon et al., 2001; Wagner & Clayton, 1999). Leurs taux d'attrition, atteignant jusqu'à 63 % pour l'un des groupes expérimentaux (Wagner et Clayton, 1999), appuient bien cette constatation. Il s'agit d'une limite considérable, car l'attrition diminue la taille de l'échantillon et la valeur statistique des résultats obtenus. De plus, il est probable que les mères adolescentes abandonnant un programme d'intervention présentent des particularités ou des besoins n'ayant pas été répondus par celui-ci. Leur absence dans l'échantillon vient certainement influencer les résultats des études individuelles. Cette limite est d'ailleurs l'objet principal de plusieurs études (p. ex. Danoff, Kemper, & Sherry, 1994; Kaiser & Hays, 2006; Letourneau, 2001) qui confirment que rejoindre les mères adolescentes et maintenir leur participation à un programme d'intervention est un réel défi. Le meilleur programme d'intervention n'aura que très peu d'effets sur la population ciblée si elle n'y participe pas. Porter une attention particulière, en recherche et dans la pratique, aux conditions de maintien du contact avec les mères adolescentes semble donc correspondre à une priorité actuelle.

Cinquièmement, un possible biais en lien avec la surveillance des familles participant à un programme d'intervention est aussi à prendre en considération, tel que rapporté par l'une des études retenues (Dumont et al., 2008) et d'autres (Olds, Henderson, Kitzman, & Cole, 1995; Reynolds et al., 2009). La surveillance fait référence à la probabilité plus élevée que ces familles participantes fassent l'objet d'un signalement, comparativement aux familles qui ne participent pas à une intervention

préventive. Cela s'expliquerait par la présence accrue d'intervenants dans leur milieu de vie. Par exemple, les visites à domicile donnent un accès privilégié à l'environnement et à l'état général et développemental de l'enfant. Une situation de maltraitance a, par conséquent, plus de chances d'être détectée et rapportée si des contacts réguliers sont assurés avec l'extérieur, que si personne n'en est témoin. Suivant cette logique, les taux de maltraitance des échantillons contrôles pourraient alors être sous-représentés. Cela suppose la possibilité d'un écart plus grand entre les groupes expérimentaux et contrôles des six études retenues, ce qui pourrait influencer les résultats obtenus. Par contre, même en ne considérant pas ce biais de surreprésentation dans les groupes expérimentaux, ces derniers se démarquent des groupes de comparaison par un taux de maltraitance significativement plus bas. L'augmentation de cet écart ne risquerait donc pas de modifier l'orientation des résultats de la méta-analyse, mais accentuerait plutôt le résultat global en faveur des interventions précoces.

Recommandations et pistes de recherche

Étant donné que le deuxième objectif de la méta-analyse n'a pas été atteint et que l'ensemble des variables modératrices n'a pas pu être considéré, les recommandations suivantes visent à alimenter la recherche future. Premièrement, force est de constater que parmi la multitude de programmes existants s'adressant à des populations de mères adolescentes, très peu ont fait l'objet d'une évaluation. Au Québec, notamment, plusieurs programmes ciblent des familles en contexte de vulnérabilité, dont les mères adolescentes. Parmi ce genre d'interventions implantées à travers la province, le

programme *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE) mérite d'être mentionné. Par contre, les programmes québécois sont rarement évalués pour leur efficacité et aucun n'a pu être inclus dans la présente méta-analyse. Pareillement, alors qu'une recension nationale de l'organisme *Healthy Teen Network* réalisée en 2010 à travers les États-Unis répertorie plus de 450 programmes d'intervention différents s'adressant spécifiquement aux mères adolescentes, seuls quelques-uns d'entre eux rapportent des données. De plus, parmi les études évaluant l'efficacité de ces programmes-ci, très peu incluent une mesure de la maltraitance. Cette constatation est partagée par Reynolds et ses collègues (2009), auteurs d'une recension de la littérature sur les interventions précoces. Ainsi, l'évaluation de nouveaux programmes et l'ajout d'une mesure de la maltraitance post-intervention sont des recommandations pertinentes pour générer de nouvelles données qui serviront à faire avancer les connaissances et orienter la pratique.

De plus, en lien avec les aspects qui n'ont pas pu être explorés, un élargissement des critères de sélection des études pourrait être une piste intéressante. Inclure, par exemple, des mères adultes présentant plusieurs facteurs de risque permettrait d'augmenter le nombre d'études retenues s'adressant à des populations vulnérables. Certaines études, notamment celles de Geeraert et ses collègues (2004), de Guterman (1999), de MacLeod et Nelson (2000), de Reynolds et ses collègues (2009) et de Sweet et Appelbaum (2004) ont déjà traité l'efficacité d'interventions précoces pour contrer la maltraitance auprès de populations plus larges, par contre il semble qu'aucun de ces

auteurs n'a considéré les stratégies d'intervention comme variable d'intérêt, du moins telles qu'elles sont catégorisées dans cette méta-analyse. Étendre les critères d'inclusion permettrait possiblement de faire ressortir des résultats plus significatifs par rapport aux stratégies d'intervention, et d'analyser plusieurs variables modératrices pouvant expliquer les conditions d'efficacité en fonction de ces cibles, comme la durée de l'intervention, la fréquence des rencontres, les qualifications de l'intervenant, ou le moment de début d'intervention. Un élargissement éventuel des critères de sélection pourrait aussi inclure des programmes d'intervention ciblant uniquement les interactions mère-enfant, comme ceux évalués récemment par Murphy, Steele et Steele (2013), et Marvin, Cooper, Hoffman et Powell (2002) qui ont été exclus de la présente méta-analyse parce qu'ils ne comprennent pas de mères adolescentes. Cela permettrait peut-être d'établir si cette composante est principalement responsable de l'efficacité des interventions mixtes, ou encore si la combinaison de stratégies multiples est l'ingrédient gagnant.

