

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**LA RELATION ENTRE LA PERSONNALITÉ DES PARENTS SUIVIS EN SERVICES
DE PROTECTION DE LA JEUNESSE QUÉBÉCOIS ET LA PRÉSENCE DE
PROBLÈMES COMPORTEMENTAUX INTÉRIORISÉS ET EXTÉRIORISÉS CHEZ
LEURS ENFANTS**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA**

MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION

**PAR
JENNYFER THÉBERGE**

AVRIL 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Jessica Pearson, Ph. D. Directrice de recherche

Directrice de recherche

Claire Baudry, Ph. D. Codirectrice de recherche

Codirectrice de recherche

Comité d'évaluation :

Jessica Pearson, Ph. D. Directeur de recherche

Directeur de recherche

Catherine Mimeau, Ph. D. Évaluatrice

Évaluatrice

Colombe Lemire, Ph. D. Évaluateuse

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication reconnues par le département de psychoéducation. Le nom de la directrice et de la co-directrice pourrait donc apparaître comme coauteur de l'article à soumettre pour publication.

Sommaire

Au Québec, la maltraitance est un enjeu que la société a choisi de mettre en priorité avec la création de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ; citée dans Bergeron, 2018) en 1977. En effet, les conséquences de la maltraitance sont majeures pour les enfants victimes et leurs familles, et ont des impacts à long terme sur la santé, le développement des systèmes nerveux et immunitaire, et de troubles comportementaux, physiques ou psychologiques (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2020). Les parents recevant les services de protection de la jeunesse, en raison de comportements de maltraitance, sont connus pour éprouver des difficultés relativement aux capacités parentales, avoir un niveau de scolarité moindre, présenter des difficultés sur le plan financier, vivre dans des quartiers plus dangereux et éprouver davantage de problématiques de santé mentale (Blood, 2008; Fontaine, 2011; Jaffee et Maikovich-Fong, 2011; Norman *et al.*, 2012). Tous ces éléments représentent des facteurs de risque pour la sécurité et le développement de leurs enfants (Chamberland *et al.*, 2015; Hornor, 2014; Jaffee et Maikovich - Fong, 2011; OMS, 2020), dont un risque plus élevé de développer des problèmes de comportement intérieurisés et extérieurisés (Kim *et al.*, 2009; Norman *et al.*, 2012).

Ainsi, cette recherche vise premièrement à présenter le portrait des parents suivis par les services de protection de la jeunesse concernant la personnalité et les syndromes cliniques plus souvent rencontrés auprès de cette clientèle. Deuxièmement, elle s'intéresse à l'association entre ces traits de personnalité ou syndromes cliniques des parents et le développement de problèmes de comportement intérieurisés et extérieurisés chez leurs enfants âgés entre 30 et 80 mois.

Les participants de cette étude sont 34 dyades parents-enfants recrutées auprès de cinq centres jeunesse de la province de Québec : 1) Québec; 2) Mauricie–Centre-du-Québec; 3) Lanaudière; 4) Laurentides; et 5) Saguenay–Lac-Saint-Jean. Un signalement pour maltraitance avait été retenu dans chacune de ces familles. Pour répondre aux objectifs de cette recherche, la personnalité des parents suivis par les services de protection de la jeunesse a été mesurée en plus des comportements intérieurisés et extérieurisés de leurs enfants.

Les résultats au premier objectif de cette recherche indiquent que tous les parents ayant complété l'outil de mesure de personnalité ont au moins un score significatif à une échelle clinique. Les échelles les plus prévalentes sont : schizoïde (61,8 % des parents), anxiété (32,4 % des parents), et histrionique (26,5 % des parents). De plus, près de 15 % des participants ont obtenu un score significatif pour l'échelle de personnalité limite et 18 % à l'échelle de bipolarité. Ces résultats sont cohérents avec ceux mentionnés dans la littérature (Fontaine, 2011; Rowland et Marwaha, 2018).

Les résultats quant au deuxième objectif indiquent que plus le parent rapporte de traits de personnalité cliniques, plus l'enfant semble présenter de problèmes comportementaux. De plus, pour presque toutes les corrélations significatives entre le trait de personnalité parental et les comportements extériorisés des enfants, la corrélation était tout aussi significative du côté intérieurisé. Bref, les résultats de l'étude actuelle suggèrent que la présence de traits de personnalité clinique chez les parents ne permet pas de faire une distinction entre la présence de problèmes intérieurisés ou de problèmes extériorisés bien que certaines échelles soient corrélées de façon distincte à l'une ou l'autre des échelles.

Les résultats obtenus signalent que la personnalité du parent semble s'inscrire comme un facteur de risque dans l'environnement familial des enfants maltraités pouvant expliquer en partie la prévalence plus élevée de difficultés comportementales chez cette population. Ils montrent l'importance de cibler la prévention et les interventions auprès des familles suivies par les services de protection de la jeunesse en se centrant sur les problématiques de santé mentale des parents et non uniquement sur le développement des capacités parentales. Grâce aux résultats rapportés, le dépistage des parents à risque pourra également être fait de façon plus précise puisqu'ils indiquent les types de traits de personnalité et syndromes cliniques plus fréquents chez les parents de cette clientèle. Si l'on se fie aux résultats de la présente étude, les enfants maltraités et/ou de parents atteints de problèmes de santé mentale auraient besoin davantage de soutien et donc d'interventions et de services spécialisés que les enfants qui ne vivent pas dans des contextes de maltraitance puisqu'ils sont plus à risque de vivre des difficultés comportementales.

Table des matières

Sommaire	iv
Remerciements	viii
Chapitre 1 : introduction	1
Chapitre 2 : article scientifique	6
Cadre théorique	7
La maltraitance : état de la situation	7
Impacts des mauvais traitements	8
Problèmes de comportements intérieurisés et exteriorisés	9
Impacts des problématiques comportementales intérieurisées et exteriorisées	10
Étiologie des difficultés comportementales intérieurisées et exteriorisées	11
Personnalité des parents.....	14
Personnalité et développement de l'enfant.....	14
Traits de personnalité des parents recevant les services de la protection de la jeunesse	17
Objectifs de la recherche	18
Méthode	19
Participants	19
Procédure et instruments.....	20
Millon Clinical Multiaxial Inventory–III	20
Child Behavior Checklist	22
Préparation des données et analyses statistiques	23
Résultats	24
Discussion	28
Limites de l'étude.....	35
Conclusion	37
Références	38
Chapitre 3 : conclusion générale	44
Défis vécus par les familles vulnérables	45
Modèle psychodéveloppemental.....	47

Implications cliniques	47
Implications pour les psychoéducatrices et psychoéducateurs	51
Pistes de recherches futures	52
Références	53

Remerciements

Je tiens d'abord à témoigner mon immense reconnaissance envers ma directrice de mémoire, Mme Jessica Pearson, qui s'est montrée disponible et qui a su me guider et m'épauler dans la réalisation de ce mémoire. Elle croyait déjà en moi alors que je n'avais aucune expérience en recherche. Elle m'encourageait et me laissait des commentaires constructifs et motivants à chacune de ses corrections en plus de me donner d'excellentes idées tout au long du processus. Un merci tout aussi particulier à ma codirectrice, Mme Claire Baudry, pour sa précieuse expertise et ses encouragements également.

Enfin, je souhaite également remercier tous les enseignants ayant croisé mon chemin et m'ayant mené, sans parfois s'en apercevoir, vers les études supérieures et cette étape de la maîtrise tellement importante et gratifiante.

Finalement, je tiens particulièrement à remercier chaleureusement les membres de ma famille et mes amis pour leurs constants encouragements tout au long de mes études. Leur appui m'a aidé à persévérer et à réaliser avec succès mes études. Par-dessus tout, un immense merci à mes parents et à mon frère d'avoir toujours été présents et d'avoir cru en moi quand moi-même, je peinai à y croire. David, tu as été et seras toujours mon modèle. Merci également de m'avoir aidée dans la correction de ce travail. En terminant, il m'importe d'exprimer mes remerciements les plus sincères aux familles ayant participé à cette recherche et sans qui l'élaboration de ce mémoire n'aurait pas été possible.

Chapitre 1 : introduction

Au Québec, une loi importante, la LPJ, s'applique de façon exceptionnelle lorsque la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis. L'organisation responsable de l'exécution de cette loi, la direction de la protection de la jeunesse (DPJ), a pour mission de proposer des services en vue d'assurer la protection, la responsabilisation, un projet de vie clair et un projet d'adoption spécialisé aux familles dans le besoin (Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2016). Pour ce faire, la DPJ reçoit des signalements à propos de situations où la sécurité ou le développement des enfants peuvent être compromis. Les signalements proviennent des services policiers, des milieux scolaires, d'organismes communautaires, de membres de la famille ou de citoyens inquiets pour la situation d'un ou de plusieurs enfants (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2021). Les signalements concernent des situations de maltraitance tant physique, psychologique, que sexuelle, la négligence d'un enfant, ainsi que la présence de troubles de comportements sérieux chez un enfant (MSSS, 2021). La maltraitance est physique lorsqu'elle provoque un préjudice de cette nature. Un individu pourrait, par exemple, gifler, donner des coups de pied, frapper ou secouer une autre personne. La maltraitance sexuelle se produit, quant à elle, lorsqu'une personne plus âgée touche un enfant sexuellement ou profite de lui à des fins sexuelles. Cela pourrait être : toucher les parties intimes (même couvertes par un vêtement), faire en sorte qu'un enfant touche ou regarde ses parties intimes ou celles d'autrui, filmer ou photographier un enfant qui adopte les comportements précédents. La maltraitance est considérée comme psychologique lorsqu'une personne dit des choses cruelles à autrui dans le but de la blesser, de l'intimider, de lui faire peur ou de la rabaisser. Il s'agit également de ce type de maltraitance quand on menace un enfant de lui faire du mal, de s'en prendre à ses effets personnels en détruisant ses jouets par exemple ou quand on le menace de faire du mal à son animal de compagnie. L'implication d'un enfant dans un acte criminel peut également être considérée comme une maltraitance d'ordre psychologique (Gouvernement du Canada, 2021). L'indifférence, le rejet affectif, l'isolement, l'exploitation ou l'exposition à la violence conjugale en sont d'autres exemples (OMS, 2020; Perrault et Beaudoin, 2008). En dernier lieu, la négligence est également une forme de maltraitance. Cela survient lorsqu'un parent ou toute autre personne responsable d'un enfant ne lui donne pas ce dont il a besoin pour être en santé et en sécurité. Par exemple, ne pas donner de nourriture et de vêtements

à l'enfant dont il est responsable, ne pas l'emmener consulter un professionnel de la santé quand il est malade ou se blesse et ne pas assurer un encadrement et une surveillance afin de garantir la scolarisation de cet enfant (Gouvernement du Canada, 2021; Perrault et Beaudoin, 2008).

Les enfants qui sont victimes de maltraitance risquent d'éprouver plus de difficultés à créer un lien d'attachement sûr auprès de leurs parents et à développer des aptitudes d'autorégulation émotionnelle (Kim *et al.*, 2009). De plus, la présence de mauvais traitements dans la trajectoire développementale est corrélée avec l'augmentation de problèmes de comportement intérieurisés et extérieurisés (Norman *et al.*, 2012). Ces difficultés socioémotionnelles regroupent les comportements d'inadaptation se reflétant dans l'univers interne de l'enfant pour les comportements intérieurisés, et ceux se reflétant dans l'univers externe de l'enfant, donc davantage envers autrui, pour les comportements extérieurisés. Ces difficultés comportementales sont associées à différents facteurs de risque dans la trajectoire développementale, notamment les difficultés relationnelles, scolaires, psychologiques, pouvant donc mener à une inadaptation ultérieure (Barlow *et al.*, 2010; Fergusson *et al.*, 2005; Kim *et al.*, 2009; McGilloway *et al.*, 2012).

La LPJ stipule l'importance que toutes les décisions soient prises dans l'intérêt de l'enfant avant tout et priorise le milieu de vie naturel de l'enfant, donc le fait que celui-ci demeure dans sa famille, auprès de ses parents, malgré les difficultés rencontrées par ceux-ci (MSSS, 2021). Ces difficultés peuvent inclure : des difficultés résultant d'un environnement physique et social pauvre, l'abus ou la dépendance aux substances psychoactives, l'affiliation à un groupe ayant des activités criminelles, ou des problématiques sur le plan de la santé mentale (Stith *et al.*, 2009; Trocmé *et al.*, 2001). Selon certaines études (Blood, 2008; Fontaine, 2011; Kelly, 2003), les parents suivis par les services de protection de la jeunesse sont effectivement plus à risque de présenter des troubles de la personnalité ou des syndromes cliniques comme le trouble de la personnalité limite, antisociale, narcissique, ou des troubles bipolaires et dépressifs.

Les résultats de ces recherches apportent donc un aspect intéressant quant à l'influence parentale sur le développement des enfants. Parmi les aspects parentaux pouvant impacter le développement de l'enfant, on retrouve notamment la personnalité. Effectivement, celle-ci joue un rôle sur l'humeur, les pensées, la façon de percevoir les comportements de ses enfants ainsi que la manière de s'exprimer et d'agir, notamment envers ses enfants (Prinzie *et al.*, 2009). La personnalité, selon Puff et Renk (2016), consiste en des schémas de pensées et de comportements que la personne a assimilés au cours de sa vie et qui déterminent son adaptation dans l'environnement. Il est donc permis de penser qu'elle détermine, entre autres, l'adaptation au rôle de parent.

Mais qu'en est-il de l'adaptation de l'enfant ? Selon le modèle psychodéveloppemental de Cummings *et al.* (2020), l'adaptation est influencée par des processus dynamiques dans la trajectoire développementale d'un individu évoluant parmi des facteurs de protection et de risque tant individuels, familiaux, sociaux qu'environnementaux. Ces processus en constant mouvement auront ensuite un impact sur le fonctionnement psychologique de la personne sur le plan des cognitions, des émotions, et des réponses physiologiques, comportementales et sociales (Cummings *et al.*, 2020; Douville et Bergeron, 2018; Lemire *et al.*, 2019). Les trajectoires normales, à risque ou pathologiques que les individus emprunteront sont donc influencées par les facteurs de risque ou de protection et par le vécu développemental (Douville et Bergeron, 2018). Ainsi, en s'appuyant sur ce modèle, on peut avancer que grandir en subissant de mauvais traitements constitue un facteur de risque important qui peut avoir des impacts sur le fonctionnement psychologique de la personne et sur sa trajectoire développementale. Les connaissances sur les différentes difficultés vécues par les enfants maltraités suggèrent également que la maltraitance se produit dans une constellation de facteurs de risque qu'il importe de considérer afin de comprendre la trajectoire développementale de ces enfants. Parmi ces facteurs de risque, on retrouve des difficultés d'attachement, un manque de connaissance des parents sur le développement des enfants, l'isolement et des problématiques de santé mentale et de personnalité des parents (OMS, 2020). Il est donc réaliste d'imaginer que la présence de mauvais traitements et d'un parent ayant une problématique de santé mentale dans l'histoire

développementale de l'enfant puisse le conduire vers une trajectoire de vie d'inadaptation à risque ou même pathologique.

Étant donné ces éléments, il est possible de considérer que certains traits de la personnalité des parents maltraitants puissent être corrélés à des difficultés comportementales chez leurs enfants puisqu'ils constituent un facteur de risque supplémentaire à l'adaptation. Afin d'analyser cette association, les objectifs du présent mémoire sont : 1) brosser le portrait des parents suivis par les services de protection de la jeunesse du Québec en ce qui concerne les traits de personnalité et les syndromes cliniques; et 2) comprendre l'association entre ces traits de personnalité ou syndromes et le développement de comportements intérieurisés et extérieurisés chez leurs enfants âgés de 30 à 80 mois.

Pour ce faire, le deuxième chapitre de ce mémoire présentera l'article scientifique. Dans le contexte théorique de celui-ci, les éléments présentés sont : la description de la population, le phénomène de la maltraitance envers les enfants, ses impacts, les problèmes comportementaux intérieurisés et extérieurisés ainsi que leurs impacts et l'étiologie de ceux-ci, la personnalité des parents en lien avec le développement des enfants ainsi que la personnalité des parents bénéficiant des services de protection de la jeunesse. Ensuite, une section traitera de la méthodologie de cette recherche, détaillant ses étapes et la stratégie d'analyse des données. Puis, les résultats obtenus seront présentés. Ils seront ensuite discutés sans négliger d'identifier les limites de la présente recherche. La dernière partie de l'article sera consacrée à la conclusion de l'étude. Pour finir, le troisième chapitre est composé de cinq sections : les défis vécus par les familles vulnérables, un retour sur le modèle psychodéveloppemental, les implications cliniques générales et pour le travail en psychoéducation et des pistes de recherches futures. Ce chapitre est donc dédié à la conclusion générale du mémoire.

