

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
GENEVIÈVE LANGLOIS

ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS CHEZ LES MÈRES
NÉGLIGENTES CHRONIQUES EN COMPARAISON AVEC LES
MÈRES DONT LA NÉGLIGENCE EST ÉPISODIQUE

AVRIL 2002

2108

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.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'études avancées en psychologie. Le nom du directeur de recherche apparaît donc comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Table des matières

Remerciements	v
Évolution des symptômes dépressifs chez les mères négligentes chroniques en comparaison avec les mères dont la négligence est épisodique.....	1
Résumé.....	2
Abstract.....	3
Définition et prévalence de la négligence.....	4
La négligence chronique	5
Facteurs de risque reliés à la chronicité en négligence.....	5
La dépression.....	7
Les mauvais traitements comme facteurs de risque reliés à la dépression à l'âge adulte	8
L'influence de la dépression sur la conduite parentale	9
La relation entre la dépression et la maltraitance parentale	9
Objectif de l'étude	11
Hypothèses	11
Méthode	11
Participants	11
Division des deux groupes de mères (chroniques et transitoires).....	12
Instruments de mesure	14
Questionnaire démographique	14
L'inventaire de potentiel d'abus envers l'enfant (CAPI).....	14
L'échelle de dépression de Beck.....	14

Procédure	15
Résultats	15
Le niveau de dépression.....	15
Le potentiel d'abus des mères	17
Discussion et Conclusion	18
Références	21
Notes des auteurs	27

Liste des tableaux

Tableau

1	Comparaison des informations démographiques entre les mères négligentes chroniques et transitoires lors du recrutement.....	28
2	Moyennes et écarts-types au Beck et al. (1961) en centile pour les deux groupes de mère (chroniques et transitoires) en fonction des trois temps de l'étude (N = 55)	29
3	Analyse des variances à mesures répétées des symptômes dépressifs des deux groupes de mères aux trois temps (1992, 1995, 1998)	30
4	Corrélation entre les résultats au CAPI et les résultats au Beck et al. (1961) (centile) aux temps de l'étude	32
5	Comparaison de l'état dépressif des mères négligentes chroniques (CHR) et transitoires (TR) en fonction des scores de chacune des mères négligentes au Beck et al. (1961).....	33

Liste des figures

Figure

1	Évolution du score moyen au CAPI pour chaque groupe de mères, aux trois temps de l'étude	31
---	---	----

Remerciements

Je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance à madame Louise Éthier, ma directrice de recherche, qui a su m'aider, m'encourager et me diriger dans l'élaboration de mon projet de recherche et dans l'aboutissement de celui-ci.

De plus, je désire remercier toute l'équipe du groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille (GREDEF) car, sans eux, mon projet n'aurait pu être mené à terme. Je leur dois beaucoup pour tout le soutien, l'aide qu'ils m'ont accordée et leurs bons conseils qui m'ont été très précieux tout au long de mon cheminement. Je souhaite également adresser un merci bien particulier à monsieur Tristan Milot qui m'a apporté son aide et m'a consacré beaucoup de son temps.

Titre court : Négligence chronique et dépression maternelle

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

Geneviève Langlois et Louise S. Éthier

Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille (GREDEF)

Université du Québec à Trois-Rivières

Résumé

Cette étude clinique fait partie d'un suivi longitudinal de 1992 à 1998, portant sur 55 mères sérieusement négligentes envers leur enfant. L'objectif est d'étudier l'évolution du niveau de dépression chez les mères dont la négligence est chronique en comparaison avec celle des mères dont la négligence est épisodique ou transitoire. Les mères de notre étude, inscrites à la protection de la jeunesse et en CLSC, ont été évaluées à domicile, à trois reprises, soient en 1992, 1995 et 1998. L'inventaire de dépression de Beck et al. (1961) est l'instrument utilisé pour évaluer l'intensité des symptômes dépressifs des mères des deux groupes respectifs. Les résultats démontrent qu'au premier temps de l'étude, le niveau de dépression était comparable pour les deux groupes de mères. Aux temps 2 et 3, nous observons une diminution significative du niveau de dépression chez les mères négligentes transitoires. Les mères négligentes chroniques sont significativement plus dépressives que les mères du groupe transitoire, aux deux derniers temps de l'étude et elles sont également plus nombreuses à se situer dans une zone clinique de dépression sévère.