Finalement, certaines considérations abordées par d'autres auteurs, mais laissées de côté dans le présent projet de recherche ouvrent des portes vers d'autres études. Par exemple, au-delà du taux global de signalements confirmés, tenir compte des circonstances entourant les cas de maltraitance est une piste intéressante pour approfondir la problématique et les besoins en intervention. Cela est d'autant plus pertinent puisque les conséquences de la maltraitance varient en fonction du type de mauvais traitements, de leur fréquence et intensité, de l'âge développemental de l'enfant

et du contexte relationnel (Proctor & Dubowitz, 2014; Tyler et al., 2006). Certaines études évaluant des programmes d'intervention s'intéressent d'ailleurs spécifiquement à la prévention de la violence physique ou de la négligence faite envers les enfants (p. ex. DePanfilis & Dubowitz, 2005; Whipple & Wilson, 1996). Également, l'utilisation de mesures complémentaires au taux de maltraitance, une recommandation appuyée par Howard et Brooks-Gunn (2009), serait une piste à explorer. Par exemple, des données auto-rapportées de façon anonyme pourraient être une façon de rendre le taux officiel provenant des services de protection de la jeunesse plus près du taux réel. Comme le rapportent Theodore et ses collègues (2005) dans leur étude comparant le pourcentage de mauvais traitements rapportés par des mères lors d'un sondage anonyme à celui des signalements confirmés, les mères semblent se livrer avec ouverture lorsque les circonstances sont appropriées et confidentielles. L'ajout d'une mesure similaire permettrait de remédier à la nature restrictive du taux confirmé de maltraitance, un taux qui ne représente qu'une petite partie de la pointe de l'iceberg (Trocmé & ASPC, 2010).

Conclusion

On ne saurait trop insister sur l'importance d'intervenir pour prévenir l'apparition de la maltraitance envers les enfants. La présente méta-analyse confirme que l'intervention précoce est efficace pour diminuer le taux de maltraitance des mères adolescentes, une population hautement à risque sur le plan de l'inadaptation psychosociale. De plus, il semble que les interventions ciblant à la fois le soutien maternel et les interactions mère-enfant se démarquent par leur efficacité, bien que davantage d'analyses statistiques soient nécessaires pour comparer les stratégies d'intervention entre elles. Par ailleurs, l'aspect relationnel en contexte d'intervention auprès d'enfants et de familles semble actuellement gagner en importance. Au Québec, l'Association des centres jeunesse a adopté, en 2010, un cadre de référence qui met spécifiquement l'accent sur l'attachement et la relation dyadique en intervention. Cette initiative reconnaît ces aspects comme étant prioritaires dans le développement de l'enfant. Au sein des centres jeunesse, les services internes et externes, de même que certains projets, outils et recherches à travers la province de Québec sont teintés par cette préoccupation. Les résultats de la présente méta-analyse viennent donc appuyer et alimenter cette perspective générale en matière de services à l'enfance. Comme le domaine de la psychoéducation correspond tout à fait à ce genre d'approche, un tel projet de recherche oriente aussi spécifiquement les pratiques psychoéducatives auprès des familles. En effet, ce mémoire aborde concrètement l'importance de tenir compte des besoins de l'enfant et ceux de la mère, du contexte dans lequel la famille évolue, et

surtout de l'interaction entre les différents acteurs. Les psychoéducateurs étant souvent appelés à intervenir en contexte familial dans un but préventif ou curatif, il est essentiel que leurs pratiques se basent sur des données probantes. En ce sens, les interventions précoces auprès de mères adolescentes pour prévenir la maltraitance envers leur enfant ont prouvé leur efficacité générale par le biais de cette méta-analyse. Également, il est possible que l'efficacité des interventions précoces ne se limite pas uniquement à la population des mères adolescentes. Les résultats de ce projet de recherche pourraient par exemple être applicables à d'autres familles vulnérables qui présentent plusieurs facteurs de risque similaires au niveau de l'inadaptation, comme la pauvreté, la faible scolarisation, l'isolement et la monoparentalité. D'autres analyses permettraient éventuellement d'en vérifier la généralisation. Finalement, il est important de souligner la variabilité des caractéristiques qui composent tout programme d'intervention. En ce sens, il apparaît essentiel que les services offerts s'adaptent d'abord à la personne accompagnée et à sa situation, une valeur primordiale en psychoéducation. Au-delà du contenu et des modalités d'un programme donné, la flexibilité et le lien de confiance entre l'intervenant et le client demeurent souvent les meilleurs leviers en contexte d'intervention.

Références

Les références marquées d'un astérisque renvoient aux études incluses dans la méta-analyse.