Chapitre 2 : article scientifique

Cadre théorique

La maltraitance : état de la situation

Au Canada, la maltraitance des enfants peut être une action physique, sexuelle ou psychologique. Elle peut également être une absence d'action puisque la négligence constitue une forme de maltraitance. Elle concerne également l'exploitation commerciale ou d'autres types d'exploitation, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. Elle se produit de la part d'un donneur de soins envers un enfant dans une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir (Gouvernement du Canada, 2021; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2020).

En 2020-2021, au Québec, 37 661 enfants ont fait l'objet d'au moins un signalement retenu par la DPJ. Ainsi, ces enfants, âgés de 0 à 18 ans, et leur famille ont reçu les services de la protection de la jeunesse. Une proportion importante de ces signalements (environ 34 %) concerne des situations d'enfants âgés de 5 ans et moins, soit 14 855 signalements (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2021). Par ailleurs, cette année-là, un total de 44 728 signalements ont été retenus pour un ou plusieurs de ces motifs de compromission : abandon, abus physiques ou risque sérieux d'abus physiques, abus sexuels ou risque sérieux d'abus sexuels, mauvais traitements psychologiques, négligence ou risque sérieux de négligence ou encore troubles de comportement sérieux. Chez les enfants suivis par cette organisation, la majorité reçoit des services pour les motifs de négligence ou de risque sérieux de négligence, soit 33,8 % des signalements retenus. Ensuite, les motifs de signalement principaux sont les abus physiques et le risque sérieux d'abus physiques (29,1 %; MSSS, 2021).

Au-delà de la maltraitance vécue, sur le plan de l'écologie développementale, il est documenté que les familles suivies par les services de protection de la jeunesse présentent différentes caractéristiques particulières qui sont considérées comme des facteurs de risque pour le développement de l'enfant. Par exemple, un parent pourrait avoir un diagnostic de dépression ou de trouble d'usage lié aux substances psychoactives ou encore un dossier criminel, pour ne

citer que ces facteurs de risque. De plus, ces familles vivent plus souvent dans un quartier pouvant être qualifié de dangereux, ont des ressources financières moindres et un plus faible niveau de scolarité (Jaffee et Maikovich-Fong, 2011; Norman *et al.*, 2012).

Les enfants vivant dans ces contextes de mauvais traitements peuvent développer diverses problématiques qui peuvent être multifactorielles et multiples, car il est fréquent qu'un motif de compromission en accompagne un autre (MSSS, 2021). La prochaine section aborde donc les impacts développementaux, comportementaux et psychologiques, liés au fait de subir de mauvais traitements à l'enfance.

Impacts des mauvais traitements

Les facteurs de risques associés aux mauvais traitements chez les jeunes enfants favorisent la probabilité de ne pas réussir à accomplir des tâches développementales essentielles puisqu'ils n'obtiennent pas les conditions nécessaires ou les opportunités pour y arriver. Par exemple, pendant la petite enfance, il y a un fort risque que les enfants maltraités ne parviennent pas à créer un lien d'attachement sécurisé avec leur donneur de soins significatif et à développer un processus d'autorégulation émotionnelle. Une méta-analyse (Cyr *et al.*, 2010), s'intéressant aux particularités d'attachement chez les familles à risque psychosocial élevé et maltraitantes, conclut que les enfants subissant des mauvais traitements présentent davantage un profil d'attachement non sécurisant (évitant, ambivalent ou désorganisé). Étant donné l'ampleur de ces difficultés, les enfants exposés à la maltraitance risquent de façon significative l'inadaptation comportementale (Kim *et al.*, 2009). De façon générale, le fait d'avoir été victime de mauvais traitements pendant l'enfance est associé à l'augmentation de problèmes comportementaux et de difficultés psychologiques comme l'anxiété, la dépression, les idéations ou comportements suicidaires et le trouble d'usage lié aux substances psychoactives (Norman *et al.*, 2012). À cela s'ajoute une plus grande tendance à l'adoption de comportements délinquants et au développement d'un trouble des conduites (Prevent Child Abuse America, 2001). De plus, selon ce guide américain visant à contrer la maltraitance, un tiers des adultes qui ont été négligés pendant l'enfance sont enclins à maltraiter leur propre enfant, soulignant le risque de transmission intergénérationnelle de la

maltraitance. En effet, les enfants négligés ne considèrent pas nécessairement que ce qu'ils ont vécu était anormal ou dysfonctionnel et peuvent reproduire les modèles parentaux reçus et intérieurisés (Perrault et Beaudoin, 2008).

Comme mentionné plus haut, la négligence et les abus physiques sont les principaux motifs entraînant l'implication des services de la protection de la jeunesse dans les familles. Chez les enfants victimes de négligence, la prévalence de problèmes comportementaux est particulièrement élevée comparativement à ceux ne vivant pas de maltraitance (Hornor, 2014). Kim *et al.* (2009) font le même constat : les enfants maltraités présentent significativement plus de comportements problématiques d'extériorisation et d'intériorisation entre 6 et 10 ans, les rendant ainsi à risque élevé d'inadaptation comportementale pour l'avenir. Les auteurs ajoutent que lorsque les comportements extériorisés surviennent de façon précoce, ils sont associés à des niveaux élevés de comportements d'intériorisation. Quand ceux-ci surviennent tardivement, on remarque une augmentation rapide des comportements intériorisés au fil du temps chez les enfants maltraités (Kim *et al.*, 2009). Une autre étude rapporte que peu importe le type de maltraitance, on retrouve plus de problèmes extériorisés chez ceux pour qui les mauvais traitements étaient chroniques (Jaffee et Maikovich-Fong, 2011). Selon ces auteurs, cela est également vrai pour les enfants ayant des troubles intériorisés, mais de façon légèrement moins significative que pour les troubles extériorisés.

Problèmes de comportements intériorisés et extériorisés

La prévalence élevée de comportements intériorisés et extériorisés dans la trajectoire développementale des enfants ayant vécu de la maltraitance, ainsi que le risque que posent ces comportements pour l'adaptation ultérieure des enfants, soulignent l'importance d'examiner cette problématique de façon spécifique. Par problèmes intériorisés, il est question de comportements contrôlés de façon disproportionnée de manière que l'enfant tente de ne pas laisser transparaître ses émotions. Les problèmes sont vécus dans l'univers interne de l'enfant et les répercussions affecteront son développement socioaffectif. Par exemple, l'enfant pourrait ressentir des symptômes de tristesse, de dépression ou d'anxiété, être retiré socialement ou manifester des

plaintes somatiques. Le sentiment d'infériorité, le repli sur soi ou des comportements de dépendance en sont d'autres exemples. Ils peuvent également prendre la forme de comportements parasuicidaires comme l'automutilation ou même conduire l'individu vers le suicide. Ils sont généralement stables dans le temps et rendent l'enfant plus vulnérable à vivre d'autres difficultés au cours de son développement (Buehler *et al.*, 1997; Fortin *et al.*, 2000; Madigan *et al.*, 2013; McCulloch *et al.*, 2000).

Quant aux problèmes extériorisés, il est question de comportements pour lesquels les impacts se manifestent sur l'environnement ou le monde extérieur à l'enfant. Ils peuvent prendre la forme de comportements antisociaux, perturbateurs, défiants ou agressifs. Ils rassemblent notamment les paroles et les gestes gratuits d'agression et d'intimidation envers autrui. Par exemple, un enfant qui adopterait des comportements résultant d'un faible contrôle des impulsions comme frapper les autres, détruire les objets ou menacer autrui. Le rejet soutenu de toute forme d'encadrement fait aussi partie de ce type de comportement. Il pourrait également s'agir de délinquance et d'abus de substances psychoactives chez les enfants plus âgés (Buehler *et al.*, 1997; Fortin *et al.*, 2000; McCulloch *et al.*, 2000).

Impacts des problématiques comportementales intérieurisées et extériorisées

Ces problèmes dans le développement comportemental au cours de l'enfance sont importants à prendre en compte puisqu'ils orientent la trajectoire développementale des enfants. Les comportements intérieurisés et extériorisés sont associés à l'inadaptation comportementale dans l'avenir des enfants, car ils amènent une augmentation de la prévalence d'autres problématiques académiques, relationnelles et sociales et de santé mentale (Barlow *et al.*, 2010; Fergusson *et al.*, 2005; Kim *et al.*, 2009; McGilloway *et al.*, 2012).

Sur le plan scolaire, on remarque que la présence de comportements intérieurisés et extériorisés est associée à des moyennes inférieures aux autres enfants en mathématiques et en lecture, à des difficultés de reconnaissance en lecture, à des taux plus élevés d'échecs scolaires, à des taux de diplomation moindres et à moins d'études postsecondaires (McCulloch *et al.*, 2000;

Reid *et al.*, 2004). Ces éléments annoncent ainsi un cumul de difficultés économiques et sociales dans la trajectoire développementale de ces enfants (McCulloch *et al.*, 2000; Reid *et al.*, 2004).

Ensuite, les problèmes comportementaux intérieurisés et extérieurisés sont associés à la présence de diverses difficultés relationnelles et sociales. Effectivement, les enfants qui présentent ces caractéristiques comportementales auraient de plus faibles compétences sociales et seraient plus fréquemment rejetés par leurs pairs (Reid *et al.*, 2004). À long terme, on remarque de mauvaises relations avec les parents, de la délinquance, de l'instabilité sur le marché du travail ainsi que des difficultés dans les relations affectives (Barlow *et al.*, 2010; Fergusson *et al.*, 2005; McCulloch *et al.*, 2000). Ces associations entre les difficultés à l'enfance et celles à l'âge adulte témoignent de la stabilité temporelle des difficultés de régulation émotionnelle et des problèmes comportementaux précoces. De ce fait, les enfants pourraient adopter des attitudes difficiles, oppositionnelles ou antisociales tout au long de leur vie (Barlow *et al.*, 2010; Fergusson *et al.*, 2005).

De plus, l'impulsivité, le manque d'inhibition et les symptômes perturbateurs à l'enfance, suggérant des difficultés d'extériorisation, peuvent être des précurseurs de trouble de personnalité subséquents. L'introversion et l'instabilité émotionnelle, de l'ordre des problématiques plus intérieurisées, sont également considérées comme des précurseurs potentiels de trouble de la personnalité à l'âge adulte (Kim *et al.*, 2009). Ces auteurs mentionnent également que la cooccurrence de la pathologie de la personnalité infantile et des difficultés de comportement semble être particulièrement préjudiciable sur le développement ultérieur de troubles de la personnalité (Kim *et al.*, 2009).

Étiologie des difficultés comportementales intérieurisées et extérieurisées

En plus de la maltraitance elle-même, plusieurs facteurs déjà documentés qui sont présents dans l'écologie développementale de l'enfant semblent contribuer à l'émergence des difficultés comportementales chez les enfants ayant été victimes de maltraitance. Il est bien documenté que les parents suivis par la DPJ vivent plusieurs difficultés comme la pauvreté, l'abus de substances psychoactives, l'isolement social ou divers problèmes de santé mentale, dont

les troubles de personnalité (Stith *et al.*, 2009; Trocmé *et al.*, 2001). Ces difficultés agissent en tant que facteurs de risque pour le développement de comportements intérieurisés et extérieurisés chez leur enfant.

Pour commencer, il semble que les troubles comportementaux puissent se développer lorsque l'enfant vit avec un parent dépendant aux substances psychoactives, qui souffre de problèmes mentaux ou par le fait d'avoir eu des modèles parentaux négatifs durant l'enfance (Baydar *et al.*, 2003; Brook *et al.*, 1996). De plus, certaines recherches (Puff et Renk, 2016; Trapolini *et al.*, 2007) établissent que les enfants dont le parent présente des symptômes dépressifs chroniques ont tendance à développer des comportements problématiques d'extériorisation et d'intériorisation. Ensuite, lors d'interactions avec leurs enfants, les parents exprimant des affects négatifs, notamment la colère ou la tristesse, et qui offrent un faible soutien, sont susceptibles de conduire leurs enfants vers le développement de problèmes comportementaux (Kochanska *et al.*, 1997).

Puff et Renk (2016) montrent aussi que les pratiques parentales punitives, le manque de rythmicité dans les activités quotidiennes ainsi qu'une faible perception de contrôle sur les comportements de son enfant sont des prédicteurs ayant un large effet sur les comportements extérieurisés des enfants. De leur côté, McCulloch *et al.* (2000) proposent plusieurs éléments sur le plan familial qui sont associés aux difficultés comportementales comme le fait de grandir dans une famille non intacte, le manque de ressources économiques et le fait que les mères aient un faible niveau d'instruction et participent peu à la vie scolaire de leurs enfants. Ils mentionnent aussi qu'une relation de couple conflictuelle et une éducation négative des enfants sont associées aux problèmes extérieurisés. La même étude mentionne que les problèmes de comportements seraient plus fréquents dans les familles où la mère a de moins grandes attentes quant à l'éducation et chez les enfants de mères adolescentes (McCulloch *et al.*, 2000). Comme il a été mentionné précédemment, l'association entre les comportements intérieurisés et les mauvais traitements est importante. Elle le serait encore plus lorsque ceux-ci surviennent tôt dans la vie de l'enfant, peu importe la chronicité et la multitude des motifs de compromission (Jaffee et

Maikovich-Fong, 2011; Kim *et al.*, 2009). L'étude de Puff et Renk (2016) identifie des prédicteurs distincts des problèmes intérieurisés chez les jeunes enfants. Les prédicteurs se rapportant à la mère sont : la rigidité maternelle, l'incapacité de faire preuve d'organisation et de motivation pour l'atteinte d'un but, une difficulté à avoir des interactions positives avec autrui ainsi que des pratiques parentales punitives.

Par ailleurs, la littérature scientifique établit un lien intéressant entre les problèmes comportementaux et l'attachement chez les enfants. Selon Pillet (2007), reprenant certains concepts de Bowlby (1978), l'attachement est un système comportemental s'activant lorsqu'un danger est vécu pour l'enfant et que sa figure d'attachement n'est pas à proximité de celui-ci. Donc, les signaux émis par l'enfant visent le retour de sa figure d'attachement. C'est lorsque l'enfant ne ressent plus de danger que son système d'exploration peut se réactiver. L'attachement permet ainsi à l'enfant de développer son autonomie par l'exploration de son environnement. De façon innée, le système d'attachement a pour objectif la protection par le développement d'un lien fort entre la mère et son enfant. Le petit se sent en sécurité et aimé et quand il est séparé de sa figure d'attachement, il ressent de la détresse, de l'anxiété et de la tristesse (Pillet, 2007).

Selon Low et Webster (2016), tous les types d'attachement non sécurisants (évitant, ambivalent et désorganisé) obtiennent des scores supérieurs comparativement à l'attachement sûr pour les problèmes sociaux, d'interactions sociales, de délinquance, d'attention, de la pensée et d'agressivité. À cela, une méta-analyse (Madigan *et al.*, 2013) ajoute qu'un enfant ayant un attachement insûre aurait 2 fois plus de risque de développer des comportements intérieurisés comparativement à un enfant pour qui le type d'attachement est sûr. Les auteurs de la méta-analyse précisent que l'association entre un type d'attachement non sécurisant et les comportements intérieurisés augmente à mesure que le score moyen de comportements extérieurisés augmente. Selon leurs résultats, le type d'attachement non sécurisant (évitant, ambivalent et désorganisé) n'était pas un modérateur significatif. Ils précisent que le facteur prédisant le mieux le développement de problèmes comportementaux serait l'attachement désorganisé chez un enfant qui évolue dans un milieu à risque psychosocial élevé.

Pour finir, il importe de considérer l'étiologie se rapportant à l'enfant lui-même, Ainsi, une difficulté à se conformer, des comportements agressifs ou un tempérament difficile dès l'âge d'un an pourraient être annonciateurs de troubles de comportements à 5 ans (Barlow *et al.*, 2010).