Mots-clés : chronicité, négligence et dépression maternelle

Abstract

This study is part of a longitudinal follow-up from 1992 to 1998, involving 55 mothers who are seriously negligent toward their child. The purpose of this study is to evaluate the evolution of depressive symptoms for chronically negligent mothers in comparison with mothers whom the negligence is transitory. The mothers, recruited from the Child Protection Agency and from the Local Community Services Center, have been evaluated at home, in 1992, 1995 and 1998. The Beck's Depression Inventory (1961, 1982) is used to measure the level of depressive symptoms. The results show at the first evaluation, that the depression level was similar for both groups, but at times 2 and 3, we observe a significant decrease for the transitory group. The mothers from the chronic group are far more depressed at times 2 and 3 than the mothers from the transitory group. The amount of mothers suffering for severe depression are more numerous in the chronic group. The discussion outline the need for a long-term intervention process taking into account the high level of the mother's distress.

Key words : chronicity, negligent and maternal depression

Définition et prévalence de la négligence

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

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

La négligence chronique

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

Facteurs de risque reliés à la chronicité en négligence

Les études longitudinales permettant d'observer une situation de chronicité sont encore trop rares. L'étude de DePanfilis et Zuravin (1999), portant sur 446 familles a pour objectif d'identifier

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

Ces résultats d'études sur la chronicité vont dans le même sens que les travaux de Cichetti et Rizley (1981), Egeland, Jacobvitz et Sroufe (1988) et Zuravin, McMillen, DePanfilis, & Risley-Curtiss (1996) ayant démontré l'importance des expériences infantiles, tels que les mauvais traitements, pour expliquer les conduites parentales abusives. Le fait d'avoir été maltraité ou placé étant jeune favoriserait les conduites parentales abusives et expliquerait, du moins en partie, celles qui perdurent dans le temps. Il est probable que les parents dont la négligence perdure se distinguent sur le plan individuel, au sens où ils seraient plus dépressifs que les parents dont la négligence est transitoire.

La dépression

En 1994 –1995, près de 6 % des Canadiens, âgés de plus de 18 ans ont vécu un épisode majeur de dépression alors qu'en 1998-1999, près de 1,1 millions, soit 4 % de la population canadienne de 12 ans et plus ont éprouvé des symptômes de dépression au cours de la dernière année (Statistiques Canada, 2001). En comparaison, nous constatons que 60 % des parents négligents (N = 102) sont diagnostiqués dépressifs (Gaudin et al., 1993). Ces résultats démontrent l'ampleur du phénomène dans la population générale, mais encore plus chez les familles où il y a présence de mauvais traitements.

La dépression serait la manifestation d'un ensemble de symptômes observables (Petot, 1999). Parmi ceux-ci, on y retrouve une prépondérance d'émotions négatives (tristesse parfois accompagnée d'irritation, de colère ou de sentiments de culpabilité), parfois des difficultés de concentration, une fatigabilité et une perte d'énergie importante, une diminution de l'intérêt pour l'environnement et les activités habituellement plaisantes au quotidien. D'autres symptômes tels que l'isolement, le retrait social, la diminution de l'estime de soi et parfois même les idéations et tentatives suicidaires peuvent aussi faire partie du tableau de la dépression. Des manifestations de type somatique sont également observables chez certaines personnes dont la perte d'appétit, l'insomnie, l'agitation psychomotrice ou à l'inverse l'hyperphagie et l'hypermnie. Toutefois, ces derniers symptômes ne font pas nécessairement toujours partie de la dépression. D'autres critères se rattachent également à ces symptômes tels que leur durée et leur intensité. En effet, le diagnostic de dépression majeure est posé en fonction de l'intensité des symptômes qui se distinguent selon trois degrés de gravité (léger, moyen et grave) et de leur durée. La durée minimale pour qualifier une dépression de majeure est de deux semaines.