Agence de la santé publique du Canada (2006). *Centre national d'information sur la violence dans la famille : Les mauvais traitements infligés aux enfants au Canada*. [document en ligne]. Récupéré sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-nnivf/sources/nfnts/nfnts-2006-maltr/index-fra.php>

Ainsworth, M. S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937.

Bailar, J. C. (1997). The promise and problems of meta-analysis. *New England Journal of Medicine*, 337, 559-561.

Baranowski, M. D., Schilmeller, G. L., & Higgins, B. S. (1990). Parenting attitudes of adolescent and older mothers. *Adolescence*, 25(100), 781-790.

Barlow, J., Smailagic, N., Bennett, C., Huband, N., Jones, H., & Coren, E. (2011). Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.1002/14651858.cd002964(3).

Barnard, K., Osofsky, J., Beckwith, L., Hammond, M., & Appelbaum, M. (1996). A collaborative effort to study mother-child interaction in three risk groups: Social risk mother, adolescent mother, preterm infant. *Infant Mental Health Journal*, 17(4), 293-301.

Barnet, B., Liu, J., DeVoe, M., Alperovitz-Bichell, K., & Duggan, A. K. (2007). Home visiting for adolescent mothers: Effects on parenting, maternal life course, and primary care linkage. *Annals of Family Medicine*, 5(3), 224-232.

Barnett, D., Ganiban, J., & Cicchetti, D. (1999). Maltreatment, negative expressivity, and the development of type D attachments from 12 to 24 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(3), 97-118.

Bartlett, J. D., & Easterbrooks, M. A. (2012). Links between physical abuse in childhood and child neglect among adolescent mothers. *Children and Youth Services Review*, 34(11), 2164-2169.

- Bartlett, J. D., Raskin, M., Kotake, C., Nearing, K. D., & Easterbrooks, M. A. (2014). An ecological analysis of infant neglect by adolescent mothers. *Child Abuse & Neglect*, *38*(4), 723-734.
- Bee, H. (2011). *Les âges de la vie : psychologie du développement humain* (4^e éd.). Saint-Laurent, Québec: ERPI.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, *35*, 320-335.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, *114*(3), 413-434.
- Benasich, A. A., & Brooks-Gunn, J. (1996). Maternal attitudes and knowledge of child-rearing: Associations with family and child outcomes. *Child Development*, *67*(3), 1186-1205.
- Bonell, C. P., Strange, V. J., Stephenson, J. M., Oakley, A. R., Copas, A. J., Forrest, S. P., ... Black, S. (2003). Effect of social exclusion on the risk of teenage pregnancy: Development of hypotheses using baseline data from a randomised trial of sex education. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *57*(11), 871-876.
- Borenstein M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2005). *Comprehensive meta-analysis (Version 2.0)* [logiciel informatique]. Englewood, NJ: Biostat.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to Meta-Analysis*. Chichester, Royaume-Uni: Wiley.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2010). A basic introduction to fixed-effect and random-effects models for meta-analysis. *Research Synthesis Methods*, *1*(2), 197-111.
- Borkowski, J. G., Bisconti, T., Weed, K., Willard, C., Keogh, D. A., & Whitman, T. L. (2002) The adolescent as parent: Influences on children's intellectual, academic, and socioemotional development. Dans M. H. Bornstein (Éd. de la collection), J. G. Borkowski, S. L. Ramey, & M. Bristol-Power (Éds. du volume), *Monographs in Parenting: Vol. 1. Parenting and the child's world: Influences on academic, intellectual, and socioemotional development* (pp. 161-184). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Borkowski, J. G., Whitman, T. L., & Farris, J. R. (2007). Adolescent mothers and their children: Risk, resilience, and development. Dans J. G. Borkowski, J. R. Farris, T. L. Whitman, S. S. Carothers, K. Weed & D. A. Keogh (Éds.), *Risk and resilience: Adolescent mothers and their children grow up* (pp. 1-34). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bowlby, J. (1969) *Attachment and loss*. London: Hogarth Press.
- *Britner, P. A., & Repucci, N. D. (1997). Prevention of child maltreatment: Evaluation of a parent education program for teen mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 6(2), 165-175.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brophy-Herb, H. E., & Honig, A. S. (1999). Quality of adolescent mother-infant interactions and clinical determinations of risk status. *Early Child Development and Care*, 152, 17-26.
- Buchholz, E. S., & Gol, B. (1986). More than playing house: A developmental perspective on the strengths in teenage motherhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(3), 347-359.
- Buchholz, E. S., & Korn-Bursztyn, C. (1993). Children of adolescent mothers: Are they at risk for abuse? *Adolescence*, 28(110), 361-382.
- Bunting, L., & McAuley, C. (2004). Teenage pregnancy and motherhood: The contribution of support. *Child & Family Social Work*, 9(2), 207-215.
- Camras, L. A., Sachs-Alter, E., & Ribordy, S. C. (1996). Emotion understanding in maltreated children: Recognition of facial expressions and integration with other emotion cues. Dans M. Lewis & M. W. Sullivan (Éds.), *Emotional development in atypical children* (pp. 203-225). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Carey, G., Ratliff, D., & Lyle, R. R. (1998). Resilient adolescent mothers: Ethnographic interviews. *Families, Systems, & Health*, 16(4), 347-364.
- Carter, S. L., Osofsky, J. D., & Hann, D. M. (1991). Speaking for the baby: A therapeutic intervention with adolescent mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 12(4), 291-301.