Personnalité des parents

Parmi les facteurs étiologiques présentés associés au développement de problèmes intérieurisés et extérieurisés chez les enfants, l'ensemble des facteurs parentaux joue un rôle important. Bien que ce ne soit pas les seuls facteurs, il semblerait que les aspects relatifs à la personnalité des parents soient associés à la présence de ces difficultés (Fontaine, 2011). Cette contribution demeure toutefois à approfondir, car bien qu'elle ait reçu relativement peu d'attention, elle apparaît comme potentiellement intéressante.

Puff et Renk (2016) expliquent que les caractéristiques de la personnalité sont considérées comme des schémas de pensées et de comportements assimilés déterminant l'adaptation singulière de chaque individu à son environnement. Ils ajoutent qu'elle se développe entre autres à partir du tempérament, mais comprend aussi les structures cognitives, les attentes et les attitudes envers soi-même et autrui. Une autre étude (Prinzie *et al.*, 2009) précise que la personnalité joue un rôle important pour les parents puisqu'elle a un impact sur la façon dont ils se sentent, pensent et agissent. Par exemple, la personnalité influence l'humeur générale de la personne, mais aussi comment elle perçoit les comportements de son enfant et comment elle s'exprime face à celui-ci (Prinzie *et al.*, 2009).

Personnalité et développement de l'enfant

Cinq aspects, souvent ceux étudiés chez les adultes et identifiés comme le « *Big five* », seraient reliés aux comportements parentaux et au fonctionnement des enfants : 1) l'extraversion ou l'affectivité positive; 2) l'agréabilité; 3) le caractère consciencieux; 4) l'ouverture à l'expérience ou à l'intellect et la culture; ainsi que 5) la stabilité émotionnelle versus le névrosisme ou l'affectivité négative (Prinzie *et al.*, 2009; Puff et Renk, 2016).

L'étude de Guy (2014) s'intéressait à la présence de liens entre certains traits de personnalité chez les mères et à certaines dimensions du tempérament chez l'enfant. Cette étude a obtenu des résultats intéressants concernant ces concepts en identifiant 22 relations significatives entre ces éléments. Les dimensions du tempérament de l'enfant évaluées étaient le plaisir, le niveau d'activité, la crainte sociale, la prédisposition à la colère et l'intérêt/l'attention. Elle identifiait le plaisir, la prédisposition à la colère et le niveau d'activité comme des aspects extériorisés du tempérament alors que la crainte sociale et l'intérêt/l'attention comme étant des aspects intérieurs. La personnalité a été évaluée par l'Échelle de troubles de la personnalité (ÉTPM) de Morey *et al.* (1988) de l'Inventaire multiphasique de la personnalité du Minnesota-2 (MMPI-2; version française du Minnesota Personality Disorder Scales [MPD] de Colligan *et al.*, 1994, cité dans Guy, 2014). Cette échelle permet de mesurer les traits associés aux 11 troubles de la personnalité décrits dans la troisième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III; American Psychiatric Association [APA], 1980). Les résultats indiquent que la plupart des traits de personnalité des mères de l'étude sont associés aux dimensions du tempérament de leur enfant. D'abord, l'auteure obtient des corrélations faibles à modérées et significatives entre le niveau d'activité chez l'enfant et tous les traits de personnalité de l'instrument de mesure excepté pour les échelles histrionique, narcissique et compulsive. L'auteure (Guy, 2014) a ensuite obtenu des corrélations faibles à modérées et significatives pour la prédisposition à la colère de l'enfant et tous les traits de l'ÉTPM excepté pour les échelles : histrionique, narcissique et schizoïde. L'auteure soulève également que la personnalité des mères apparaît particulièrement liée aux aspects extériorisés du tempérament des enfants, soit le niveau d'activité et la prédisposition à la colère. Du côté intérieurisé, cette recherche a obtenu moins de corrélations significatives, mais le trait de personnalité antisociale maternelle serait corrélé de façon faible à modérée avec la crainte sociale de l'enfant. De plus, la dimension du tempérament intérêt/attention chez l'enfant est corrélée significativement, mais dans une direction négative de force faible avec les traits de personnalité dépendant, passif-agressif et évitant des mères. Finalement, une seule corrélation significative de force faible a été identifiée pour la dimension du plaisir du tempérament de l'enfant, soit avec le trait de personnalité schizotypique chez les mères de l'étude (Guy, 2014).

Toujours dans son étude, Guy (2014) s'intéressait également au risque psychosocial comme effet modérateur des relations entre les traits de personnalité des mères participant à l'étude et le tempérament des enfants. Selon ses résultats, il ne semble pas avoir d'effet sur les associations excepté pour le lien entre le trait antisocial et la prédisposition à la colère. En effet, uniquement dans les milieux où le risque psychosocial était faible, plus la mère présentait un score élevé à l'échelle antisociale, plus leur enfant était prédisposé à la colère. Cela est intéressant puisque dans l'étude présentée dans ce mémoire, les parents sont dans des milieux où le risque psychosocial est majoritairement élevé. Pour finir, selon les résultats de cette auteure, les traits de personnalité des mères seraient plus grandement affiliés aux aspects extériorisés du tempérament de l'enfant comme son niveau d'activation et ses prédispositions à la colère.

Une méta-analyse (Prinzie *et al.*, 2009) fait le point sur les résultats de 30 études s'intéressant aux cinq aspects de la personnalité du « *Big five* » et à trois dimensions parentales : la chaleur, le contrôle des comportements et le support à l'autonomie. Ces dimensions parentales seraient associées aux différences individuelles dans le développement des enfants. D'abord, la chaleur du parent serait essentielle afin que l'enfant se développe positivement sur le plan comportemental, qu'il apprenne à réguler et contrôler ses émotions et afin qu'il développe des relations interpersonnelles significatives. Les auteurs expliquent ensuite que les parents qui sont plus coercitifs sont reconnus pour avoir des attitudes intrusives et des comportements de contrôle excessif, mais aussi pour s'affirmer ardemment. Ce type de comportement parental serait associé aux problèmes comportementaux extériorisés chez les enfants. Concernant le support à l'autonomie, il permet à l'enfant d'explorer son environnement en se sentant en sécurité (Pillet, 2007) puisque l'enfant perçoit que son parent sera présent en cas de danger. Les résultats permettent de conclure que la personnalité du parent, en fonction des cinq dimensions, est significativement corrélée, bien que de façon modeste, aux pratiques parentales. Les résultats de cette méta-analyse indiquent donc que la personnalité peut être considérée comme une dimension individuelle interne en relation avec la parentalité bien que le degré de cette contribution soit modeste (Prinzie *et al.*, 2009).

Traits de personnalité des parents recevant les services de la protection de la jeunesse

Un nombre négligeable d'études depuis les 20 dernières années ont dépeint le profil des parents suivis par les services de protection de la jeunesse par l'utilisation d'un inventaire de la personnalité (Blood, 2008; Guy, 2014; Kochanska *et al.*, 1997; Yanagida et Ching, 1993). Une étude (Fontaine, 2011) s'est intéressée aux troubles de la personnalité et aux syndromes cliniques les plus fréquents chez les parents d'enfants dont un signalement à la DPJ a été retenu au Québec. L'auteur a utilisé les échelles du Millon Clinical Multiaxial Inventory–III (MCMII-III; Million, 1997) afin de se baser sur un large éventail de troubles et syndromes. Il constate premièrement que 92 % des parents ayant des enjeux d'abus et de négligence de l'étude obtiennent un score cliniquement significatif dans au moins une des échelles du MCMII-III. Deuxièmement, 41 % du groupe de parents négligents et 38 % de ceux ayant commis des abus physiques obtiennent un score cliniquement significatif dans au moins deux des échelles de l'outil, alors que c'est le cas pour uniquement 17 % du groupe témoin, pour lequel aucun signalement pour violence ou négligence n'a été retenu. Troisièmement, seul le groupe de parents maltraitants (négligence et abus physiques) présentait plus d'un trouble de la personnalité, comparativement au groupe témoin qui ne présentait aucun ou un seul trouble.

Concernant les syndromes cliniques, 36 % des parents négligents, 31 % de ceux commettant des abus physiques et 6 % du groupe témoin obtenaient un score cliniquement significatif pour au moins deux échelles. Fontaine (2011) constate ensuite que les différences les plus significatives entre le groupe témoin et les groupes maltraitants se retrouvent dans les échelles suivantes : limite, antisociale, schizotypique, paranoïde, évitante, maniaque, de dépendance à l'alcool, et d'anxiété. À titre de comparaison, une étude réalisée par le Centre jeunesse de Montréal en 2007 auprès de leurs clients reconnus pour avoir un trouble de santé mentale indiquait que 50 % des mères et 32 % des pères avaient un trouble de personnalité limite (Centre jeunesse de Montréal, 2007). Finalement, Fontaine (2011) rapporte qu'il n'y a pas de différence notable entre les parents qui abusent physiquement et ceux qui négligent dans le sens où les deux groupes ont des problématiques multiples qui provoquent des difficultés dans la réponse aux besoins fondamentaux de leurs enfants. Ainsi, la présence de traits et/ou troubles de

personnalité ou de syndromes cliniques évaluables par le MCMI-III semble distinguer les parents maltraitants de ceux de la population normative.

L'étude de Blood (2008) s'intéressait quant à elle aux scores de 325 parents canadiens au MCMI-III en contexte d'évaluation parentale pour décider de la garde de l'enfant. Ce contexte est similaire à celui proposé dans la présente étude puisqu'elle se déroule auprès de parents pour qui les capacités parentales sont mises en doute. Les résultats montrent plus de problèmes de consommation, de personnalités sadiques, plus de mères ayant des caractéristiques autodestructrices, plus de problématiques de personnalité paranoïde et délirante que chez la population normative. Les résultats indiquent également que les femmes obtiennent des scores plus élevés sur la majorité des échelles de personnalité que les hommes. De plus, une autre étude (Kelly, 2003) suggère que des traits de personnalités précis comme le narcissisme, les traits limites, antisociaux ou sadiques, ou encore des syndromes cliniques comme la dépendance, le trouble bipolaire ou le trouble dépressif majeur se retrouvent fréquemment chez la clientèle des parents en difficulté et sont alors importants à étudier.

Malgré les distinctions identifiées par Blood (2008) et Fontaine (2011) sur le plan de la personnalité des parents maltraitants, aucune étude à notre connaissance ne documente l'association entre les traits de personnalité et le développement de problèmes comportementaux chez l'enfant parmi cette population particulière. Il est pourtant possible de croire que les traits de personnalité pathologiques et les syndromes cliniques identifiés chez les parents maltraitants par l'étude de Fontaine (2011) sont susceptibles d'influencer directement ou indirectement le développement de difficultés comportementales des enfants.

Objectifs de la recherche

Considérant l'importance des interactions parentales dans l'environnement proximal de l'enfant, il est possible d'envisager que certains traits de personnalité des parents puissent être associés à des difficultés d'ordre comportemental pendant le développement de l'enfant. En effet, la présence plus élevée de traits de personnalité inadaptés chez les parents suivis par les services

de protection de la jeunesse du Québec permettrait possiblement d'expliquer la présence accrue de problèmes intérieurisés et extérieurisés chez leurs enfants.

Ainsi, les objectifs de recherche relatifs à cette étude sont, d'abord, de : 1) brosser le portrait des parents suivis par les services de protection de la jeunesse du Québec en ce qui concerne les traits de personnalité et les syndromes cliniques et, ensuite de : 2) comprendre l'association entre ces traits de personnalité ou syndromes et le développement de comportements intérieurisés et extérieurisés chez leurs enfants âgés de 30 à 80 mois.

Méthode

Participants

Afin de répondre aux objectifs de la recherche, les questionnaires de 34 dyades parents-enfants qui faisaient partie du projet « ÉvolutionS » ont été utilisés. Les familles ont été recrutées auprès des centres jeunesse de cinq régions de la province de Québec : 1) Québec; 2) Mauricie-Centre-du-Québec; 3) Lanaudière; 4) Laurentides; et 5) Saguenay–Lac-Saint-Jean. Il s'agit de familles pour lesquelles un signalement pour maltraitance a été retenu. Pour faire partie du projet de recherche, les enfants devaient être âgés de 30 à 80 mois et vivre majoritairement dans leur milieu familial biologique. Les uniques critères d'exclusion étaient une maîtrise insuffisante du français chez le parent pour répondre aux questions des instruments de mesure, que l'enfant soit placé en famille d'accueil plus de 3 jours par semaine ainsi que des problèmes de santé importants chez le parent ou des anomalies congénitales chez l'enfant. Parmi les enfants de l'échantillon, 19 sont des garçons et 15 sont des filles, pour un total de 34 enfants. Au moment de la passation des instruments de mesure, ces enfants étaient âgés de 30 à 80 mois, pour une moyenne de 53,8 mois ($\bar{X} = 14,43$). Deux des enfants de l'étude présentaient un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme ou étaient en suspicion pour ce diagnostic, mais n'ont pas été exclus de l'étude.

Du côté des parents, seulement deux sur les 34 participants étaient des hommes. Ainsi, 32 participantes étaient de sexe féminin. Les mères étaient âgées de 22 à 42 ans pour une moyenne de 31 ans avec un écart type de 5,03. Les pères étaient âgés quant à eux de 23 à 44 ans pour une moyenne de 33 ans avec un écart type de 5,57. Les familles de l'échantillon avaient entre un et huit enfants, pour une moyenne de trois enfants par famille. Les enfants de l'étude avaient vécu entre zéro et deux placements en famille d'accueil depuis leur naissance. Tous les parents de l'étude utilisaient le français comme langue maternelle. Ces parents ont de 5 à 12 années de scolarité pour une moyenne de 9 ans d'études à partir de la première année du primaire. Onze parents sur les 34 ont travaillé durant l'année précédente à la passation des questionnaires, soit 32,4 %, alors que 67,6 % étaient sans emploi au cours de la dernière année.

Procédure et instruments

La cueillette des données a été réalisée lors d'une visite à domicile d'une durée approximative de 2 heures pendant laquelle les parents répondaient à plusieurs questionnaires, dont ceux utilisés pour la présente recherche, soit le MCMI-III (Millon *et al.*, 2006), ainsi que deux versions du Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach et Rescorla, 2000, 2001).

Millon Clinical Multiaxial Inventory-III

Pour répondre au premier objectif qui consiste à brosser le portrait des parents en ce qui a trait à la personnalité, le MCMI-III (Millon *et al.*, 2006) a été choisi puisqu'il est largement utilisé en contexte de vulnérabilité, notamment auprès de parents vivant des situations précaires (Blood, 2008; Fontaine, 2011; Kelly, 2003; Peters, 2013). Par 175 items dichotomiques de type vrai ou faux, il permet une évaluation fine d'éléments caractéristiques de la personnalité dans ses aspects normaux et pathologiques en fonction des critères du DSM-IV (APA, 1994). Après la passation des questionnaires, la première étape consistait à tester la validité de ceux-ci par les échelles suivantes : V (Validity Index), W (Inconsistency Index), X (Disclosure Index), Y (Desirability Index) et Z (Debasement Index). Pour les questionnaires valides, les scores des 14 échelles de personnalité et des 10 échelles de syndromes cliniques ont été calculés. Les échelles de personnalité sont : schizotypique, état-limite (borderline), paranoïde, schizoïde,

évitante, dépressive, dépendante, histrionique, narcissique, antisociale, agressive-sadique, compulsive (coïncidant avec le trouble de personnalité obsessionnel compulsif du DSM-IV; APA, 1994), passive-agressive (négativisme) et masochiste autodestructrice. Concernant les échelles des syndromes cliniques, on retrouve : anxiété, somatoforme, trouble dysthymique, dépendance à l'alcool, dépendance à la drogue et trouble de stress posttraumatique. Finalement, pour ce qui est des échelles de syndromes cliniques sévères, nous retrouvons : le trouble de la pensée, la dépression majeure et le trouble délirant.

Le MCMI-III utilise des taux de base (*base rate [BR]*) pouvant varier entre 0 et 115 et non des scores T, car les résultats en scores T suggèrent une distribution normale des données, ce qui est difficile à obtenir avec les traits de personnalité. La manière d'interpréter les données en BR va comme suit :

- BR de moins de 70 : ne possède pas le trait ou syndrome;
- BR de 70 à 74 : possède possiblement ce trait ou syndrome;
- BR de 75 à 84 : trait cliniquement significatif ou présence d'un syndrome;
- BR de 85 ou plus : trouble de personnalité ou syndrome proéminent.