Les mauvais traitements durant l'enfance comme facteurs de risque

reliés à la dépression à l'âge adulte

Dans une perspective psychologique, les principaux facteurs expliquant l'apparition de la dépression sont l'histoire de mauvais traitements vécus pendant l'enfance, les expériences infantiles de perte, de rupture, d'abandon et de rejet (Brown, Harris, & Eales, 1996; Hall, Sachs, Rayens, & Lutenbacher, 1993; Quinton & Rutter, 1988). Les personnes victimes d'abus pendant leur enfance présentent un niveau plus élevé de dépression que celles qui ne rapportent pas ce genre d'expériences (Banyard, 1999; Bryer, Nelson, Miller, & Krol, 1987; Carlin & al., 1994; Surrey, Swett, Micheals, & Levin, 1990; Wexler, Lyons, Lyons, & Mazure, 1997). L'étude de Hall et al. (1993) démontre que 63 % des femmes qui rapportent la présence d'un traitement passé ou récent pour une dépression ont vécu l'expérience d'abus sexuel violent ou d'abus physique sévère pendant leur enfance. Quant à Brown, Cohen, Johnson et Smailes (1999), ils constatent que les personnes qui rapportent l'expérience d'abus ou de négligence pendant l'enfance sont trois fois plus à risque de devenir dépressifs et suicidaires que ceux qui n'ont jamais vécu de mauvais traitements. Enfin, Zlotnick, Ryan, Miller et Gabor (1995) démontrent que les femmes de leur étude qui ont vécu des mauvais traitements pendant l'enfance étaient beaucoup moins aptes à se rétablir d'un épisode sévère de dépression, 12 mois après avoir subi celui-ci. La réponse au traitement de la dépression était également moins bonne puisque cinq ans après leur sortie de l'hôpital, les femmes victimes d'abus comptaient parmi 78 % des patientes qui présentaient encore une dépression et ce, de façon chronique.

Les expériences d'abus vécues en bas âge favoriseraient l'apparition de symptômes dépressifs chez l'adulte (Famularo, Barnum, & Stone 1986; Kinard, 1982; Lahey, Conger, Atkeson,

& Treiber, 1984; Wolfe, 1985; Zuravin, 1989). Quant à la dépression, elle nuirait au comportement parental et serait fréquemment reliée aux conduites de négligence et de violence envers l'enfant.

L'influence de la dépression sur la conduite parentale

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

La relation entre la dépression et la maltraitance parentale

Plusieurs études corrélationnelles ont démontré l'existence de la relation entre la dépression et la maltraitance parentale. Ainsi, au début de l'étude de Chaffin, Kelleher et Hollenberg (1996), l'échantillon représentatif de la communauté comprenait des familles qui ne présentaient aucun

signe de maltraitance (N = 7103). À la deuxième prise de mesure, un an après le début du suivi, les chercheurs ont identifié les facteurs de risque associés aux familles où il y a eu apparition de signalement pour maltraitance. Les auteurs démontrent qu'il y a davantage de dépression et d'abus de drogue chez les parents où il y a eu signalement au deuxième temps de l'étude que chez ceux qui n'ont présenté aucun signalement à ce même moment. En fait, les parents dépressifs présentent 3,45 fois plus de probabilité d'initier des comportements d'abus physique que ceux qui ne le sont pas.

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

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

Objectif de l'étude

Les mauvais traitements infligés aux enfants varient en fonction de leur forme, leur intensité, mais aussi de leur durée. Pour certains parents, la situation de négligence ou de violence cessera pour parfois ne plus jamais réapparaître. Pour d'autres, elle peut se révéler chronique avec le temps et perdurer pendant des années. La dépression peut sans doute être une des variables mises en cause lorsqu'il est question de maltraitance à long terme. Cette étude est effectuée dans le cadre d'un suivi longitudinal de mères négligentes (Éthier et al., 1992, 1995, 1998 - 2000). L'objectif poursuivi par celle-ci est d'étudier l'évolution du niveau de dépression chez des mères négligentes chroniques en comparaison avec l'évolution d'un groupe de mères dont la négligence est transitoire. Cette recherche s'échelonne donc sur six ans et comprend trois temps de mesure (1992, 1995, 1998).