- Chen, W.-Y., Propp, J., deLara, E., & Corvo, K. (2011). Child neglect and its association with subsequent juvenile drug and alcohol offense. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 28(4), 273–290.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 56(1), 96-118.
- Cicchetti, D., & Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission and sequelae of child maltreatment. Dans R. Rizley & D. Cicchetti (Éds.), *New directions for child development, Vol. 11: Developmental perspectives on child maltreatment* (pp. 31-55). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^e éd.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Connelly, C. D., & Straus, M. A. (1992). Mother's age and risk for physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16(5), 709-718.
- Coren, E., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2003). The effectiveness of individual and group-based parenting programmes in improving outcomes for teenage mothers and their children: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 26(1), 79-103.
- Crugnola, C. R., Ierardi, E., Gazzotti, S., & Albizzato, A. (2014). Motherhood in adolescent mothers: Maternal attachment, mother-infant styles of interaction and emotion regulation at three months. *Infant Behavior & Development*, 37(1), 44-56.
- Danoff, N. L., Kemper, K. J., & Sherry, B. (1994). Risk factors for dropping out of a parenting education program. *Child Abuse & Neglect*, 18(7), 599-606.
- DePanfilis, D., & Dubowitz, H. (2005). Family Connections: A program for preventing child neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 108-123.
- Deutscher, B., Fewell, R. R., & Gross, M. (2006). Enhancing the interactions of teenage mothers and their at-risk children: Effectiveness of a maternal-focused intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 26(4), 194-205.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1994). Effects of physical maltreatment on the development of peer relations. *Development and Psychopathology*, 6(1), 43-55.

- Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1997). How the experience of early physical abuse leads children to become chronically aggressive. Dans D. Cicchetti & S. L. Toth (Éds.), *Rochester symposium on developmental psychology: Vol. 8. Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention* (pp. 263-288). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Drummond, J. E., Letourneau, N. L., Neufeld, S. M., Stewart, M., & Weir, A. (2008). Effectiveness of teaching an early parenting approach within a community-based support service for adolescent mothers. *Research in Nursing & Health*, 31(1), 12-22.
- *Dumont, K., Mitchell-Herzfeld, S., Greene, R., Lee, E., Lowenfels, A., Rodriguez, M., & Dorabawila, V. (2008). Healthy Families New York (HFNY) randomized trial: Effects on early child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 32(3), 295-315.
- Duncan, S. (2007). What's the problem with teenage parents? And what's the problem with policy? *Critical Social Policy*, 27(3), 307-334.
- Duval, S., & Tweedie, R. (2000). Trim and fill: A simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*, 56(2), 455-463.
- East, P. L., & Felice, M. E. (1990). Outcomes of parent-child relationships of former adolescent mothers and their 12-year-old children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11(4), 175-183.
- East, P. L., Khoo, S. T., & Reyes, B. T. (2006). Risk and protective factors predictive of adolescent pregnancy: A longitudinal, prospective study. *Applied Developmental Science*, 10(4), 188-199.
- Edmiston, E. E., Wang, F., Mazure, C. M., Guiney, J., Sinha, R., Mayes, L. C., & Blumberg, H. P. (2011). Corticostriatal-limbic gray matter morphology in adolescents with self-reported exposure to childhood maltreatment. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(12), 1069-1077.
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Evans, G. W. (2003). A multimethodological analysis of cumulative risk and allostatic load among rural children. *Developmental Psychology*, 39(5), 924-933.

- Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin, 139*(6), 1342-1396.
- Fagan, J., & Lee, Y. (2013). Explaining the association between adolescent parenting and preschoolers' school readiness: A risk perspective. *Journal of Community Psychology, 41*(6), 692-708.
- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Psychiatric diagnoses of maltreated children: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31*(5), 863-867.
- Fang, X., Brown, D. S., Florence, C., & Mercy, J. A. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse & Neglect, 36*(2), 156-165.
- Fantuzzo, J. W., Perlman, S. M., & Dobbins, E. K. (2011). Types and timing of child maltreatment and early school success: A population-based investigation. *Children and Youth Services Review, 33*(8), 1404-1411.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A.-M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development, 81*(2), 435-456.
- Feldman, J. B. (2012). Best practice for adolescent prenatal care: Application of an attachment theory perspective to enhance prenatal care and diminish birth risks. *Child & Adolescent Social Work Journal, 29*(2), 151-166.
- Fessler, K. B. (2003). Social outcomes of early childbearing: Important considerations for the provision of clinical care. *Journal of Midwifery and Women's Health, 48*(3), 178-185.
- Fiscella, K., Kitzman, H. J., Cole, R. E., Sidora, K. J., & Olds, D. L. (1998). Does child abuse predict adolescent pregnancy? *Pediatrics, 101*(4), 620-624.
- Flaherty, S. C., & Sadler, L. S. (2011). A review of attachment theory in the context of adolescent parenting. *Journal of Pediatric Health Care, 25*(2), 114-121.
- Flanagan, P., Coll, C. G., Andreozzi, L., & Riggs, S. (1995). Predicting maltreatment of children of teenage mothers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 149*(4), 451-455.