Une étude (Alareqe *et al.*, 2021) s'est intéressée aux qualités psychométriques du MCMI-III et ressort des caractéristiques intéressantes pour appuyer la pertinence de cet instrument de mesure dans le cadre du présent mémoire. Pour commencer, on retrouve une cohérence interne satisfaisante avec des coefficients allant de 0,66 pour l'échelle compulsive à 0,87 pour l'échelle de dépression majeure. La fiabilité test-retest de l'instrument est très bonne puisque les coefficients varient de 0,84 pour l'échelle d'anxiété à 0,96 pour celle somatoforme pour une moyenne de 0,91 sur une période de 5 à 14 jours après la première administration du MCMI-III. Sur le plan de la validité de l'instrument, elle a été vérifiée auprès d'un échantillon normatif de 998 individus. De fortes corrélations ont été obtenues entre les échelles de l'outil et des évaluations effectuées par des cliniciens, particulièrement concernant les syndromes pouvant être détectés par des entretiens diagnostiques minimaux. En comparant le MCMI-III avec d'autres instruments de mesure évaluant des concepts similaires, dont le Minnesota Multiphasic Personality Inventory-II (Butcher, 2010), le Beck Depression Inventory (Jackson-Koku, 2016) et

le General Behavioral Inventory (Depue, 1987), on obtient des corrélations significatives. De plus, une forte concordance a été établie entre les items du MCMI-III et les critères diagnostiques du DSM-IV-TR (APA, 2000; Millon *et al.*, 2006, cités dans Alareqe *et al.*, 2021). Finalement, la validité de contenu est suffisante puisque le premier MCMI a été élaboré par une équipe de recherche de plus de 3500 individus, puis les construits cliniques ont été évalués par huit professionnels œuvrant dans le domaine de la santé mentale (Alareqe *et al.*, 2021).

Child Behavior Checklist

Pour répondre au deuxième objectif concernant les problématiques comportementales des enfants, le calcul des scores obtenus en passant le CBCL a été effectué en utilisant la version 1.5-5 pour les enfants de 2 à 5 ans (Achenbach et Rescorla, 2000) et la version 6-18 pour les participants de 6 ans (Achenbach et Rescorla, 2000). Il s'agit d'une mesure comportementale des enfants composée de 100 énoncés que le parent doit évaluer sur une échelle de type Likert en 3 points allant de 1 (*Pas vrai du tout*) à 3 (*Tout à fait vrai*). Il permet d'évaluer l'émergence de problèmes comportementaux, des difficultés émotionnelles et de la psychopathologie des enfants. Les items du CBCL peuvent être résumés en échelles de syndromes empiriques ou en échelles orientées sur la théorie du DSM-IV (APA, 1994). Les échelles de syndromes comprennent l'anxiété/dépression, les plaintes somatiques, les comportements de retrait, les problèmes d'attention et les comportements agressifs. Les autres domaines fonctionnels évalués varient selon le niveau de développement et comprennent la réactivité émotionnelle, le non-respect des règles, les problèmes de sommeil, les problèmes sociaux, les troubles de la pensée, la consommation de substances psychoactives et les symptômes de stress posttraumatique. Il offre finalement le calcul d'une échelle de comportements intérieurisés et extérieurisés en plus d'un score global. Les scores obtenus pour chacune des échelles sont convertis en scores T en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant (Rosanbalm *et al.*, 2016). Le score de comportements intérieurisés de l'outil de mesure est obtenu en additionnant les sommes des quatre premières échelles de syndrome : émotionnellement réactif, anxieux/déprimé, plaintes somatiques et retrait. Quant au score de comportements extérieurisés, il est obtenu en additionnant les sommes des échelles de problèmes attentionnels et de comportements d'agressivité. Les scores T indiquent à quel point le score intérieurisé et extérieurisé de l'enfant est élevé sur une échelle

similaire à celles des syndromes. Pour ces échelles, un score T entre 60 et 63 est considéré à risque alors qu'un score T supérieur à 63 est considéré d'ordre clinique (Achenbach et Rescorla, 2000). Concernant le score total, il est obtenu en additionnant les scores de tous les items. Donc, cette échelle peut obtenir un score de 0 à 200, ensuite converti en score T. L'interprétation des scores T et des percentiles de cette échelle est la même que pour les problèmes intérieurisés et extérieurisés (Achenbach et Rescorla, 2000).

Le CBCL mesure des éléments du développement comportemental qui sont stables dans le temps lorsqu'aucune intervention n'est effectuée. D'ailleurs, la fiabilité test-retest obtient un score moyen $r = 0,85$ pour les échelles du CBCL (Rescorla, 2005). En ce qui a trait à l'accord interjuge, la moyenne du coefficient est de 0,61. La stabilité des scores pour une période de 12 mois obtient un coefficient de 0,61. Sur le plan de la validité de contenu et de critères, les résultats montrent que presque tous les items du CBCL permettent de discriminer les enfants référés pour des services de ceux qui ne l'étaient pas. Concernant la validité de construit de l'échelle de comportements extérieurisés, elle est validée avec les critères diagnostics de certains troubles répertoriés dans le DSM-IV dont le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation (APA, 1994). Afin de cibler les variables pertinentes à la présente étude, les échelles globales/totales et celles des comportements intérieurisés et extérieurisés seront utilisées.

Préparation des données et analyses statistiques

À la suite du calcul des scores des MCMI-III, les questionnaires de trois participants sont considérés comme invalides. Les deux premiers sont invalides, car plus de 11 réponses étaient omises. Le troisième l'était en raison d'un score d'incohérence trop élevé à l'échelle W. Finalement, l'un des questionnaires a obtenu un score questionable, mais valide, à l'échelle V de validité. Ce questionnaire a donc été conservé dans la présente étude.

Afin de répondre au premier objectif de la recherche, la fréquence des scores cliniques, obtenant un score BR de plus de 75, aux différentes échelles du MCMI-III a été calculée. Pour répondre au deuxième objectif, soit de vérifier l'association entre les traits de personnalité des

parents présentant des enjeux de maltraitance et les problèmes intérieurisés et extérieurisés de leurs enfants, des corrélations de Pearson ont été effectuées. Les corrélations ont également été réalisées entre les traits de personnalité des parents et le score total au CBCL des enfants. Lorsque les corrélations étaient significatives à la fois pour les problèmes intérieurisés et extérieurisés, une comparaison de ces corrélations (comparaison de Steiger, 1980) était effectuée afin de vérifier si l'une ou l'autre était significativement plus forte sur le plan statistique.

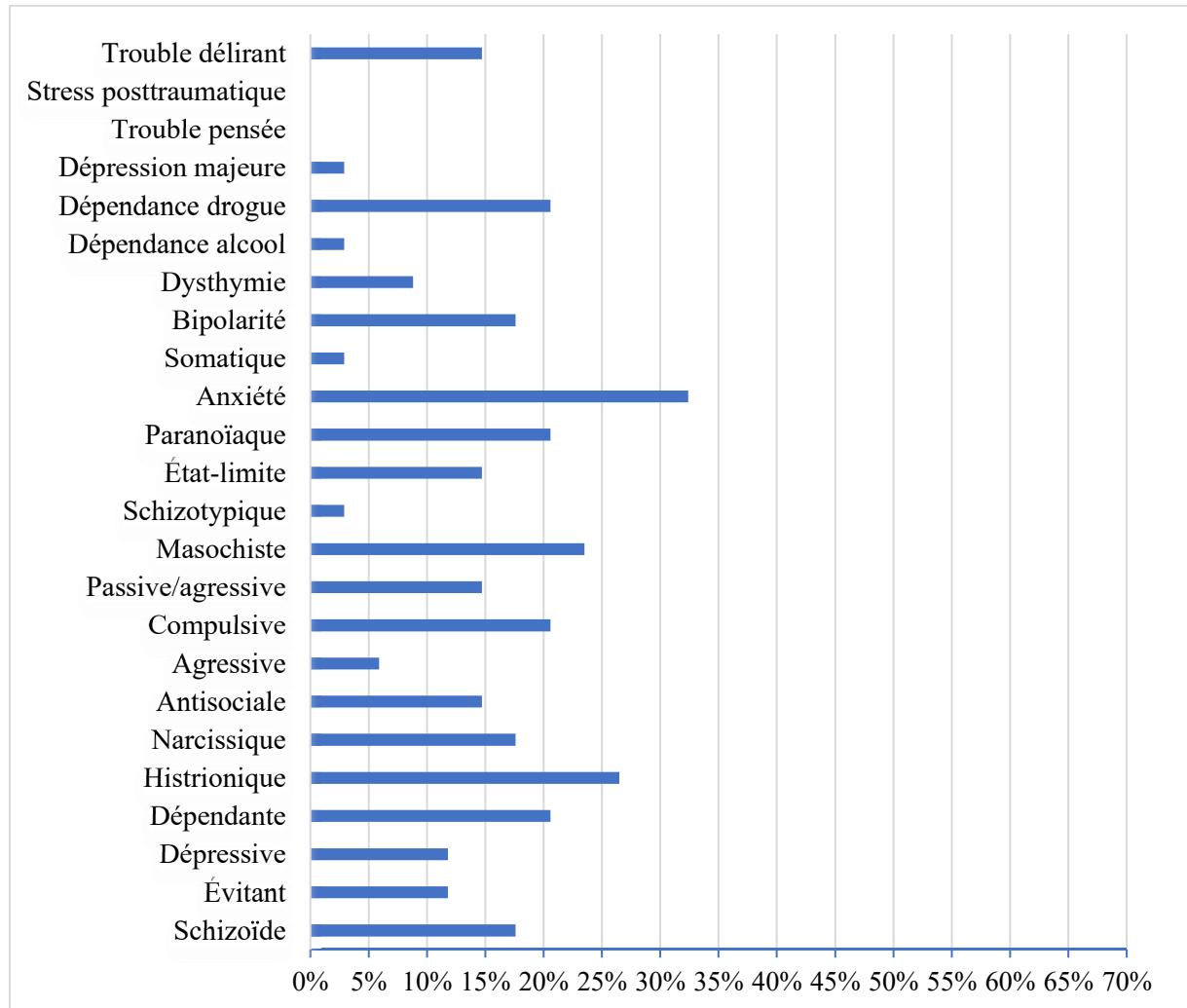
Résultats

Les données présentées à la Figure 1 permettent de répondre au premier objectif, soit de brosser le portrait des parents maltraitants sur le plan de la personnalité. Il est à noter que tous les parents ont au moins un score clinique et que le nombre d'échelles cliniques par parent est d'une à neuf pour une moyenne de quatre. On remarque que les parents ont plus de traits anormaux ou dysfonctionnels (BR de 75 à 84) que de troubles cliniques (BR de 85 et plus). L'échelle pour laquelle le plus de parents ont obtenu un score BR supérieur à 75 est celle d'anxiété puisque 11 parents sur 27 (32,4 %) ont un score clinique. En deuxième, on retrouve l'échelle histrionique chez 26,5 % des parents ($n = 9$). La troisième échelle la plus prévalente est obtenue chez huit participants de l'étude. Il s'agit du trait de personnalité masochiste (23,5 %). Plusieurs échelles ont obtenu un score clinique pour un seul des participants de l'étude (2,9 %) : dépression majeure, dépendance à l'alcool, somatique, schizotypique. Finalement, aucun parent n'obtient un score clinique, ou un taux BR supérieur à 75, pour les échelles de stress posttraumatique et de trouble de la pensée.

En ce qui concerne les résultats obtenus au CBCL pour le deuxième objectif, 20,6 % des enfants de l'échantillon présentent un score clinique à l'échelle de problèmes intérieurisés, 20,6 % à l'échelle de problèmes extérieurisés et 20,6 % à l'échelle totale. Il est possible de constater que les enfants ayant obtenu des scores à risque ou cliniques sont seulement huit des enfants participant à l'étude. Ils ressortent tous pour les trois échelles, excepté l'un d'eux qui a obtenu seulement un score clinique à l'échelle extérieurisée et un autre enfant qui obtient uniquement un score clinique pour les troubles intérieurisés.

Figure 1

Pourcentages des scores cliniques des parents aux échelles du MCMI-III



Le Tableau 1 présente les corrélations entre les échelles de personnalité des parents maltraitants et les échelles de problèmes intérieurisés, extérieurisés et totaux de leurs enfants. En ce qui concerne les problèmes intérieurisés chez l'enfant, des corrélations significatives et fortes sont obtenues par rapport aux échelles de personnalité des parents suivantes : schizoïde, évitante, dépressive, antisociale, passive-agressive, masochiste, schizotypique, état-limite, anxiété, bipolarité, stress posttraumatique et de trouble de la pensée. Aussi, la corrélation entre le nombre d'échelles cliniques du MCMI-III et les symptômes intérieurisés est forte ($r = 0,537$). Ainsi, plus les

parents ont un nombre élevé d'échelles cliniques au MCMII-III, plus le score de problèmes intérieurisés des enfants est élevé. Sur le plan des problèmes extérieurisés de l'enfant, des corrélations fortes et significatives sont obtenues avec les échelles du MCMII-III suivantes : schizoïde, évitante, dépressive, dépendante, passive-agressive, masochiste, schizotypique, anxiété et état-limite. La corrélation entre le nombre d'échelles cliniques et les problèmes extérieurisés est significative et modérée ($r = 0,392$), indiquant qu'un nombre plus élevé d'échelles cliniques de personnalité pour le parent est associé à des scores plus élevés de problèmes extérieurisés chez l'enfant.

Ensuite, les échelles de personnalité obtenant des corrélations fortes et significatives avec les problèmes comportementaux totaux des enfants sont : schizoïde, évitante, dépressive, dépendante, passive-agressive, masochiste, schizotypique, état-limite, anxiété, bipolarité, dysthymie, stress posttraumatique et trouble de la pensée. Une corrélation significative et forte ($r = 0,517$) est aussi obtenue entre le nombre d'échelles cliniques du MCMII-III et les problèmes comportementaux totaux des enfants.

Pour les traits de personnalité corrélés significativement à la fois aux problèmes intérieurisés et extérieurisés (schizoïde, évitant, dépressif, passif-agressif, masochiste, schizotypique, état-limite, anxiété, stress posttraumatique), les corrélations ont été comparées à l'aide du test de Steiger (1980) afin de déterminer si ces traits étaient corrélés plus fortement aux problèmes intérieurisés ou extérieurisés. Aucune des différences n'est significative, révélant que lorsque les traits de personnalités des parents sont associés à la fois aux problèmes intérieurisés et extérieurisés, ils le sont dans une même magnitude.

Certaines échelles de personnalité sont corrélées aux problèmes intérieurisés, mais pas significativement avec ceux extérieurisés. C'est le cas de l'échelle antisociale, de bipolarité et de trouble de la pensée. À l'inverse, une seule échelle de personnalité des parents est corrélée de façon significative aux problèmes extérieurisés, mais pas statistiquement à ceux intérieurisés, soit l'échelle dépendante.

Tableau 1

Corrélations entre les échelles de pathologies parentales et les problèmes comportementaux des enfants (N = 27)

Échelles de pathologie	Types de problèmes		
	Internalisés	Externalisés	Totaux
Schizoïde	0,565**	0,478*	0,535**
Évitant	0,424*	0,407*	0,423*
Dépressive	0,505**	0,436*	0,504**
Dépendante	0,362	0,472*	0,422*
Histrionique	-0,361	-0,254	-0,310
Narcissique	-0,142	-0,307	-0,165
Antisociale	0,419*	0,249	0,342
Agressive	0,378	0,139	0,263
Compulsive	-0,357	-0,318	-0,353
Passive/agressive	0,535**	0,411*	0,489**
Masochiste	0,506**	0,469*	0,515**
Schizotypique	0,444*	0,406*	0,470*
État-limite	0,553**	0,464*	0,561**
Paranoïaque	0,370	0,305	0,376
Anxiété	0,555**	0,553**	0,540**
Somatique	0,202	0,298	0,269
Bipolarité	0,480*	0,372	0,466*
Dysthymie	0,359	0,355	0,408*
Dépendance alcool	0,097	0,039	0,130
Dépendance drogue	0,314	-0,039	0,155
Stress posttraumatique	0,512**	0,388*	0,439*
Trouble pensée	0,540**	0,378	0,500**
Dépression majeure	0,274	0,298	0,308
Trouble délirant	0,290	0,201	0,307

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

Discussion

Considérant la présence élevée de problèmes intérieurisés et extérieurisés chez les enfants maltraités et afin d'explorer un facteur de risque potentiel, le présent mémoire visait deux objectifs. Le premier était de brosser le portrait des parents suivis par les services de protection de la jeunesse du Québec en ce qui concerne les traits de personnalité et les syndromes cliniques en utilisant le MCMI-III. Le deuxième objectif était de comprendre l'association entre ces traits de personnalité ou syndromes et la présence de problèmes comportementaux intérieurisés et extérieurisés chez leurs enfants.