Hypothèses

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

Méthode

Participants

En 1992, cinquante-huit familles ont été recrutées avec la collaboration des Centres Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, suite à un signalement pour négligence ou violence envers

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

Division des deux groupes de mères (chroniques et transitoires)

Lors de la troisième évaluation faite en 1998, soit après six années de suivi, deux critères ont été utilisés pour effectuer la séparation des mères en groupes distincts selon qu'elles étaient négligentes chroniques ou transitoires. Les mères dont le dossier était toujours actif au Centre Jeunesse ou au CLSC au troisième temps de cette étude (1998) ou qui avaient un potentiel d'abus élevé, selon le CAPI, au temps 3 (1998), ont été classées dans le groupe des mères négligentes chroniques. Celles dont le dossier au Centre Jeunesse ou au CLSC était inactif depuis plus de

quatre mois au troisième temps de l'étude et qui ne présentaient pas un potentiel d'abus élevé au CAPI au temps 3, faisaient partie des mères négligentes transitoires. Le CAPI est l'instrument utilisé pour évaluer le potentiel d'abus. Pour considérer un potentiel d'abus élevé, la mère devait présenter un score global de 166 ou plus, ce qui correspond au 95^e rang centile. Suite à l'application des critères de classification, un groupe de 35 mères négligentes chroniques (CHR) et un de 20 mères négligentes transitoires (TR) ont été formés.

Lors du recrutement, les mères négligentes chroniques et transitoires de notre échantillon présentaient plusieurs caractéristiques démographiques semblables. En effet, il n'y avait aucune différence significative en ce qui concerne l'âge des mères, leur scolarité ainsi que le nombre d'enfants par famille (voir Tableau 1). La moyenne d'âge des mères négligentes CHR était de 28,9 et 29,1 ans pour les mères négligentes transitoires. Le nombre moyen d'enfants par foyer se situait à 2,37 pour les CHR et 2,0 pour les TR et le nombre moyen d'années de scolarité de la mère à 9,57 (CHR) et 9,95 (TR) années. En ce qui concerne le revenu familial, plus de la moitié des mères négligentes CHR (68,6 %) ont un salaire sous le seuil du 20, 000\$ par année contre 95 % des mères négligentes TR. En fait, la majorité des mères de l'étude bénéficient de l'aide sociale (CHR = 80 % et TR = 70 %); 17,1 % des mères négligentes CHR ont un revenu d'emploi, contre 15 % chez les TR. Deux mères seulement dans le groupe transitoire vivent de prêts et de bourses d'étude.

D'autre part, la majorité des mères du groupe CHR vit avec un conjoint (57,2 %) pour seulement 20 % du groupe transitoire. La majorité des mères du groupe transitoire déclare vivre seules, sans soutien financier (80 %).

Instruments de mesure

Questionnaire démographique

Ce questionnaire (Éthier, Lacharité, & Désaulniers, 1992) permet d'organiser et de standardiser les informations concernant la famille et plus particulièrement les caractéristiques de chacun de ses membres. Des renseignements sont donc obtenus sur l'âge et le sexe des enfants, le niveau d'éducation des parents, leur statut matrimonial, leur emploi, revenu ainsi que leur structure familiale. Cet instrument a été validé en 1995 et 1998.

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

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

L'inventaire de dépression de Beck

Cet instrument (Beck, Ward, Mendelson, Mosh, & Erbaugh, 1961) est composé de 21 items permettant d'évaluer la sévérité de la symptomatologie dépressive. Chaque question comprend quatre ou cinq énoncés auxquels sont rattachées des valeurs d'intensité allant de 0 à 3. Selon les

normes établies par Beck et al. (1961), il est possible de parler *d'état dépressif* qu'en présence d'un score brut de 11 (centile 79) et plus et *d'état dépressif grave* qu'à partir d'un score brut de 19 (centile 96). Cet instrument a été traduit et adapté pour la population québécoise par Gauthier, Morin, Thériault et Lawson (1982). Sa validité a été démontrée par Reynold et Gould (1981).