- Francisco, M. A., Hicks, K., Powell, J., Styles, K., Tabor, J. L., & Hulton, L. J. (2008). The effect of childhood sexual abuse on adolescent pregnancy: An integrative research review. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 13*(4), 237-248.
- Geeraert, L., Van den Noortgate, W., Grietens, H., & Onghena, P. (2004). The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis. *Child Maltreatment, 9*(3), 277-291.
- Grau, J. M., Wilson, K. S., Smith, E. N., Castellanos, P., & Duran, P. A. (2012). Adolescent parenting: Risk and protective factors in the context of poverty. Dans V. Maholmes & R. B. King (Éds.), *Oxford Library of Psychology : The Oxford handbook of poverty and child development* (pp. 157-182). New York, NY: Oxford University Press.
- Guterman, N. B. (1999). Enrollment 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 & Neglect, 23*(9), 863-890.
- Haskett, M. E., Johnson, C. A., & Miller, J. W. (1994). Individual differences in risk of child abuse by adolescent mothers: Assessment in the perinatal period. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 35*(3), 461-476.
- Healthy Teen Network (2010). *Mapping programs that serve pregnant and parenting teens in the US: Results and hurdles*. [document en ligne]. Récupéré sur http://www.healthyteennetwork.org/index.asp?Type=B_PR&SEC={2AE1D600-4FC6-4B4D-8822-F1D5F072ED7B}
- Herrenkohl, T. I., & Herrenkohl, R. C. (2007). Examining the overlap and prediction of multiple forms of child maltreatment, stressors, and socioeconomic status: A longitudinal analysis of youth outcomes. *Journal of Family Violence, 22*(7), 553-562.
- Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect, 26*(6-7), 679-695.
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., & Marks, J. S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal deaths. *Pediatrics, 113*(2), 320-327.
- Holzer, L., Halfon, O., & Thoua, V. (2011). La maturation cérébrale à l'adolescence. *Archives de pédiatrie, 18*(5), 579-588.

- *Honig, A. S., & Morin, C. (2001). When should programs for teen parents and babies begin? Longitudinal evaluation of a teen parents and babies program. *The Journal of Primary Prevention, 21*(4), 447-454.
- Howard, K. S., & Brooks-Gunn, J. (2009). The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. *The Future of Children, 19*(2), 119-146.
- Hubbs-Tait, L., Osofsky, J. D., Hann, D. M., & Culp, A. M. (1994) Predicting behavior problems and social competence in children of adolescent mothers. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 43*(4), 439-446.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomás, M., & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect, 31*(3), 231-253.
- Johnson, B. T., Mullen, B., & Salas, E. (1995). Comparison of three major meta-analytic approaches. *Journal of Applied Psychology, 80*(1), 94-106.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risks for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry, 56*(7), 600-606.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2008). *Monographs in Parenting. Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. New York, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Jutte, D. P., Roos, N. P., Brownell, M. D., Briggs, G., MacWilliam, L., & Roos, L. L. (2010). The ripples of adolescent motherhood: Social, educational, and medical outcomes for children of teen and prior teen mothers. *Academic Pediatrics, 10*(5), 293-301.
- Kaiser, M. M., & Hays, B. J. (2006). Recruiting and enrolling pregnant adolescents for research. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 29*(1), 45-52.
- Kalil, A., & Kunz, J. (1999). First births among unmarried adolescent girls: risk and protective factors. *Social Work Research, 23*(3), 197-208.
- Karraker, K. H., & Evans, S. L. (1996). Adolescent mothers' knowledge of child development and expectations for their own infants. *Journal of Youth and Adolescence, 25*(5), 651-666.
- Kendall-Tackett, K. A., & Eckenrode, J. (1996). The effect of neglect on academic achievement and disciplinary problems: A developmental perspective. *Child Abuse & Neglect, 20*(3), 161-169.

- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(2), 339–352.
- Klein, J. D., & American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence (2005). Adolescent pregnancy: Current trends and issues. *Pediatrics, 116*(1), 281-286.
- Klimes-Dougan, B., & Kristner, J. (1990). Physically abused preschoolers' responses to peers' distress. *Developmental Psychology, 26*(4), 599-602.
- Lalande, C., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Losier, V., Paquette, D., & Emery, J. (2014). Les comportements d'attachement indiscriminé chez les enfants de mères adolescentes: étiologie et facteurs de risque. *Revue canadienne des sciences du comportement, 46*(2), 73-83.
- Lee, B. J., & Goerge, R. M. (1999). Poverty, early childbearing and child maltreatment: A multinomial analysis. *Children and Youth Services Review, 21*(9-10), 755-780.
- Lefever, J. B., Nicholson, J. S., & Noria, C. W. (2007). Children's uncertain futures: Problems in school. Dans J. G. Borkowski, J. R. Farris, T. L. Whitman, S. S. Carothers, K. Weed & D. A. Keogh (Éds.), *Risk and resilience: Adolescent mothers and their children grow up* (pp. 69-99). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Letourneau, N. L. (2001). Attrition among adolescents and infants involved in a parenting intervention. *Child: Care, Health and Development, 27*(2), 183-186.
- Letourneau, N. L., Stewart, M. J., & Barnfather, A. K. (2004). Adolescent mothers: Support needs, resources, and support-education interventions. *Journal of Adolescent Health, 35*(6), 509-525.
- Levine, J. A., Pollack, H., & Comfort, M. E. (2001). Academic and behavioral outcomes among the children of young mothers. *Journal of Marriage and Family, 63*(2), 355-369.
- Logsdon, M. C., Hertweck, P., Ziegler, C., & Pinto-Foltz, M. (2008). Testing a bioecological model to examine social support in postpartum adolescents. *Journal of Nursing Scholarship, 40*(2), 116-123.
- Lounds, J. J., Borkowski, J. G., & Whitman, T. L. (2006). The potential for child neglect: The case of adolescent mothers and their children. *Child Maltreatment, 11*(3), 281-294.