Concernant le premier objectif, les résultats montrent que tous les parents ont au moins un score significatif à une échelle clinique. Cela indique que les parents de l'échantillon présentent un certain niveau de risque sur le plan de la personnalité. Les échelles les plus prévalentes chez les parents de l'étude sont : anxiété, histrionique et masochiste. L'anxiété semble évidente chez la clientèle de cette étude puisqu'elle se retrouve pour 32,4 % des parents participants. Quand on se fie aux facteurs de risque présentés en contexte théorique, on peut raisonnablement croire que ces conditions favorisent l'augmentation de stress et qu'à long terme, des troubles anxieux peuvent en résulter. Les résultats de ce mémoire vont également dans le même sens que la littérature puisque Bogacki et Weiss (2007) observaient des troubles anxieux chez 21 % de leurs participants, des parents accusés de négligence ou d'abus auprès de leurs enfants. Fontaine (2011) supporte également l'association entre les troubles anxieux et la maltraitance, mais de façon modeste en notant que cette échelle est significative uniquement chez le groupe d'abus et qu'elle semble augmenter en présence d'autres échelles. Ensuite, la forte prévalence obtenue pour l'échelle histrionique semble correspondre à ce qui est observé dans les études sur la personnalité des parents présentant des enjeux de maltraitance (Blood, 2008; Fontaine, 2011; Guy, 2014). Cependant, cette échelle est également fréquemment obtenue chez les populations normatives comme dans l'étude de Fontaine (2011) puisqu'elle obtenait un score clinique dans le groupe témoin auprès des parents non maltraitants. L'étude de Harvey *et al.* (2011) arrivait à des constats similaires que Fontaine (2011) puisque cette échelle ressortait dans son échantillon non clinique et les auteurs ont tiré comme conclusion que, dans cet échantillon, l'échelle histrionique pouvait

mesurer une flamboyance dite saine. Dans l'étude de Blood (2008), l'échelle d'histrionisme était obtenue pour la majorité de ses participants et du côté de l'étude de Guy (2014), les résultats indiquaient que le trait histrionique chez la mère est associé, dans une direction de corrélation négative, au niveau d'activité et à la prédisposition à la colère chez les garçons, mais pas chez les filles. L'auteure arrivait également au constat que pour les mères ayant un niveau de risque psychosocial faible, plus elles ont des scores élevés d'histrionisme, plus leurs enfants semblent exprimer du plaisir (Guy, 2014). Finalement, concernant l'échelle masochiste/autodestructrice, il est plus difficile d'identifier des raisons liées à cette forte prévalence, car la littérature ne semble pas l'avoir grandement étudiée. L'étude de Blood (2008) identifiait cependant une prévalence élevée de cette échelle auprès de leurs participantes en ordonnance de tribunal pour l'évaluation de leurs capacités parentales. Les résultats obtenus dans ce mémoire et dans l'étude de Blood (2008) conduisent à s'intéresser au lien entre les parents vivant des enjeux de maltraitance et le trait de personnalité masochiste. Les échelles moins répandues auprès des participants de l'étude sont : trouble de la pensée, stress posttraumatique, schizotypique, somatique, dépendance à l'alcool et dépression majeure. Selon ces résultats, une proportion importante de parents suivis en protection de la jeunesse pour des motifs de maltraitance se retrouvent avec des traits de personnalité ou syndromes cliniques.

Toujours pour le premier objectif, certains éléments semblent étonnantes. D'abord, le fait qu'un seul des 34 parents obtienne un score anormal sur l'échelle de dépendance à l'alcool. En effet, dans la littérature, il est reconnu que la dépendance à l'alcool est fréquente dans les clientèles à risque (Annerbäck *et al.*, 2010; Brook *et al.*, 1996; DePanfilis, 2006; Fontaine, 2011; Jaffee et Maikovich-Fong, 2011; Mayer *et al.*, 2007; Norman *et al.*, 2012; Stith *et al.*, 2009) comme celle des services de protection de la jeunesse. D'ailleurs, l'étude de Fontaine (2011), qui se déroulait avec les parents suivis par les services de protection de la jeunesse québécois et qui a été réalisée avec le MCMI-III, obtenait des résultats permettant de soutenir le lien entre la dépendance à l'alcool et la maltraitance en identifiant ce trait de personnalité plus fréquemment auprès des participants maltraitants (négligence ou abus physique) qu'avec le groupe témoin.

Pourtant, chez les parents de la présente étude, la dépendance à l'alcool ne semble pas être répandue (2,9 %).

Ensuite, il est surprenant qu'un seul parent obtienne un score anormal pour l'échelle de dépression majeure, puisqu'encore une fois, ce syndrome clinique est généralement fréquent dans les clientèles vulnérables (Baydar *et al.*, 2003; DePanfilis, 2006; Jaffee et Maikovich-Fong, 2011; Norman *et al.*, 2012; Stith *et al.*, 2009) dont font partie les familles suivies par la protection de la jeunesse. De plus, aucun parent de l'échantillon n'a obtenu de score clinique pour l'échelle de stress posttraumatique. Il s'agit pourtant d'un trait retrouvé plus fréquemment chez les clientèles vulnérables puisqu'elles vivent souvent dans des conditions de stress plus intense et où le risque de traumatismes se voit augmenté (DePanfilis, 2006; Stith *et al.*, 2009; Tucker et Rodriguez, 2014). Cela s'explique notamment par des facteurs familiaux ou environnementaux comme le fait de demeurer dans un quartier plus dangereux, l'exposition à la violence conjugale, le fait d'avoir subi de mauvais traitements étant enfant, etc. (Baydar *et al.*, 2003; DePanfilis, 2006; Mayer *et al.*, 2007; Stith *et al.*, 2009; Tucker et Rodriguez, 2014).

Puis, il importe de souligner que tous les parents obtiennent minimalement un score clinique aux échelles de l'instrument de mesure. Ce résultat va dans le même sens que l'étude de Fontaine (2011) qui obtenait au moins un score anormal chez 92 % de ses participants. Ainsi seulement 8 % des parents n'en avaient aucun, alors que son échantillon était supérieur à celui de la présente étude.

D'ailleurs, non seulement le dernier résultat, mais aussi les résultats surprenants décrits précédemment peuvent être expliqués par le faible nombre de participants dans l'étude. Il est effectivement possible que les 27 participants pour lesquels les données sur la personnalité étaient disponibles ne soient pas exactement représentatifs de la population des parents suivis par les services de protection de la jeunesse. Notamment, l'ensemble des parents de l'échantillon avait la garde de leur enfant après le signalement de ce dernier, indiquant un niveau de risque plus faible que pour les parents dont la garde de l'enfant a été retirée par exemple. De plus, tous les types de

maltraitance étaient confondus. Ainsi, il est possible que notre échantillon ait présenté davantage de parents ayant commis des abus sexuels par exemple et que ceux-ci ne soient pas représentatifs des autres parents suivis par les services de protection de la jeunesse.

Toujours à propos du premier objectif, Fontaine (2011) avait également confirmé le lien, souvent documenté dans la littérature, entre la maltraitance et le trait de personnalité limite. Les résultats vont dans ce sens, mais de façon moindre que ce qu'il aurait été possible de croire puisque cinq des parents ont obtenu des scores significatifs à cette échelle, ce qui équivaut à près de 15 %. Les résultats vont aussi dans le même sens que la littérature (Fontaine, 2011; Rowland et Marwaha, 2018) concernant le lien entre la maltraitance et la bipolarité puisque six des parents (18 %) ont obtenu un score significatif sur cette échelle. Rowland et Marwaha (2018) précisent d'ailleurs que les enfants ayant vécu des mauvais traitements, particulièrement émotionnels, auraient quatre fois plus de chance de développer un trouble bipolaire eux-mêmes. Le vécu de maltraitance à l'enfance serait ainsi un facteur de risque de développer cette problématique à l'âge adulte. De plus, il est documenté que les mauvais traitements sont souvent reproduits dans les futures générations (DePanfilis, 2006; Fontaine, 2011; Prevent Child Abuse America, 2001) ce qui pourrait conduire à une chaîne de transmission du trouble bipolaire, en plus des mauvais traitements posés envers les enfants.

Le deuxième objectif était d'apprécier le lien entre les traits de personnalité des parents suivis par les services de protection de la jeunesse québécois et la présence de problèmes comportemental chez leurs jeunes enfants. Les résultats permettent d'apprécier le lien entre les échelles du MCMI-III des parents et les résultats aux trois échelles du CBCL des enfants, complétées par le parent. De fortes corrélations significatives sont présentes entre différents traits de personnalité cliniques chez les parents et les comportements intérieurisés et extérieurisés des enfants. Aussi, plus le parent rapporte de traits cliniques, plus l'enfant présente de problèmes intérieurisés et extérieurisés. Puisque dans tous les cas, les corrélations sont particulièrement fortes, il semble juste de penser que cette association mérite une attention particulière. Il est cependant intéressant de constater que toutes les associations sont obtenues à partir d'un nombre limité

d'enfants avec des difficultés comportementales. En effet, six ont obtenu des résultats significatifs pour les trois échelles alors que les deux autres avaient un score significatif soit pour les comportements intérieurisés ou extérieurisés.

Les résultats de la présente étude vont dans le même sens que ceux de Guy (2014) qui rapportait une corrélation significative entre la personnalité antisociale et les comportements intérieurisés des enfants. De plus, les résultats de Guy (2014) ne révélaient aucune corrélation significative pour les échelles d'histrionisme et de narcissisme, allant dans le même sens que les résultats présents. Cependant, il y a également d'autres échelles pour lesquelles les corrélations de la présente étude n'étaient pas significatives soit : agressive, compulsive et dépendance à l'alcool et aux drogues. Ensuite, malgré les résultats de plusieurs études antérieures démontrant le lien entre l'échelle de dépression majeure et l'adaptation de l'enfant (Conroy *et al.*, 2010; Conroy *et al.*, 2012; Duthu *et al.*, 2008), la faible prévalence de cette échelle au sein de notre échantillon n'a pas permis de répliquer ce résultat. Il semble toutefois important d'explorer davantage l'association entre la dépression du parent et l'adaptation de l'enfant. En effet, Harvey *et al.* (2011) ont démontré que la dépression majeure était reliée à la parentalité chez 31,5 % des parents de leur étude. Il est ainsi possible de supposer que les effets de la dépression majeure sur la parentalité pourraient ensuite avoir des impacts sur le comportement des enfants concernés. De plus, une recherche distincte (Kochanska *et al.*, 1997) établit que les traits émotionnels négatifs comme la tristesse, l'anxiété et la colère, que l'on retrouve fréquemment chez les parents atteints de dépression majeure, pourraient avoir des impacts significatifs sur le développement comportemental des enfants.

Sur un autre aspect du deuxième objectif, Guy (2014) rapporte que huit des neuf traits de personnalité qu'elle observait chez les parents de son étude étaient reliés aux aspects négatifs et extérieurisés des comportements des enfants et une seule corrélation était significative avec l'aspect intérieurisé. Les résultats de la présente étude ne correspondent avec à ceux obtenus dans le sienne. En effet, pour pratiquement toutes les corrélations significatives entre le trait de personnalité parental et les comportements extérieurisés des enfants, la corrélation était tout aussi

significative du côté intérieurisé. Au contraire, selon les résultats obtenus, certaines échelles de personnalité sont corrélées aux problèmes intérieurisés, mais pas avec ceux extériorisés : antisociale, bipolarité et trouble de la pensée. Une seule échelle de personnalité des parents s'est révélée corrélée de façon significative aux problèmes extériorisés, mais pas à ceux intérieurisés, soit l'échelle dépendante. Les résultats de l'étude actuelle suggèrent que la présence de traits de personnalité clinique chez les parents ne permet pas de distinguer la présence de problèmes intérieurisés des problèmes extériorisés. Ainsi, des études supplémentaires permettant de différencier les trajectoires menant les enfants au développement de troubles intérieurisés ou extériorisés sont nécessaires.

Bref, bien que cette association ait été peu étudiée jusqu'à maintenant, la personnalité du parent semble s'inscrire comme un facteur de risque dans l'environnement familial des enfants maltraités pouvant expliquer en partie la prévalence plus élevée de difficultés comportementales tant extériorisées qu'intérieurisées chez cette population.

L'association entre les deux variables pourrait être due à certains facteurs de risque en lien à la fois avec la personnalité ou la santé mentale du parent et avec les problèmes de comportement chez l'enfant. En effet, l'exposition à des milieux de vie dangereux augmente le risque pour le parent de développer des syndromes ou problématiques de santé mentale comme la dépendance et augmente également le risque pour l'enfant de développer des difficultés comportementales (DePanfilis, 2006). Ensuite, étant donné que certaines problématiques de santé mentale peuvent altérer le jugement et rendre la réponse aux besoins de leurs enfants plus ardue, la présence de troubles de comportement peut résulter de ces contextes de négligence (Blood, 2008; DePanfilis, 2006; Mayer *et al.*, 2007). Ainsi, on pourrait croire que la relation entre les variables pourrait être expliquée non seulement par ces difficultés de façon distincte, mais aussi par l'interaction entre le parent présentant des difficultés parentales et le niveau d'exigences important de l'enfant qui présente des problématiques comportementales. On peut penser que l'enfant qui présente des problématiques comportementales demande une charge supplémentaire à un parent comparativement à un enfant sans ce type de problématique. Effectivement, si les

difficultés sont davantage extériorisées, l'enfant risque de faire plus de crises de colère ou de présenter de l'agressivité physique envers son parent ou ses pairs par exemple. Si les difficultés sont plus marquées de façon intérieurisée, l'enfant risque de présenter des traits anxieux, dépressifs ou d'être retiré socialement, pour ne nommer que ces exemples. Dans les deux cas, le parent aura des interventions à poser afin d'aider son enfant à réguler ses émotions et ses comportements et plus les difficultés seront marquées, plus l'aide qu'il devra apporter sera majeure. Cependant, si le parent vit lui-même avec des problématiques sur le plan de la santé mentale, il est fort probable que sa capacité à aider son enfant en soit impactée. Cette interaction entre les problématiques du parent et celles de son enfant risque alors d'accentuer les difficultés de part et d'autre.

Une hypothèse intéressante est que l'association entre la personnalité du parent et les comportements de l'enfant puisse être indirecte et plutôt expliquée par les comportements parentaux. En effet, comme mentionné dans le contexte théorique, Puff et Renk (2016) ont trouvé des prédicteurs importants concernant les comportements extériorisés des enfants, notamment les pratiques parentales punitives et le manque de rythmicité dans les activités quotidiennes. De même, une étude distincte (McCulloch *et al.*, 2000) a obtenu comme résultats que les troubles comportementaux extériorisés peuvent être associés à une éducation non positive des enfants par les parents. Pour les comportements intérieurisés, les prédicteurs sont plutôt la rigidité maternelle et les pratiques parentales punitives. De plus, les résultats des études sur les cinq dimensions du *Big five*, nommées précédemment permettent de conclure que ces aspects de la personnalité sont reliés aux comportements parentaux et au fonctionnement des enfants (Prinzie *et al.*, 2005; Puff et Renk, 2016). La méta-analyse de Prinzie *et al.* (2009) proposait également des résultats intéressants en lien avec des aspects de la personnalité et les dimensions parentales. Leurs résultats concluaient effectivement que la personnalité est corrélée aux pratiques parentales. Il est donc possible d'envisager que les traits de personnalité des parents sont associés à des variations dans les pratiques parentales, et que ces variations dans les pratiques parentales sont associées à leur tour aux comportements intérieurisés et extériorisés de l'enfant. Donc, l'association entre la personnalité du parent et les problèmes de comportement de l'enfant pourrait s'expliquer, du

moins en partie, par les pratiques parentales. L'examen de ce lien de médiation permettrait de mieux comprendre les mécanismes impliqués dans cette association. De plus, il serait intéressant d'étudier le rôle modérateur des pratiques parentales dans cette association, où des comportements parentaux plus sensibles pourraient agir comme facteur de protection pour le développement de difficultés comportementales chez l'enfant lorsque le parent présente des traits de personnalité cliniques.