Procédure

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

Résultats

Le niveau de dépression

Pour obtenir les résultats de cette étude, une analyse statistique *Manova* a été utilisée. Elle a permis d'effectuer une analyse de variance à mesures répétées pour déterminer l'influence du facteur temps (1992, 1995, 1998) et du facteur groupe (CHR et TR) sur la dépression. L'effet temps a alors été évalué avec chacun des groupes pour vérifier la variation du niveau de dépression de 1992 à 1998. De plus, l'évolution de la dépression en fonction de l'appartenance à un groupe a également été étudiée. L'effet groupe a permis de considérer les différences entre les deux groupes de mères, aux trois temps de l'étude, en ce qui concerne leur niveau de dépression.

Les résultats obtenus pour les deux groupes de mères au questionnaire de dépression de Beck, suite à l'analyse de variance à mesure répétée sont exprimés en rang centile. Selon Beck et al. (1961), le 79^e rang centile est celui à partir duquel il est possible de parler *d'état dépressif* chez les femmes (voir Tableau 2). Les analyses confirment la présence d'effets temps et d'effets

groupes significatifs. Le niveau de dépression est significativement différent entre les groupes de mères négligentes CHR et TR, au temps 2 $F(1, 55) = 6,09, p < 0,05$) et au temps 3 $F(1, 55) = 11,25, p < 0,01$) de l'étude (voir Tableau 3). Les mères CHR sont donc plus dépressives que les TR aux deux derniers temps de l'étude. Cependant, il n'y a pas de différence significative dans la symptomatologie dépressive entre les deux groupes de mères, au premier temps de l'étude $F(1, 55) = 2,28, n.s.$). Il est ainsi possible de conclure que le score moyen de dépression est significativement plus élevé pour les mères négligentes chroniques, mais seulement aux deux derniers temps de l'étude.

En ce qui concerne la variation du niveau de dépression des mères négligentes transitoires, il est possible de parler d'un effet temps significatif pour ce groupe de mères. En fait, les résultats confirment la présence d'une variation significative de la symptomatologie dépressive de ces mères. On constate donc une différence entre les trois temps de l'étude alors que le niveau de dépression tend à diminuer de 1992 à 1998 $F(2, 55) = 5,77, p < 0,05$).

L'effet temps pour le groupe des mères négligentes chroniques n'est toutefois pas significatif. En fait, les analyses valident l'hypothèse selon laquelle il n'y a pas de variation significative de la dépression à travers le temps, chez les mères négligentes CHR $F(2, 55) = 2,41, n.s.$). Le niveau de dépression des mères de ce dernier groupe a quand même diminué, mais pas de façon suffisamment importante pour parler d'une baisse significative, comme pour les mères négligentes TR.

Il est important de constater qu'il y a présence d'effet d'intervention avec le temps, pour les deux groupes de mères. En effet, il y a une légère diminution du niveau de dépression chez les mères CHR alors qu'on retrouve une diminution significative chez les mères négligentes TR. Il est

intéressant d'observer que 5,7 % des mères négligentes CHR ont démontré un *état dépressif grave* (score brut de 19 et plus au Beck) aux trois temps de l'étude alors qu'aucune des mères négligentes TR ne présentaient ces résultats. Ces mères chroniques ont également obtenu un score de potentiel d'abus élevé, soit au-dessus de 252, aux trois temps de l'étude.

Le potentiel d'abus des mères

Le potentiel moyen d'abus des mères négligentes chroniques est très élevé au temps 2 $t(53) = 4,02, p < 0,001$ et au temps 3 $t(53) = 6,07, p < 0,001$, comparativement à celui des mères du groupe TR. Toutefois, il n'est pas significativement différent au temps 1 de l'étude $t(53) = 1,71, n.s.$ (voir Figure 1). Ces résultats démontrent bien que l'ensemble des mères de notre échantillon présente un potentiel d'abus important lors du recrutement et qu'avec le temps, les mères négligentes TR ont vu diminuer ce potentiel d'abus, qui est toutefois demeuré élevé pour le groupe des CHR. De plus, des corrélations significatives sont retrouvées entre les scores obtenus au CAPI et au Beck par les mères négligentes (CHR et TR) et ce, au temps 1 $r(55) = 0,58, p < 0,001$, au temps 2 $r(55) = 0,69, p < 0,001$ et au temps 3 $r(55) = 0,71, p < 0,001$ (voir Tableau 4). Ces résultats démontrent bien la relation entre le fait d'être une mère à potentiel élevé d'abus et la présence d'une symptomatologie dépressive chez celles-ci.