- Luster, T., & Dubow, E. (1990). Predictors of the quality of the home environment that adolescent mothers provide for their school-aged children. *Journal of Youth and Adolescence*, 19(5), 475-494.
- Luster, T., & Haddow, J. L. (2005). Adolescent mothers and their children: An ecological perspective. Dans T. Luster & L. Okagaki (Éds.), *Monographs in Parenting : Parenting, an ecological perspective* (2^e éd., pp. 73-101). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Luster, T., & Rhoades, K. (1989). The Relation between child-rearing beliefs and the home environment in a sample of adolescent mothers. *Family Relations*, 38(3), 317-322.
- MacLeod, J., & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 24(9), 1127-1149.
- MacMillan, H. L., Jamieson, E., & Walsh, C. (2003). Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: Results from a community survey. *Child Abuse & Neglect*, 27(12), 1397-1408.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 14(1), 107-124.
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73(5), 1525-1542.
- Maynard, R. (1995). Teenage childbearing and welfare reform: Lessons from a decade of demonstration and evaluation research. *Children and Youth Services Review*, 17(1-2), 309-332.
- McClure-Martinez, K., & Cohn, L. D. (1996). Adolescent and adult mothers' perceptions of hazardous situations for their children. *Journal of Adolescent Health*, 18(3), 227-231.
- McGee, R. A., Wolfe, D. A., Yuen, S. A., Wilson, S. K., & Carnochan, J. (1995). The measurement of maltreatment: A comparison of approaches. *Child Abuse & Neglect*, 19(2), 233-249.
- Meade, C. S., Kershaw, T. S., & Ickovics, J. R. (2008). The intergenerational cycle of teenage motherhood: An ecological approach. *Health Psychology*, 27(4), 419-429.

- Meyers, S. A., & Battistoni, J. (2003). Proximal and distal correlates of adolescent mothers' parenting attitudes. *Journal of Applied Developmental Psychology, 24*(1), 33-49.
- Miller, C. L., Miceli, P. J., Whitman, T. L., & Borkowski, J. G. (1996) Cognitive readiness to parent and intellectual-emotional development in children of adolescent mothers. *Developmental Psychology, 32*(3), 533-541.
- Miller-Johnson, S., Winn, D.-M., Coie, J., Maumary-Gremaud, A., Hyman, C., Terry, R., & Lochman, J. (1999). Motherhood during the teen years: A developmental perspective on risk factors for childbearing. *Development and Psychopathology, 11*(1), 85-100.
- Mills, R., Alati, R., O'Callaghan, M., Najman, J. M., Williams, G. M., Bor, W., & Stratheam, L. (2011). Child abuse and neglect and cognitive function at 14 years of age: Findings from a birth cohort. *Pediatrics, 127*(1), 4-10.
- Mrazek, P. J., & Mrazek, D. A. (1987). Resilience in child maltreatment victims: A conceptual exploration. *Child Abuse & Neglect, 11*(3), 357-366.
- Murphy, A., Steele, M., Steele, H. (2013). From out of sight, out of mind to in sight and in mind: Enhancing reflective capacities in a group attachment-based intervention. Dans J. E. Bettmann & D. D. Friedman (Éds.), *Essential clinical social work : Attachment-based clinical work with children and adolescents* (pp. 237-257). New York, NY: Springer.
- Nelson, G., Laurendeau, M.-C., & Chamberland, C. (2001). A review of programs to promote family wellness and prevent the maltreatment of children. *Canadian Journal of Behavioural Science, 33*(1), 1-13.
- Nicholson, J. S., & Farris, J. R. (2007). Children's uncertain futures: Socioemotional delays and psychopathologies. Dans J. G. Borkowski, J. R. Farris, T. L. Whitman, S. S. Carothers, K. Weed & D. A. Keogh (Éds.), *Risk and resilience: Adolescent mothers and their children grow up* (pp. 35-67). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Nicolson, S., Judd, F., Thomson-Salo, F., & Mitchell, S. (2013). Supporting the adolescent mother-infant relationship: Preliminary trial of a brief perinatal attachment intervention. *Archives of Women's Mental Health, 16*(6), 511-520.

- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 575-586.
- Noria, C. W., Weed, K., & Keogh, D. A. (2007). The fate of adolescent mothers. Dans J. G. Borkowski, J. R. Farris, T. L. Whitman, S. S. Carothers, K. Weed & D. A. Keogh (Éds.), *Risk and resilience: Adolescent mothers and their children grow up* (pp. 35-67). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Nunes, A. P., & Phipps, M. G. (2013). Postpartum depression in adolescent and adult mothers: Comparing prenatal risk factors and predictive models. *Maternal and Child Health Journal, 17*(6), 1071-1079.
- *Olds, D. L., Henderson, C. R., Chamberlin, R., & Tatelbaum, R. (1986). Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics, 78*(1), 65-78.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Kitzman, H., & Cole, R. (1995). Affects of prenatal and infancy nurse home visitation on surveillance of child maltreatment. *Pediatrics, 95*(3), 365-372.
- Oxford, M., & Spieker, S. (2006). Preschool language development among children of adolescent mothers. *Journal of Applied Developmental Psychology, 27*(2), 165-182.
- Passino, A. W., Whitman, T. L., Borkowski, J. G., Schellenbach, C. J., Maxwell, S. E., Keogh, D., & Rellinger, E. (1993). Personal adjustment during pregnancy and adolescent parenting. *Adolescence, 28*(109), 97-122.
- Pogarscky, G., Thornberry, T., & Lizotte, A. J. (2006). Developmental outcomes for children of young mothers. *Journal of Marriage and Family, 68*(2), 332-344.
- Proctor, L. J., & Dubowitz, H. (2014). Child neglect: Challenges and controversies. Dans J. E. Korbin & R. D. Krugman (Éds.), *Child Maltreatment, Vol. 2 : Handbook of child maltreatment* (pp. 27-61). Dordrecht: Springer.
- Rafferty, Y., Griffin, K. W., & Lodise, M. (2011). Adolescent motherhood and developmental outcomes of children in Early Head Start: The influence of maternal parenting behaviors, well-being, and risk factors within the family setting. *American Journal of Orthopsychiatry, 81*(2), 228-245.
- Reynolds, A. J., Mathieson, L. C., & Topitzes, J. W. (2009). Do early childhood interventions prevent child maltreatment?: A review of research. *Child Maltreatment, 14*(2), 182-206.

- Rhule, D. M., McMahon, R. J., Spieker, S. J., & Munson, J. A. (2006). Positive adjustment and associated protective factors in children of adolescent mothers. *Journal of Child and Family Studies, 15*(2), 231-251.
- Ross-Leadbetter, B. J., & Way, N. (2001). *Growing up fast: Transitions to early adulthood of inner-city adolescent mothers*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sameroff, A. J. (2006). Identifying risk and protective factors for healthy child development. Dans A. Clarke-Stewart & J. Dunn (Éds.), *Families count: Effects on child and adolescent development* (pp. 53-76). New York, NY: Cambridge University Press.
- Scherf, K. S., Behrmann, M., & Dahl, R. E. (2012). Facing changes and changing faces in adolescence: A new model for investigating adolescent-specific interactions between pubertal, brain and behavioral development. *Developmental Cognitive Neuroscience, 2*(2), 199-219.
- Schoon, I., & Polek, E. (2011). Pathways to economic well-being among teenage mothers in Great Britain. *European Psychologist, 16*(1), 11-20.
- Schultz, K. (2001). Constructing failure, narrating success: Rethinking the «problem» of teen pregnancy. *Teachers College Record, 103*, 582-607.
- Shanok, A. F., & Miller, L. (2007). Stepping up to motherhood among inner-city teens. *Psychology of Women Quarterly, 31*(3), 252-261.
- Shaw, M., Lawlor, D. A., & Najman, J. M. (2006). Teenage children of teenage mothers: Psychological, behavioural and health outcomes from an Australian prospective longitudinal study. *Social Science & Medicine, 62*(10), 2526-2539.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (1998). Reactive aggression among maltreated children: The contributions of attention and emotion dysregulation. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*(4), 381-395.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*(3), 349-363.
- Shipman, K., Edwards, A., Brown, A., Swisher, L., & Jennings, E. (2005). Managing emotion in a maltreating context: A pilot study examining child neglect. *Child Abuse & Neglect, 29*(9), 1015-1029.

- Sidebotham, P., Golding, J., & Avon Longitudinal Study of Parents and Children (2001). Child maltreatment in the «children of the nineties»: A longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 25(9), 1177-1200.
- Sommer, K. S., Whitman, T. L., Borkowski, J. G., Gondoli, D. M., Burke, J., Maxwell, S. E., & Weed, K. (2000). Prenatal maternal predictors of cognitive and emotional delays in children of adolescent mothers. *Adolescence*, 35(137), 87-112.
- Sommer, K., Whitman, T. L., Borkowski, J. G., Schellenbach, C., Maxwell, S., & Keogh, D. (1993). Cognitive readiness and adolescent parenting. *Developmental Psychology*, 29(2), 389-398.
- Spieker, S. J., Larson, N. C., Lewis, S. M., Keller, T. E., & Gilchrist, L. (1999). Developmental trajectories of disruptive behavior problems in preschool children of adolescent mothers. *Child Development*, 70(2), 443-458.
- *Stevens-Simon, C., Nelligan, D., & Kelly, L. (2001). Adolescents at risk for mistreating their children Part II: A home- and clinic-based prevention program. *Child Abuse & Neglect*, 25(6), 753-769.
- Stier, D. M., Leventhal, J. M., Berg, A. T., Johnson, L., & Mezger, J. (1993). Are children born to young mothers at increased risk of maltreatment? *Pediatrics*, 91(3), 642-648.
- Strathearn, L., Gray, P. H., O'Callaghan, M. J., & Wood, D. O. (2001). Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants: A prospective study. *Pediatrics*, 108(1), 142-151.
- Straus, M. A., & Kantor, G. K. (2005). Definition and measurement of neglectful behavior: Some principles and guidelines. *Child Abuse & Neglect*, 29(1), 19-29.
- Sullivan, M. W., Bennett, D. S., Carpenter, K., & Lewis, M. (2008). Emotion knowledge in young neglected children. *Child Maltreatment*, 13(3), 301-306.
- Sweet, M. A., & Appelbaum, M. L. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75(5), 1435-1456.
- Tamis-Lemonda, C. S., Shannon, J., & Spellmann, M. (2002). Low-income adolescent mothers' knowledge about domains of child development. *Infant Mental Health Journal*, 23(1-2), 88-103.