Limites de l'étude

Pour commencer, il est important de mentionner que cette étude a été réalisée avec peu de participants. Les résultats sont donc intéressants, mais doivent être interprétés avec prudence et devront être reproduits avant d'être généralisés. Au premier temps de mesure, dans le cadre du projet « DéveloppementS », dont les données ne sont pas utilisées dans le présent mémoire puisque celles-ci ont été obtenues dans le cadre du projet subséquent : « ÉvolutionS », on comptait environ 80 participants. Ce nombre a diminué pour atteindre 34 dyades parent-enfant. Ainsi, le pourcentage d'attrition est d'environ 50 %. Ce taux d'attrition est toutefois similaire à celui d'autres études réalisées auprès de populations vulnérables (Rothenbühler et Voorpostel, 2016), les participants de ces populations étant plus susceptibles d'abandonner ou de mettre un terme à leur participation. Par exemple, dans l'étude de Rothenbühler et Voorpostel (2016), les caractéristiques liées à un fort taux d'attrition sont : déménager souvent, être sans emploi, être isolé socialement et le fait d'avoir un état de santé précaire. Le faible revenu financier est également corrélé à l'abandon de la participation à des recherches dans certains contextes. Comme mentionné dans la section sur les participants, certaines de ces caractéristiques, par exemple, le fait d'être sans emploi, se retrouvent dans l'échantillon de la présente étude. Chez les 34 participants restants de ce mémoire, certains n'ont pas rempli les questionnaires au complet ou ont produit des questionnaires invalides pour diverses raisons. En somme, 27 questionnaires MCMI-III et 34 CBCL ont pu être utilisés pour effectuer les analyses.

Ensuite, il est important de mentionner que les questionnaires sont tous deux des instruments de mesure autorapportés. Ainsi, les parents pourraient avoir tendance à percevoir

leurs comportements pires ou sous un meilleur jour que la réalité. Cependant, le MCMI-III compte trois échelles de validité et trois indices de modification permettant de cibler certains biais de réponse. Ainsi, les participants dont les questionnaires ont été jugés invalides ont été exclus de la présente étude.

Le biais pourrait être plus significatif pour le CBCL puisque les parents pourraient avoir tendance à percevoir les comportements de leurs enfants de façon amplifiée ou en les amoindrissant. Il est d'abord possible d'imaginer une tendance chez les parents à percevoir ou remarquer plus aisément les comportements extériorisés de leurs enfants comparativement à ceux intérieurisés qui sont souvent plus difficilement détectables (Turgeon, 2003). De plus, les échelles du CBCL sont remplies par le parent qui a les symptômes cliniques ou les troubles répertoriés au MCMI-III et qui n'est donc probablement pas un évaluateur objectif des comportements de l'enfant. Par exemple, le parent ayant une problématique d'anxiété est certainement plus nerveux, et donc plus attentif aux comportements de son enfant que le parent évitant. Ainsi, les corrélations fortes obtenues pourraient être expliquées, en partie, par le fait que les deux outils ont été complétés par le même répondant.

L'utilisation du MCMI-III (Millon *et al.*, 2006) est une autre limite à considérer, car il s'agit d'un instrument de mesure de personnalité pour lequel la réponse aux questions demande un temps considérable. Effectivement, avec ses 175 questions, il demande environ 20 à 30 minutes de passation. On peut donc suspecter qu'avec la fatigue qui augmente et la concentration qui diminue à mesure que l'on avance dans la réponse au questionnaire, les dernières questions soient moins bien répondues. D'ailleurs, certains répondants n'ont pas remarqué que le questionnaire était recto verso et donc, la moitié des questions n'ont pas été répondues, rendant ces questionnaires invalides.

Une limite supplémentaire de l'étude pouvant être mentionnée est que les différences possibles des traits parentaux selon le type de maltraitance adoptée envers leurs enfants n'ont pas été examinées. En effet, considérant le faible nombre de participants, la diversité des types de

maltraitance auxquels les enfants ont été exposés et la concomitance fréquente de ces types de maltraitance, cette analyse n'a pu être réalisée dans le cadre de la présente étude. D'autres analyses comparatives seraient pertinentes puisque cela semble avoir été peu étudié, bien qu'une méta-analyse (Wilson *et al.*, 2008) a identifié des résultats intéressants concernant les comportements parentaux en fonction du type de mauvais traitements. Plus précisément, les comportements d'aversion distinguaient bien les parents violents physiquement des parents non maltraitants. Ensuite, l'implication distinguerait particulièrement les parents négligents de ceux non maltraitants.

Conclusion

La population des familles suivies par les services de protection de la jeunesse est une population à risque. Les résultats de l'étude confirment effectivement la présence de facteurs de risque sur le plan de la personnalité des parents puisqu'ils présentent des traits de personnalité et des syndromes cliniques pouvant poser un risque pour l'adaptation de l'enfant. Ces résultats permettent de considérer que les traits de personnalité pathologiques et les syndromes mentaux cliniques, particulièrement anxiété, histrionique et masochiste se retrouvent en proportion importante chez les parents qui ont des problématiques de maltraitance.

Ensuite, les résultats permettent de conclure qu'un nombre plus élevé de traits cliniques chez les parents de cette étude est associé à une plus grande proportion de problèmes de comportement chez leurs enfants. Les corrélations les plus significatives entre les trois échelles du CBCL ciblées sont avec les traits parentaux schizoïde, passif-agressif, masochiste, état-limite, dépressif et le syndrome clinique d'anxiété. Les fortes associations entre les échelles de personnalité des parents et les comportements intérieurisés et exteriorisés des enfants soulignent l'importance de considérer les traits de personnalité comme une cible d'intervention potentielle et de porter une attention particulière aux parents présentant des traits de personnalité cliniques. D'ailleurs, une intervention individuelle auprès du parent sous la forme d'une psychothérapie pourrait être pertinente en plus des types d'interventions déjà offerts aux familles vulnérables qui s'attardent principalement au développement des capacités parentales.

Références

- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Alareqe, N. A., Roslan, S., Nordin, M. S., Ahmad, N. A. et Taresh, S. M. (2021). Psychometric properties of the Millon Clinical Multiaxial Inventory–III in an Arabic clinical sample compared with American, Italian, and Dutch cultures. *Frontiers in Psychology*, 12, Article e562619. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.562619>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd.).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.).
- Annerbäck, E.-M., Svedin, C.-G. et Gustafsson, P. A. (2010). Characteristic features of severe child physical abuse: A multi-informant approach. *Journal of Family Violence*, 25(2), 165-172.
- Barlow, J., Smailagic, N., Ferriter, M., Bennett, C. et Jones, H. (2010). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 17(3), Article CD003680. <https://doi.org/10.1002/14651858>
- Baydar, N., Reid, M. J. et Webster-Stratton, C. (2003). The role of mental health factors and program engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for head start mothers. *Child Development*, 74(5), 1433-1453.
- Blood, L. (2008). The use of the MCMI-III in completing parenting capacity assessments. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 8(1), 24-38.
- Bogacki, D. F. et Weiss, K. J. (2007). Termination of parental rights: Focus on defendants. *The Journal of Psychiatry & Law*, 35(1), 25-45.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte. La séparation, angoisse et colère*. Presses universitaires de France.
- Brook, J. S., Tseng, L.-J. et Cohen, P. (1996). Toddler adjustment: Impact of parents' drug use, personality, and parent-child relations. *The Journal of Genetic Psychology*, 157(3), 281-295. <https://doi.org/10.1080/00221325.1996.9914866>

- Buehler, C., Anthony, C., Krishnakumar, A., Stone, G., Gerard, J. et Pemberton, S. (1997). Interparental conflict and youth problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 6(2), 233-247.
- Butcher, J. N. (2010). Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 1-3.
- Centre jeunesse de Montréal. (2007). *Bilan DPJ 2006-2007*. https://ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciusss_oim/Votre_CIUSSS/Documentation/Bilans_DPJ/bilan_dpi_2007.pdf
- Conroy, S., Marks, M. N., Schacht, R., Davies, H. A. et Moran, P. (2010). The impact of maternal depression and personality disorder on early infant care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(3), 285-292. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0070-0>
- Conroy, S., Pariante, C. M., Marks, M. N., Davies, H. A., Farrelly, S., Schacht, R. et Moran, P. (2012). Maternal psychopathology and infant development at 18 months: The impact of maternal personality disorder and depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 51-61.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J. et Van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87-108. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990289>
- DePanfilis, D. (2006). *Child neglect: A guide for prevention, assessment, and intervention*. Department of Health and Human Services.
- Depue, R. (1987). *General behavior inventory*. University of Minnesota.
- Duthu, S., Blicharski, T., Bouchet, G. et Bourdet-Loubère, S. (2008). Caractéristiques parentales et représentations du tempérament de l'enfant : influence des traits de personnalité, des symptômes psychiatriques et de l'écologie familiale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56(3), 155-164.
- Fergusson, D. M., John Horwood, L. et Ridder, E. M. (2005). Show me the child at seven: The consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 837-849. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00387>
- Fontaine, D. (2011). *Étude des troubles de la personnalité et des fonctions exécutives hot chez des parents dont le signalement pour conduite violente ou négligente a été retenu* [Thèse de doctorat inédite]. Université du Québec à Trois-Rivières.

- Fortin, L., Marcotte, D., Royer, E. et Potvin, P. (2000). Les facteurs discriminants sur les plans personnel, familial et scolaire entre les troubles de comportement intérieurisés, extérieurisés et concomitants chez des élèves de première secondaire. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(1), 197-218.
- Gouvernement du Canada. (2021). *Maltraitance des enfants : information et ressources*. Repéré le 13 octobre 2021 à <https://canada.justice.gc.ca/fra/jp-cj/vf-fv/me-ca.html>
- Guy, A. (2014). *Personnalité maternelle et tempérament de l'enfant : liens spécifiques et effets modérateurs du sexe de l'enfant et du niveau de risque psychosocial* [Mémoire de maîtrise inédit]. Université de Sherbrooke.
- Harvey, E., Stoessel, B. et Herbert, S. (2011). Psychopathology and parenting practices of parents of preschool children with behavior problems. *Parenting*, 11(4), 239-263. <https://doi.org/10.1080/15295192.2011.613722>
- Hornor, G. (2014). Child neglect: Assessment and intervention. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(2), 186-192. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.10.002>
- Jackson-Koku, G. (2016). Beck Depression Inventory. *Occupational Medicine*, 66(2), 174-175.
- Jaffee, S. R. et Maikovich-Fong, A. K. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 184-194. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02304>
- Kelly, J. B. (2003). Parents with enduring child disputes: Multiple pathways to enduring disputes. *Journal of Family Studies*, 9(1), 37-50. <https://doi.org/10.5172/jfs.9.1.37>
- Kim, J., Cicchetti, D., Rogosch, F. A. et Manly, J. T. (2009). Child maltreatment and trajectories of personality and behavioral functioning: Implications for the development of personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(3), 889-912. <https://doi.org/10.1017/s0954579409000480>
- Kochanska, G., Lee Clark, A. et Goldman, M. S. (1997). Implications of mothers' personality for their parenting and their young children's developmental outcomes. *Journal of Personality*, 65(2), 387-420.
- Low, J. A. et Webster, L. (2016). Attention and executive functions as mediators of attachment and behavior problems. *Social Development*, 25(3), 646-664. <https://doi.org/10.1111/sode.12166>
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K. et Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, 49(4), 672-689. <https://doi.org/10.1037/a0028793>

- Mayer, M., Lavergne, C., Tourigny, M. et Wright, J. (2007). Characteristics differentiating neglected children from other reported children. *Journal of Family Violence*, 22(8), 721-732. <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9120-0>
- McCulloch, A., Wiggins, R. D., Joshi, H. E. et Sachdev, D. (2000). Internalising and externalizing children's behaviour problems in Britain and the US: Relationships to family resources. *Children & Society*, 14(5), 368-383. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2000.tb00191>
- McGilloway, S., Mhaille, G. N., Bywater, T., Furlong, M., Leckey, Y., Kelly, P., Comiskey, C. et Donnelly, M. (2012). A parenting intervention for childhood behavioral problems: A randomized controlled trial in disadvantaged community-based settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 116-127. <https://doi.org/10.1037/a0026304>
- Millon, T. (1997). *The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual* (2^e éd.). National Computer Systems.
- Millon, T., Millon, C., Davis, R. D. et Grossman, S. (2006). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (3^e éd.). Pearson.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Les enfants, notre priorité ! Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux 2021*. https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/bilan_dpj_2021_version_finale_et_officielle_logo_du_quebec_au_verso.pdf
- Morey, L. C., Blashfield, R. K., Webb, W. W. et Jewell, J. (1988). MMPI scales for DSM-III personality disorders: A preliminary validation study. *Journal of Clinical Psychology*, 44(1), 47-50.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. et Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *Public Library of Science Medicine*, 9(11), Article e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Maltraitance des enfants*. Repéré le 3 janvier 2022 à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Perrault, I. et Beaudoin, G. (2008). *La négligence envers les enfants : bilan des connaissances*. Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.
- Peters, K. M. (2013). *Marital conflict in child custody disputes and the corresponding psychological variables* (Publication N°. 3576436) [Thèse de doctorat, Université Immaculata]. ProQuest Dissertations and Theses Global. <https://www.proquest.com/openview/4df355bdcc7b8a54d8ece7e0d1a5e9b8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>

- Pillet, V. (2007). La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire. *Dialogue, 1*, 7-14.
<https://doi.org/10.3917/dia.175.0007>
- Prevent Child Abuse America. (2001). *Prevent child abuse America advocacy*.
<https://nic.unlv.edu/files/old/files/PCAAmericaAdvocacyGuide.pdf>
- Prinzie, P., Stams, G. J. J., Deković, M., Reijntjes, A. H. et Belsky, J. (2009). The relations between parents' big five personality factors and parenting: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology, 97*(2), 351-362. <https://doi.org/10.1037/a0015823>
- Puff, J. et Renk, K. (2016). Mothers' temperament and personality: Their relationship to parenting behaviors, locus of control, and young children's functioning. *Child Psychiatry & Human Development, 47*(5), 799-818. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0613-4>
- Reid, R., Gonzalez, J. E., Nordness, P. D., Trout, A. et Epstein, M. H. (2004). A meta-analysis of the academic status of students with emotional/behavioral disturbance. *The Journal of Special Education, 38*(3), 130-143.
- Rescorla, L. A. (2005). Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 11*(3), 226-237. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20071>
- Rosanbalm, K. D., Snyder, E. H., Lawrence, C. N., Coleman, K., Frey, J. J., van den Ende, J. B. et Dodge, K. A. (2016). Child wellbeing assessment in child welfare: A review of four measures. *Children and Youth Services Review, 68*, 1-16.
<https://doi.org/10.1016/j.chillyouth.2016.06.023>
- Rothenbühler, M. et Voorpostel, M. (2016). Attrition in the Swiss household panel: Are vulnerable groups more affected than others? Dans M. Oris, C. Roberts, D. Joye et M. E. Stähli (dir.), *Surveying human vulnerabilities across the life course* (p. 223-244). Springer.
- Rowland, T. A. et Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology, 8*(9), 251-269.
<https://doi.org/10.1177%2F2045125318769235>
- Steiger, J. H. (1980). Tests for comparing elements of a correlation matrix. *Psychological Bulletin, 87*(2), 245-251. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.87.2.245>
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M. et Dees, J. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 14*(1), 13-29.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>

Trapolini, T., McMahon, C. A. et Ungerer, J. A. (2007). The effect of maternal depression and marital adjustment on young children's internalizing and externalizing behaviour problems. *Child: Care, Health and Development*, 33(6), 794-803.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00739>

Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R. et Mckenzie, B. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*. https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cisfr-ecirf/pdf/cis_f.pdf

Tucker, M. C. et Rodriguez, C. M. (2014). Family dysfunction and social isolation as moderators between stress and child physical abuse risk. *Journal of Family Violence*, 29(2), 175-186.

Turgeon, P. (2003). *Les manifestations d'intérieurisation et d'exteriorisation chez des enfants victimes de négligence avec ou sans abus physique* [Thèse de doctorat inédite]. Université du Québec à Trois-Rivières.