D'autres informations nous permettent de constater que 13 mères négligentes CHR sur 35 présentent un *état dépressif grave* (score brut de plus de 19 au Beck) à au moins deux temps de l'étude (voir Tableau 5) pour aucune chez les mères négligentes TR. De plus, 62,9 % des mères négligentes CHR contrairement à 20 % des mères négligentes TR rapportent à au moins deux temps de l'étude un *état dépressif*, ce qui signifie un score brut de plus de 11 au Beck. Enfin, d'autres données démontrent que 30 % des mères négligentes TR ne présentent aucun *état*

dépressif, et ce, aux trois temps de l'étude. Elles rapportent tout de même des symptômes dépressifs, mais sans pouvoir les qualifier de mères dépressives. Ainsi, ces chiffres démontrent bien le niveau de gravité élevé de la dépression chez les mères négligentes CHR en comparaison à celui des mères négligentes TR, plutôt faible. Il semble donc que la dépression est un facteur qui caractérise davantage les mères qui négligent leur enfant sur une longue durée et moins, celles dont la négligence est épisodique

Discussion et Conclusion

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

Lors du recrutement des familles, le niveau de dépression des deux groupes de mères n'était pas significativement différent, mais il s'est révélé l'être aux temps deux et trois de l'étude, soit trois ans et six ans après le recrutement initial ; le niveau de dépression étant plus élevé chez les mères négligentes chroniques que chez les mères négligentes transitoires. Les mères CHR sont également plus nombreuses à se situer dans une zone clinique de dépression sévère. Ces résultats viennent confirmer l'importance du lien entre la variable dépression et la chronicité de la négligence. Malgré des caractéristiques comparables, et notamment un niveau de dépression

équivalent au temps 1, les deux groupes de mères ont évolué différemment et elles ont présenté un niveau de dépression se distinguant l'un de l'autre, avec le temps.

D'autres éléments, outre la dépression, peuvent expliquer que les mères négligentes chroniques et transitoires prennent des chemins distincts. Nous avons observé la présence plus fréquente d'un conjoint chez les mères CHR, celui-ci est souvent associé à la violence au sein des familles en protection. La violence conjugale pourrait être source d'explication à la dépression maternelle. Enfin, il est possible que les expériences passées des mères de notre étude ne soient pas comparables. Dans ce sens, l'étude de Zlotnick et al. (1995) a démontré que les femmes qui ont subi des expériences de mauvais traitements durant l'enfance ont beaucoup plus de difficultés à se rétablir suite à un épisode sévère de dépression. Cinq années après leur sortie de l'hôpital, la majorité d'entre elles (78 %) présentent toujours des symptômes importants de dépression.

En fait, Il est envisageable de penser que certaines expériences infantiles de mauvais traitements, qui ont parfois entraîné des émotions intenses de peur, de tristesse et de sentiments d'abandon, ne se résolvent pas toujours avec le temps. Ces personnes peuvent donc être marqués par le passé et l'état émotionnel et la fragilité associés à ces expériences feraient d'elles des personnes plus à risque de développer des problèmes de santé mentale à l'âge adulte tel que la dépression. La dépression est alors plus difficile à travailler si la personne est encore tourmentée par son enfance. Dans une prochaine étude, il y aurait lieu de cerner le type et l'intensité des expériences antérieures vécues par les mères négligentes.

Les prochaines recherches qui s'intéresseront à la chronicité de la négligence devraient considérer davantage à la hausse le nombre de participants de l'étude et les différentes formes de maltraitance incluant la violence physique. Tout comme l'a fait Zuravin (1989), il serait pertinent de

vérifier si la dépression est davantage présente dans la problématique de la négligence ou de violence physique. D'autre part, il serait aussi important d'évaluer d'autres caractéristiques de santé mentale de la mère, notamment parce que la présence de dépression n'exclut pas d'autres troubles dont la toxicomanie (Chaffin et al., 1996).