- Tarabulsky, G. M., Pascuzzo, K., Moss, E., St-Laurent, D., Bernier, A., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2008). Attachment-based intervention for maltreating families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 322-332.
- Theodore, A. D., Chang, J. J., Runyan, D. K., Hunter, W. M., Bangdiwala, S. I., & Agans, R. (2005). Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. *Pediatrics*, 115(3), 331-337.
- Toth, S. L., Cicchetti, D., Macfie, J., Rogosch, F. A., & Maughan, A. (2000). Narrative representations of moral-affiliative and conflictual themes and behavioral problems in maltreated preschoolers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 307-318.
- Trocmé, N., & Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008: données principales*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Chamberland, C., Chabot, M., & Esposito, T. (2011). Shifting definitions of emotional maltreatment: An analysis childwelfare investigation laws and practices in Canada. *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 831-840.
- Tyler, S., Kelly, A., & Winsler, A. (2006). Child neglect: Developmental consequences, intervention, and policy implications. *Child & Youth Care Forum*, 35(1), 1-20.
- Underwood, M. K., Kupersmidt, J. B., & Coie, J. D. (1996). Childhood peer sociometric status and aggression as predictors of adolescent childbearing. *Journal of Research on Adolescence*, 6(2), 201-223.
- Ungar, M. (2013). Resilience after maltreatment: The importance of social services as facilitators of positive adaptation. *Child Abuse & Neglect*, 37(2-3), 110-115.
- Valentine, J. C., Pigott, T. D., & Rothstein, H. R. (2010). How many studies do you need? A primer on statistical power for meta-analysis. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 35(2), 215-247.
- van Harmelen, A. L., van Tol, M. J., van der Wee, N. J., Veltman, D. J., Aleman, A., Spinhoven, P., ... Elzinga, B. M. (2010). Reduced medial prefrontal cortex volume in adults reporting childhood emotional maltreatment. *Biological Psychiatry*, 68(9), 832-838.
- Venet, M., Bureau, J.-F., Gosselin, C., & Capuano, F. (2007). Attachment representations in a sample of neglected preschool-age children. *School Psychology International*, 28(3), 264-293.

- Verlaan, P., Tremblay, N., Saysset, V., & Boivin, M. (1998). Développement des problèmes d'inadaptation psychosociale: programmes d'intervention préventive appliqués aux périodes péri et postnatales. *Revue canadienne de psychoéducation*, 27(1), 47-74.
- *Wagner, M. M., & Clayton, S. L. (1999). The Parents as Teachers program: Results from two demonstrations. *The Future of Children*, 9(1), 91-115.
- Walkup, J. T., Barlow, A., Mullany, B. C., Pan, W., Goklish, N., Hasting, R., ... Reid, R. (2009). Randomized controlled trial of a paraprofessional-delivered in-home intervention for young reservation-based American Indian mothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(6), 591-601.
- Ward, M. J., & Carlson, E. A. (1995). Associations among adult attachment representations, maternal sensitivity, and infant-mother attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Development*, 66(1), 69-79.
- Weaver, C. M., & Akai, C. E. (2007). Understanding the cycle: Violence in the lives of at-risk children. Dans J. G. Borkowski, J. R. Farris, T. L. Whitman, S. S. Carothers, K. Weed & D. A. Keogh (Éds.), *Risk and resilience: Adolescent mothers and their children grow up* (151-178). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Whipple, E. E., & Wilson, S. R. (1996). Evaluation of a parent education and support program for families at risk of physical child abuse. *Families in Society*, 77(4), 227-239.
- Whitman, T. L., Borkowski, J. G., Keogh, D. A., & Weed, K. (2001). *Interwoven lives: Adolescent mothers and their children*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Widom, C. S. (2014). Longterm consequences of child maltreatment. Dans J. E. Korbin & R. D. Krugman (Éds.), *Child Maltreatment. Vol. 2: Handbook of child maltreatment* (pp. 225-247). Dordrecht: Springer.
- Widom, C. S., Dumont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 49-56.
- Williams, C., & Vines, S. W. (1999). Broken past, fragile future: Personal stories of high-risk adolescent mothers. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 4(1), 15-23.

Wolfe, D. A. (1987). *Child abuse: implications for child development and psychopathology*. Newbury Park, CA: Sage.

Wolfe, D. A. (1993). Prevention of child neglect: Emerging issues. *Criminal Justice and Behavior*, 20(1), 90-111.

Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (1999). Early conduct problems and later risk of teenage pregnancy in girls. *Development and Psychopathology*, 11(1), 127-141.