Wilson, S. R., Rack, J. J., Shi, X. et Norris, A. M. (2008). Comparing physically abusive, neglectful, and non-maltreating parents during interactions with their children: A meta-analysis of observational studies. *Child Abuse & Neglect*, 32(9), 897-911.
<https://doi.org/10.1016/j.chabu.2008.01.003>

Yanagida, E. H. et Ching, J. W. (1993). MMPI profiles of child abusers. *Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 569-576.

Chapitre 3 : conclusion générale

Afin de conclure l'ensemble de ce travail de mémoire, il convient de revenir sur les défis vécus par les familles vulnérables dans les contextes présentés et de les approfondir. De plus, le modèle psychodéveloppemental, décrit en introduction, sera analysé en fonction des résultats obtenus dans l'article scientifique. Ensuite, les implications cliniques relatives à cette recherche seront identifiées de même que celles liées au travail des psychoéducatrices et des psychoéducateurs. Finalement, des pistes de recherches futures seront suggérées afin d'aller plus loin dans les connaissances de sujets associés aux familles vulnérables, à la personnalité ou au développement.

Défis vécus par les familles vulnérables

Étant donné l'ensemble des facteurs de risque dans l'environnement des familles vulnérables dont font partie les familles recevant les services de protection de la jeunesse, ces dernières font face à de nombreux défis dans le processus de réadaptation. D'abord, l'annonce du signalement est fréquemment vécue comme un choc pour les parents qui peuvent vivre de la tristesse, de la colère et de la honte notamment (Gouvernement du Québec, 2021). Le choc amène souvent un déséquilibre pour les membres de la famille puisqu'ils n'ont plus un niveau de convenance adéquat entre leurs ressources individuelles et la situation à laquelle ils sont exposés. En effet, la situation est particulièrement anxiogène et plusieurs individus qui la vivent auront besoin d'un certain temps pour s'adapter et récupérer un bon niveau de convenance. Cependant, c'est justement ce déséquilibre qui peut devenir un levier de changement si la personne possède suffisamment de ressources internes, de capacités adaptatives et/ou si les ressources externes ou environnementales sont suffisantes (Gouvernement du Québec, 2021; Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec [OPPQ], 2014). Malheureusement, comme il a été mentionné précédemment, ces familles ont généralement plusieurs problématiques que ce soit sur le plan de la santé mentale, de la consommation de substances psychoactives, le fait d'être isolé socialement ou de s'affilier à des groupes criminalisés ou encore de devoir vivre dans la pauvreté (Stith *et al.*, 2009; Trocmé *et al.*, 2001). En tenant compte de ces facteurs de risque, il est possible de penser que le déséquilibre de la famille ne sera pas dynamique pour les parents et qu'ils ne seront pas en mesure de faire l'acquisition d'apprentissages et de maintenir la

motivation nécessaire au changement de leur situation. En effet, puisque l'écart entre le potentiel d'adaptation et les composantes difficiles de la situation est trop grand, il est probable que ces personnes ne parviennent pas à un niveau de convenance adéquat et qu'elles soient démotivées, vivent un sentiment d'échec et augmentent le déséquilibre entre leur potentiel actuel adaptatif et leur situation (OPPQ, 2014).

Ensuite, les intervenants des services de protection de la jeunesse doivent inciter les parents à participer activement dans la réponse aux besoins de leur enfant et à se responsabiliser (Gouvernement du Québec, 2021). Cependant, étant donné les facteurs de vulnérabilité de certains parents et la prévalence de problématiques de santé mentale augmentée chez cette clientèle, dont certaines pouvant altérer le jugement et la réponse aux besoins de leurs enfants (Blood, 2008; DePanfilis, 2006; Mayer *et al.*, 2007), il peut être difficile de participer activement à ce processus de responsabilisation.

De plus, lorsque ces parents demandent de l'aide, ils font souvent face à un défi supplémentaire, celui de la pénurie de ressources. Le manque d'intervenants, particulièrement, nuit à la qualité des services en rendant certains programmes spécialisés inaccessibles et en créant une instabilité du personnel impliqué auprès de ces familles (Gouvernement du Québec, 2021; Lafourture et Gilbert, 2013). Ce contexte fait en sorte que les parents doivent faire entrer fréquemment une nouvelle personne chez eux et dans leur intimité et nuit à la création d'un lien de confiance thérapeutique.

Pour finir, les parents reçoivent peu de services et ceux reçus ne répondent pas à l'ensemble de leurs difficultés, mais semblent cibler principalement le développement des compétences parentales et le manque de ressources matérielles comme les couches et les vêtements. De ce fait, l'aide concernant les enjeux de désaffiliation et de santé mentale semble oubliée ou mise de côté (Lafourture et Gilbert, 2013).

Modèle psychodéveloppemental

Pour revenir sur le modèle psychodéveloppemental de Cummings *et al.* (2020) présenté en introduction, à la lumière des résultats obtenus dans les études consultées pour effectuer le contexte théorique et selon la direction des résultats de l'étude de ce mémoire, on constate que les enfants vivant dans des contextes de maltraitance sont confrontés à un défi supplémentaire pour atteindre l'adaptation interne et à leur environnement. En effet, la maltraitance est un facteur de risque important qui affecte significativement le développement tant physique, cognitif, émotionnel, comportemental que social (Jaffee et Maikovich-Fong, 2011; Kim *et al.*, 2009; Norman *et al.*, 2012; OMS, 2020; Perrault et Beaudoin, 2008; Perron, 2016). Elle provoque un taux de stress élevé à l'individu victime (Jaffee et Maikovich-Fong, 2011; Kim *et al.*, 2009; Norman *et al.*, 2012) et inflige des impacts significatifs sur la santé mentale (Norman *et al.*, 2012; OMS, 2020; Prevent Child Abuse America, 2001). De plus, les résultats semblent indiquer, malgré leur portée limitée, que les parents maltraitants ont davantage de traits de personnalité pathologiques et de syndromes mentaux cliniques. Les enfants se retrouvent donc avec un facteur de risque supplémentaire à celui d'être victime de mauvais traitements et ces deux facteurs, non seulement cumulatifs, mais surtout en interaction, ont le potentiel de générer d'autant plus de difficultés pour l'adaptation de l'enfant (Cummings *et al.*, 2020; Douville et Bergeron, 2018). La trajectoire développementale de ces enfants, évoluant parmi des facteurs de risque majeurs, est donc grandement affectée et pourrait, si des interventions auprès de ceux-ci, de leurs parents et familiales ne sont pas réalisées, se diriger vers une trajectoire à risque, voire même pathologique (Chamberland *et al.*, 2015; Edwards et Yu, 2018; Guy, 2014; Jaffee et Maikovich-Fong, 2011; Kim *et al.*, 2009; Kochanska *et al.*, 1997; Kohl *et al.*, 2011; Norman *et al.*, 2012; Perron, 2016; Yoshikawa *et al.*, 2001).

Implications cliniques

Sur le plan clinique, les résultats obtenus à cette étude pourraient être utiles quant à l'amoindrissement des problèmes comportementaux des enfants exposés à la maltraitance. En effet, même s'il s'agit de résultats exploratoires dont la portée est limitée, ils permettent de connaître les cibles d'intervention à privilégier. Effectivement, notons d'abord que la prévention

et l'intervention pourraient davantage se centrer sur les problématiques de santé mentale chez les parents des services de protection de la jeunesse québécois et non uniquement sur le développement des capacités parentales. D'autre part, ces résultats renseignent sur les troubles de personnalité ou de syndromes cliniques qu'on pourrait retrouver chez cette clientèle, ce qui peut aider pour la détection et le dépistage des parents à risque.

De plus, il est intéressant de mentionner que puisque l'intervention est parfois plus difficile à réaliser auprès de parents qui ont des traits de personnalité cliniques ou pathologiques, on évite parfois d'offrir les interventions à ces parents. Effectivement, on présume qu'ils seront moins réceptifs à l'intervention et que les effets bénéfiques seront donc moins présents. Dans les faits, si l'on se fie aux résultats exploratoires de la présente étude, les enfants de ces parents auraient grandement besoin de soutien.

Il est possible d'envisager différents types d'intervention dans ce contexte. Un exemple serait une intervention individuelle auprès du parent en psychologie qui ciblerait directement les traits de personnalité ou les syndromes cliniques qu'il présente. Pour ces interventions, on peut penser, par exemple, à trois approches plus étudiées dans le traitement des troubles de personnalité. D'abord, l'approche psychodynamique, qui considère plusieurs facettes de la personnalité comme la façon de penser, de se comporter, de ressentir et d'aimer en plus du niveau d'intégration et de différenciation entre les structures de la personnalité. La nature inconsciente des processus affectifs et motivationnels de la personnalité est au centre de cette approche. L'approche psychodynamique voit la personnalité comme un continuum allant d'une personnalité saine à des pathologies sévères de personnalité. Dans une personnalité saine, les styles caractéristiques de pensées, de sentiments et d'actions de l'individu permettent une réponse flexible aux stresseurs avec un large éventail de stratégies d'adaptation. De ce côté du continuum, l'individu est en mesure d'établir et de maintenir des relations stables, mutuelles et intimes avec autrui. À un niveau un peu plus pathologique, le fonctionnement de la personne est affecté, mais peut être limité à un domaine particulier de la vie, permettant un fonctionnement adaptatif dans d'autres domaines de la vie de cet individu. Cependant, une pathologie grave de la personnalité

aura des impacts significatifs sur le fonctionnement et sera vraisemblablement omniprésente dans tous les contextes de la vie de l'individu concerné (Luyten *et al.*, 2015).

Concernant les traitements, la plupart des études se sont concentrées sur le trouble de personnalité limite (TPL), soutenant l'efficacité de psychothérapies psychodynamiques spécifiques pour cette condition. Diverses approches de traitement comme la thérapie psychodynamique, mais aussi la thérapie de validation complète (Kliem *et al.*, 2010) se sont montrées efficaces pour une proportion importante et significative de patients présentant un TPL, du moins dans la réduction des symptômes à court terme, et par rapport aux autres types de traitements. Un autre trouble de personnalité, celui de type dépendant, a obtenu des résultats plus positifs en thérapie d'approche psychanalytique (ou psychodynamique (Schore, 2003)) qu'en psychanalyse classique. Bien que l'approche psychodynamique tient son essence de la psychanalyse, elle se distingue par un nombre de séances par semaine moindre, l'utilisation du face à face plutôt qu'un client étendu sur un fauteuil, un objectif de traitement plus défini, une implication plus active de la part du clinicien et une durée de traitement plus courte (Blondeau et Reid, 2019). L'hypothèse justifiant ces résultats est que la thérapie psychanalytique permet plus d'interaction et de contact interpersonnel entre le patient et le thérapeute (Blatt, 1992, cité dans Luyten *et al.*, 2015).

La deuxième approche envisageable est l'approche centrée sur la mentalisation, qui s'inscrit également dans le courant psychodynamique et se base sur les théories de l'attachement. Elle offre de nombreux avantages sur les plans cliniques et pratiques dans le traitement des troubles de personnalité présentant une inclinaison sur le soi, dont le TPL (Bateman et Fonagy, 2010) et le trouble de la personnalité narcissique (Drozek et Unruh, 2020). Par son approche de type soutien, non autoritaire, la validation empathique et le renforcement de la mentalisation positive, elle est efficace pour manœuvrer avec les vulnérabilités interpersonnelles des personnes narcissiques. L'approche centrée sur la mentalisation peut donc sembler plus accueillante et permet que les individus ayant un trouble de personnalité narcissique se sentent d'abord compris et qu'ils puissent s'engager à plus long terme dans un processus de traitement réfléchi et axé sur le changement. Ce

style thérapeutique engagé implique le questionnement actif, des séances structurées, l’élaboration et la poursuite d’objectifs et l’exploration ciblée des processus internes et interpersonnels. Un autre fait intéressant est que cette approche a été développée et testée pour la première fois auprès de populations à faible revenu soumises à un stress psychosocial élevé (Drozek et Unruh, 2020), une population donc semblable à celle des familles des services de protection de la jeunesse. Ainsi, auprès de cette clientèle, on pourrait supposer que si le parent parvient à mieux mentaliser, il risque de voir davantage son enfant tel qu’il est et de mieux le comprendre. Ensuite, en voyant mieux son enfant tel qu’il est et comme un être à part entière avec ses particularités, le parent risque de mieux répondre à ses besoins. En supposant que ces hypothèses sont justes, cette approche permettrait non seulement de répondre à un besoin d’intervention pour le parent, mais permettrait également d’améliorer les interactions parents-enfants.

La troisième et dernière approche, fréquemment étudiée et utilisée pour les troubles de personnalité, est la thérapie dialectique comportementale (TDC). Il s’agit d’une thérapie développée par Marsha Linehan pour traiter principalement le TPL (Chapman et Dixon-Gordon, 2020). Cette thérapie s’est avérée efficace pour de nombreux symptômes cliniques du TPL dont l’automutilation, les gestes suicidaires et parasuicidaires, les troubles liés à l’usage de substances psychoactives et les troubles alimentaires. Il s’agit d’une thérapie comportementale qui considère que l’incapacité à réguler ses émotions est au cœur du TPL et de plusieurs autres troubles de la personnalité. Ainsi, par cette thérapie, les individus peuvent apprendre des comportements plus adaptatifs pour réguler leurs émotions en plus de nouvelles compétences de vie (Chapman et Dixon-Gordon, 2020).

Ensuite, se référant à l’hypothèse émise supposant que les traits de personnalité du parent influencent ses comportements parentaux, des interventions sur les pratiques parentales appropriées devraient continuer d’être effectuées, comme c’est déjà le cas (Gouvernement du Québec, 2021), mais jumelées à d’autres types d’interventions. Notamment, l’Intervention Relationnelle, une intervention fondée sur les principes de l’attachement visant à augmenter la qualité de la relation et des interactions parent-enfant, a démontré son efficacité auprès de parents

maltraitants (Tarabulsy *et al.*, 2016). Ensuite, considérant que la personnalité du parent constitue un facteur de risque qu'il peut être difficile de modifier, une intervention individuelle auprès des enfants pourrait être bénéfique pour favoriser une trajectoire développementale plus favorable. Notamment, particulièrement pour les enfants ayant des difficultés comportementales extériorisées, l'apprentissage de façons positives d'exprimer et de réguler ses émotions, des interventions sur l'apprentissage des habiletés sociales, de stratégies de coping et de résolution de problèmes serait essentiel. Les scénarios sociaux pourraient être de bons outils d'intervention de même que les techniques d'impact, les allégories et le modelage. Un programme ciblant le développement des habiletés sociales ou la résolution de conflits pourrait également s'avérer pertinent. Pour les enfants rencontrant des difficultés particulières sur le plan intérieurisé, l'apprentissage de stratégie pour exprimer ses émotions, s'affirmer, de gestion de l'anxiété serait plus approprié. Le développement de l'estime de soi et la manière de se faire des amis pourraient aussi représenter des concepts importants. De plus, le modelage et les jeux de rôle seraient des outils d'intervention à ne pas négliger.

Implications pour les psychoéducatrices et psychoéducateurs

Puisque cette recherche a été menée dans le cadre d'un programme de maîtrise en psychoéducation, il s'avère pertinent de faire des liens entre les résultats obtenus à l'étude et la profession de psychoéducateur. L'une des opérations professionnelles étant particulièrement importantes pour le psychoéducateur est l'évaluation. En effet, elle accompagne l'intervention tout au long du processus. Au départ, elle permet de comprendre l'ensemble de la problématique, de faire état des capacités et des difficultés de la personne, mais aussi des ressources et des obstacles de son environnement. De plus, l'évaluation permet de planifier les étapes suivantes de l'intervention (OPPQ, 2014). Ainsi, cette recherche pourra guider les psychoéducatrices et psychoéducateurs sur les éléments pertinents à évaluer chez les parents et les enfants des services de protection de la jeunesse. Elle a effectivement permis d'identifier des traits de personnalité et syndromes cliniques qui semblent plus fréquents chez ce type de clientèle et de préciser les associations avec les difficultés comportementales de leurs enfants. Elle a également fait état des connaissances en matière de facteurs de risque dans l'environnement proximal des familles où il

y a présence de maltraitance, rendant la détection des familles à risque plus simple pour le psychoéducateur. L'évaluation psychoéducative, étant élaborée sous l'idée du modèle psychodéveloppemental expliqué précédemment, souligne la pertinence d'identifier les facteurs de risque pour les familles et non seulement les difficultés de l'enfant, mais tout le contexte dans lesquelles ces difficultés surviennent. Concernant l'intervention, cette recherche a permis de noter, dans le cadre théorique, les nombreux impacts à court et à long terme des difficultés comportementales des enfants et donc l'importance de mettre en place des interventions rapidement. Idéalement, il s'agirait de programmes d'intervention dans un continuum de service passant d'abord de la prévention à la réadaptation psychosociale individuelle et familiale. Cette recherche a aussi permis de mettre en lumière la nécessité pour le psychoéducateur de mettre des objectifs au plan d'intervention qui ne concernent pas seulement le développement des capacités parentales, mais aussi concernant le traitement des troubles de santé mentale et, si l'enfant présente déjà des difficultés comportementales, des objectifs à travailler avec l'enfant sur ce plan.