Il y a très peu de recherches longitudinales réalisées auprès des parents négligents. Notre étude a démontré qu'après plus de six ans d'intervention et de services reçus, une majorité des mères recevant des services sociaux maintiennent leur conduite parentale abusive. En comparaison avec les parents qui profitent davantage des interventions reçues, les mères négligentes chroniques sont des personnes beaucoup plus en détresse. L'intervention auprès de ces parents devrait tenir compte des nombreux besoins socio-économiques de ces familles, mais également devrait davantage prendre en compte la détresse émotionnelle plus grande de ces mères. L'intervention se doit donc d'être multidimensionnelle, en tenant compte des besoins spécifiques de chaque famille. Elle doit également s'échelonner sur une période suffisamment longue pour remédier aux blessures du passé et pour consolider la situation de vie présente.

Plusieurs études se sont donc attardées à la variable même de la dépression (Éthier et al., 1995; Gaudin et al., 1993) alors que d'autres se sont davantage penchées sur les diverses formes de maltraitance et le niveau d'intensité de la dépression (Zuravin, 1989). En complément, la présente permet une meilleure compréhension du facteur dépression parentale dans le temps et démontre sa relation avec la problématique de la négligence chronique.

Références

- Banyard, V. L. (1999). Childhood maltreatment and the mental health of low-income women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69 (2), 161-171.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mosh, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Smailes, E. M. (1999). Childhood Abuse and Neglect : Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 1490-1496.
- Brown, G. W., Harris, T. O., & Eales, M. J. (1996). Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders. *British journal of psychiatry*, 168 (30), 50-57.
- Brown, K., & Sagi, S. (1988). Approaches to screening for child abuse and neglect. Dans K. Brown, C. Davies, & P. Stratton (Éds.), *Early Prediction and Prevention of Child Abuse* (pp. 57-85). Rochester : Wiley & Sons.
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., & Krol, P. A. (1987). Childhood Sexual and Physical Abuse as Factors in Adult Psychiatric Illness. *American Journal of Psychiatry*, 144 (11), 1426-1430.
- Campbell, S. B., Cohn, J. F., & Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers : mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31 (3), 349-357.
- Carlin, A. S., Kemper, K., Ward, N. G., Sowell, H., Gustafson, B., & Stevens, N. (1994). The effect of differences in objective and subjective definitions of childhood physical abuse on estimates of its incidence and relationship to psychopathology. *Child Abuse and Neglect*, 18(5), 393-399.

- Chaffin, M., Kelleher, K., & Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect : psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse and Neglect*, 20 (3), 191-203.
- Cicchetti, D., & Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development*, 11, 31-55.
- Crittenden, P. (1992). *Intervention with families at-risk*. Communication présentée au Groupe de Recherche en Développement de l'Enfant et de la Famille. Université du Québec à Trois-Rivières.
- DePanfilis, D., & Zuravin, S. J. (1999). Predicting child maltreatment recurrences during treatment. *Child Abuse and Neglect*, 23(8), 729-743.
- Dubowitz, H. (1999). *Neglected Children. Research, Practice, and Policy*. London. Sage.
- Egeland, B., Jacobvitz, D., & Sroufe, L. A. (1988). Breaking cycle of child maltreatment. *Child Development*, 59, 1080-1088.
- Éthier, L. S., Couture, G. (1998-2000). *Évolution psychosociale des familles négligentes ou à risque de négligence envers l'enfant*. (Rapport d'activités scientifiques présenté au Conseil québécois de la recherche sociale). Trois-Rivières : Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, Université du Québec à Trois-Rivières et Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Éthier, L. S., Couture, G., & Lacharité, C. (2001). *Risk factors associated with chronicity in negligence*. Manuscrit soumis pour publication.