Pistes de recherches futures

Pour aller plus loin, les prochaines recherches pourraient s'intéresser à ce qui génère le plus grand impact dans le développement de troubles intérieurisés ou extérieurisés entre la personnalité du parent, mais aussi ses capacités parentales et le tempérament même de l'enfant. En effet, l'hypothèse émise sur les comportements parentaux pourrait notamment être vérifiée. De plus, ces futures études pourraient s'intéresser au développement des troubles intérieurisés ou extérieurisés de façon longitudinale, car il est vrai que lorsque l'enfant est d'âge préscolaire, c'est le parent qui a probablement la plus grande influence sur le développement socioémotionnel de son enfant, mais à mesure qu'il grandit, ce développement pourrait être plus influencé par la résilience, le développement de compétences personnelles ou les pairs pour ne nommer que ceux-ci. Finalement, comme mentionné plus haut, il serait intéressant d'étudier plus amplement les facteurs de risque permettant de distinguer les trajectoires développementales menant aux comportements intérieurisés ou extérieurisés.

Références

Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Alareqe, N. A., Roslan, S., Nordin, M. S., Ahmad, N. A. et Taresh, S. M. (2021). Psychometric properties of the Millon Clinical Multiaxial Inventory–III in an Arabic clinical sample compared with American, Italian, and Dutch cultures. *Frontiers in Psychology*, 12, Article e562619. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.562619>

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd.).

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.).

Annerbäck, E.-M., Svedin, C.-G. et Gustafsson, P. A. (2010). Characteristic features of severe child physical abuse: A multi-informant approach. *Journal of Family Violence*, 25(2), 165-172.

Barlow, J., Smailagic, N., Ferriter, M., Bennett, C. et Jones, H. (2010). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 17(3), Article CD003680. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003680.pub2>

Bateman, A. et Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11-15.

Baydar, N., Reid, M. J. et Webster-Stratton, C. (2003). The role of mental health factors and program engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for head start mothers. *Child Development*, 74(5), 1433-1453.

Bergeron, H. (2018). *Le système de protection de la jeunesse au Québec*. <http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/fr/en-bref-notes-d-information-de-la-bibliotheque/l-economie-sociale-au-quebec/4784-le-systeme-de-protection-de-la-jeunesse-au-quebec#:~:text=La%20Loi%20sur%20la%20protection,sont%20ou%20pourraient%20%C3%AAtre%20compromis>

Blondeau, C. et Reid, W. (2019). De la psychanalyse à la psychothérapie psychodynamique à Albert-Prévost. *Santé mentale au Québec*, 44(2), 69-88.

Blood, L. (2008). The use of the MCMI-III in completing parenting capacity assessments. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 8(1), 24-38.

- Bogacki, D. F. et Weiss, K. J. (2007). Termination of parental rights: Focus on defendants. *The Journal of Psychiatry & Law*, 35(1), 25-45.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte. La séparation, angoisse et colère*. Presses universitaires de France.
- Brook, J. S., Tseng, L.-J. et Cohen, P. (1996). Toddler adjustment: Impact of parents' drug use, personality, and parent-child relations. *The Journal of Genetic Psychology*, 157(3), 281-295. <https://doi.org/10.1080/00221325.1996.9914866>
- Buehler, C., Anthony, C., Krishnakumar, A., Stone, G., Gerard, J. et Pemberton, S. (1997). Interparental conflict and youth problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 6(2), 233-247.
- Butcher, J. N. (2010). Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 1-3.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2016). *Offre de service. Direction de la protection de la jeunesse*. https://www.ciasss.ca/clients/CISSSCA/Services_offerts/Famille_enfance_jeunesse/Offre_de_service_de_la_DPJ.pdf
- Centre jeunesse de Montréal. (2007). *Bilan DPJ 2006-2007*. https://ciusssouestmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciusss_oim/Votre_CIUSSS/Documentation/Bilans_DPJ/bilan_dpj_2007.pdf
- Chamberland, C., Lacharité, C., Clément, M.-È. et Lessard, D. (2015). Predictors of development of vulnerable children receiving child welfare services. *Journal of Child and Family Studies*, 24(10), 2975-2988.
- Chapman, A. L. et Dixon-Gordon, K. L. (2020). *Dialectical behavior therapy*. American Psychological Association.
- Conroy, S., Marks, M. N., Schacht, R., Davies, H. A. et Moran, P. (2010). The impact of maternal depression and personality disorder on early infant care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(3), 285-292. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0070-0>
- Conroy, S., Pariante, C. M., Marks, M. N., Davies, H. A., Farrelly, S., Schacht, R. et Moran, P. (2012). Maternal psychopathology and infant development at 18 months: The impact of maternal personality disorder and depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 51-61.
- Cummings, E. M., Davies, P. T. et Campbell, S. B. (2020). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*. Guilford Publications.

- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J. et Van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87-108.
<https://doi.org/10.1017/S0954579409990289>
- DePanfilis, D. (2006). *Child neglect: A guide for prevention, assessment, and intervention*. Department of Health and Human Services.
- Depue, R. (1987). *General behavior inventory*. University of Minnesota.
- Douville, L. et Bergeron, G. (2018). *L'évaluation psychoéducative : l'analyse du potentiel adaptatif de la personne*. Presses de l'Université Laval.
- Drozek, R. P. et Unruh, B. T. (2020). Mentalization-based treatment for pathological narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 34, 177-203.
- Duthu, S., Blicharski, T., Bouchet, G. et Bourdet-Loubère, S. (2008). Caractéristiques parentales et représentations du tempérament de l'enfant : influence des traits de personnalité, des symptômes psychiatriques et de l'écologie familiale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56(3), 155-164.
- Edwards, B. et Yu, M. (2018). The influence of childcare on the behavior problems of children of teenage mothers. *Children and Youth Services Review*, 94, 96-104.
- Fergusson, D. M., John Horwood, L. et Ridder, E. M. (2005). Show me the child at seven: The consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 837-849.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00387>
- Fontaine, D. (2011). *Étude des troubles de la personnalité et des fonctions exécutives hot chez des parents dont le signalement pour conduite violente ou négligente a été retenu* [Thèse de doctorat inédite]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Fortin, L., Marcotte, D., Royer, E. et Potvin, P. (2000). Les facteurs discriminants sur les plans personnel, familial et scolaire entre les troubles de comportement intérieurisés, extérieurisés et concomitants chez des élèves de première secondaire. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(1), 197-218.
- Gouvernement du Canada. (2021). *Maltraitance des enfants : information et ressources*. Repéré le 13 octobre 2021 à <https://canada.justice.gc.ca/fra/jp-cj/vf-fv/me-ca.html>

- Gouvernement du Québec. (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes : résumé du rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse.* https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport_final_3_mai_2021/2021_CSDEPJ_Rapport_Resume_version_finale_numerique.pdf
- Guy, A. (2014). *Personnalité maternelle et tempérament de l'enfant : liens spécifiques et effets modérateurs du sexe de l'enfant et du niveau de risque psychosocial* [Mémoire de maîtrise inédit]. Université de Sherbrooke.
- Harvey, E., Stoessel, B. et Herbert, S. (2011). Psychopathology and parenting practices of parents of preschool children with behavior problems. *Parenting, 11*(4), 239-263. <https://doi.org/10.1080/15295192.2011.613722>
- Hornor, G. (2014). Child neglect: Assessment and intervention. *Journal of Pediatric Health Care, 28*(2), 186-192. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.10.002>
- Jackson-Koku, G. (2016). Beck Depression Inventory. *Occupational Medicine, 66*(2), 174-175.
- Jaffee, S. R. et Maikovich-Fong, A. K. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(2), 184-194. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02304>
- Kelly, J. B. (2003). Parents with enduring child disputes: Multiple pathways to enduring disputes. *Journal of Family Studies, 9*(1), 37-50. <https://doi.org/10.5172/jfs.9.1.37>
- Kim, J., Cicchetti, D., Rogosch, F. A. et Manly, J. T. (2009). Child maltreatment and trajectories of personality and behavioral functioning: Implications for the development of personality disorder. *Development and Psychopathology, 21*(3), 889-912. <https://doi.org/10.1017/s0954579409000480>
- Kliem, S., Kröger, C. et Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(6), 936. <https://doi.org/10.1037/a0021015>
- Kochanska, G., Lee Clark, A. et Goldman, M. S. (1997). Implications of mothers' personality for their parenting and their young children's developmental outcomes. *Journal of Personality, 65*(2), 387-420.
- Kohl, P. L., Kagotto, J. N. et Dixon, D. (2011). Parenting practices among depressed mothers in the child welfare system. *Social Work Research, 35*(4), 215-225.
- Lafortune, D. et Gilbert, S. (2013). Défis cliniques dans l'intervention auprès de jeunes parents en situation de précarité psychosociale : éclairage psychodynamique sur un mode relationnel paradoxal. *Bulletin de psychologie, 5*, 371-384. <https://doi.org/10.3917/bopsy.527.0371>

Lemire, C., Poitras, M. et Dionne, C. (2019). Évaluation authentique en intervention précoce et importance de la complémentarité entre l'évaluation fonctionnelle et normative en psychoéducation. *Revue de psychoéducation*, 48(1), 69-88.
<https://doi.org/10.7202/1060007ar>

Low, J. A. et Webster, L. (2016). Attention and executive functions as mediators of attachment and behavior problems. *Social Development*, 25(3), 646-664.
<https://doi.org/10.1111/sode.12166>

Luyten, P., Mayes, L. C., Fonagy, P., Target, M. et Blatt, S. J. (2015). *Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology*. Guilford Publications.

Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K. et Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, 49(4), 672-689.
<https://doi.org/10.1037/a0028793>

Mayer, M., Lavergne, C., Tourigny, M. et Wright, J. (2007). Characteristics differentiating neglected children from other reported children. *Journal of Family Violence*, 22(8), 721-732. <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9120-0>

McCulloch, A., Wiggins, R. D., Joshi, H. E. et Sachdev, D. (2000). Internalising and externalising children's behaviour problems in Britain and the US: Relationships to family resources. *Children & Society*, 14(5), 368-383. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2000.tb00191>

McGilloway, S., Mhaille, G. N., Bywater, T., Furlong, M., Leckey, Y., Kelly, P., Comiskey, C. et Donnelly, M. (2012). A parenting intervention for childhood behavioral problems: A randomized controlled trial in disadvantaged community-based settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 116-127. <https://doi.org/10.1037/a0026304>

Millon, T. (1997). *The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual* (2^e éd.). National Computer Systems.

Millon, T., Millon, C., Davis, R. D. et Grossman, S. (2006). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (3^e éd.). Pearson.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Les enfants, notre priorité! Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux 2021*.
https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/bilan_dpj_2021_version_finale_et_officielle_logo_du_quebec_au_verso.pdf

Morey, L. C., Blashfield, R. K., Webb, W. W. et Jewell, J. (1988). MMPI scales for DSM-III personality disorders: A preliminary validation study. *Journal of Clinical Psychology*, 44(1), 47-50.

- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. et Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *Public Library of Science Medicine*, 9(11), Article e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2014). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation. Lignes directrices*. https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Evaluation_psychopedagogique_2014.ashx?la=fr
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Maltraitance des enfants*. Repéré le 3 janvier 2022 à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Perrault, I. et Beaudoin, G. (2008). *La négligence envers les enfants : bilan des connaissances*. Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.
- Perron, C. (2016). *Influence de la négligence, de l'abus physique et sexuel sur le développement socio-émotionnel d'enfants d'un à dix-huit ans : une méta-analyse* [Mémoire de maîtrise inédit]. Université Laval.
- Peters, K. M. (2013). *Marital conflict in child custody disputes and the corresponding psychological variables* (Publication N°. 3576436) [Thèse de doctorat, Université Immaculata]. ProQuest Dissertations and Theses Global. <https://www.proquest.com/openview/4df355bdcc7b8a54d8ece7e0d1a5e9b8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Pillet, V. (2007). La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire. *Dialogue*, 1, 7-14. <https://doi.org/10.3917/dia.175.0007>
- Prevent Child Abuse America. (2001). *Prevent child abuse America advocacy*. <https://nic.unlv.edu/files/old/files/PCAAmericaAdvocacyGuide.pdf>
- Prinzie, P., Onghena, P., Hellinckx, W., Grietens, H., Ghesquiere, P. et Colpin, H. (2005). Direct and indirect relationships between parental personality and externalising behaviour: The role of negative parenting. *Psychologica Belgica*, 45(2), 123-145.
- Prinzie, P., Stams, G. J. J., Deković, M., Reijntjes, A. H. et Belsky, J. (2009). The relations between parents' big five personality factors and parenting: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(2), 351-362. <https://doi.org/10.1037/a0015823>
- Puff, J. et Renk, K. (2016). Mothers' temperament and personality: Their relationship to parenting behaviors, locus of control, and young children's functioning. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(5), 799-818. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0613-4>

- Reid, R., Gonzalez, J. E., Nordness, P. D., Trout, A. et Epstein, M. H. (2004). A meta-analysis of the academic status of students with emotional/behavioral disturbance. *The Journal of Special Education*, 38(3), 130-143.
- Rescorla, L. A. (2005). Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(3), 226-237. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20071>
- Rosanbalm, K. D., Snyder, E. H., Lawrence, C. N., Coleman, K., Frey, J. J., van den Ende, J. B. et Dodge, K. A. (2016). Child wellbeing assessment in child welfare: A review of four measures. *Children and Youth Services Review*, 68, 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.06.023>
- Rothenbühler, M. et Voorpostel, M. (2016). Attrition in the Swiss household panel: Are vulnerable groups more affected than others? Dans M. Oris, C. Roberts, D. Joye et M. E. Stähli (dir.), *Surveying human vulnerabilities across the life course* (p. 223-244). Springer.
- Rowland, T. A. et Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(9), 251-269. <https://dx.doi.org/10.1177%2F2045125318769235>
- Schore, A. N. (2003). *La régulation affective et la réparation du soi*. Les éditions du cig^e éd.
- Steiger, J. H. (1980). Tests for comparing elements of a correlation matrix. *Psychological Bulletin*, 87(2), 245-251. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.87.2.245>
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M. et Dees, J. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13-29. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- Tarabulsky, G. M., Baudry, C., Pearson, J. et Turgeon, K. (2016). *Évaluation de l'implantation d'une approche d'intervention fondé sur les principes de l'attachement parent-enfant* [Rapport inédit présenté à la Fondation Lucie et André Chagnon]. Université Laval.
- Trapolini, T., McMahon, C. A. et Ungerer, J. A. (2007). The effect of maternal depression and marital adjustment on young children's internalizing and externalizing behaviour problems. *Child: Care, Health and Development*, 33(6), 794-803. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00739>
- Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R. et McKenzie, B. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*. https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cisfr-ecirf/pdf/cis_f.pdf

- Tucker, M. C. et Rodriguez, C. M. (2014). Family dysfunction and social isolation as moderators between stress and child physical abuse risk. *Journal of Family Violence*, 29(2), 175-186.
- Turgeon, P. (2003). *Les manifestations d'intériorisation et d'extériorisation chez des enfants victimes de négligence avec ou sans abus physique* [Thèse de doctorat inédite]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Wilson, S. R., Rack, J. J., Shi, X. et Norris, A. M. (2008). Comparing physically abusive, neglectful, and non-maltreating parents during interactions with their children: A meta-analysis of observational studies. *Child Abuse & Neglect*, 32(9), 897-911.
<https://doi.org/10.1016/j.chab.2008.01.003>
- Yanagida, E. H. et Ching, J. W. (1993). MMPI profiles of child abusers. *Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 569-576.
- Yoshikawa, H., Rosman, E. A. et Hsueh, J. (2001). Variation in teenage mothers' experiences of childcare and other components of welfare reform: Selection processes and developmental consequences. *Child Development*, 72(1), 299-317.