- Éthier, L. S., Gagnier, J.-P., Lacharité, C., Couture, G., & Benoît, M. (1995). *Évaluation de l'impact à court terme d'un programme d'intervention écosystémique pour famille à risque de négligence*. (Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale). Trois-Rivières : Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Éthier, L. S., Lacharité, C., & Couture, G. (1995). Childhood adversity, parental stress, and depression of negligent mothers. *Child Abuse and Neglect*, 19 (5), 619-632.
- Éthier, S. L., Lacharité, C., & Désaulniers, R. (1992). *Questionnaire démographique*. Trois-Rivières : Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Éthier, S. L., Palacio-Quintin, E., Couture, G., Jourdan-Ionescu, C., & Lacharité, C. (1992). *Les enfants maltraités et leur famille : évaluation et intervention*. (Rapport de recherche présenté à la Direction de la Protection de la Jeunesse (Région 04)). Trois-Rivières : Groupe de recherche en développement de l'enfant, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Famularo, R., Barnum, R., & Stone, K. (1986). Court-ordered removal in severe child maltreatment : an association to parental major affective disorder. *Child Abuse and Neglect*, 10, 487-492.
- Gaudin, J. M., Polansky, N. A., Kilpatrick, A. C., & Shilton, P. (1993). Loneliness, depression, stress, and social supports in neglectful families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63 (4), 597-605.

- Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F., & Lawson, J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue québécoise de psychologie*, 3 (2), 13-27.
- Hall, L. A., Sachs, B., Rayens, M. K., & Lutembacher, M. (1993). Childhood Physical and Sexual Abuse : Their Relationship with Depressive Symptoms in Adulthood. *Image : the journal of nursing scholarship*, 25 (4), 317-323.
- Haapasalo, J., & Aaltonen, R. (1999). Child abuse potential : How persistent ? *Journal of Interpersonal Violence*, 14 (6), 571-585.
- Kinard, E. M. (1982). Child abuse and depression : Cause or consequences? *Child Welfare*, 7, 403-413.
- Lahey, B. B., Conger, R. D., Atkeson, B. M., & Treiber, F. A. (1984). Parenting behavior and emotional status of physically abusive mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1062-1071.
- Lessard, C. (2000). *Indicateurs repères sur l'application de la loi sur la protection de la jeunesse, 1993 à 1999*. Ministère de la santé et des Services Sociaux. Québec : Gouvernement du Québec.
- Magura, S., & Moses, B. S. (1984). *Outcomes measures for child welfare services. Theory and Applications*. Washington, DC : Child Welfare League of America.
- Milner, J. S. (1980). *The Child Abuse Potential Inventory Manual*. Webster, NC : Psytec.
- National Child Abuse and Neglect Data System (1998). U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau, Child Maltreatment. *Child maltreatment 1996: Reports from the*

States to the National Center on Child Abuse and Neglect. Washington DC: U.S.

Government Printing Office.

Nelson, K. (1997). Approaches to Intervention with Chronically Neglecting Families. Dans Scott W.

Henggeler, & A. B. Santos (Éds.), *Innovative Approaches for Difficult-to-Threat Populations.*

Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc.

Palacio-Quintin, V., & Palacio-Quintin, E. (1992). *Version française du questionnaire CAPI de*

Milner. Trois-Rivières : Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille,

Université du Québec à Trois-Rivières.

Petot, D. (1999). Les dépressions. Dans E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot, M. Tousignant (Éds),

Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Montréal et Paris : Gaétan Morin.

Quinton, D., & Rutter, M. (1988). Parenting breakdown. Averbury : Brookfield.

Reynold, W. M., & Gould, J. W. (1981). A psychometric investigation of the standard and short

from Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 306-

307.

Statistique Canada. *Indicateurs de la santé – Risque de dépression* [En ligne].

http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00601/high/depres_f.htm (Page consultée

le 17 septembre 2001)

Statistique Canada. *Rapports sur la santé* [En ligne].

http://www.statcan.ca/francais/ads/82-003-XIB//depres_f.htm (Page consultée le 17

septembre 2001)

- Surrey, J., Swett, C., Micheals, A., & Levin, S. (1990). Reported history of physical and sexual abuse and severity of symptomatology in women psychiatric outpatients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60(3), 412-417.
- Trocmé, N., McLaurin, B., Fallon, B., Duciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., & Mayer, M. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*. Ottawa : Santé Canada.
- Vézina, A., & Bradet, R. (1990). *Validation québécoise de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales*. Research report. Québec : Université Laval.
- Wexler, B. E., Lyons, L., Lyons, H., & Mazure, C. M. (1997). Physical and Sexual Abuse During Childhood and Development of Psychiatric Illness During Adulthood. *The Journal of nervous and mental disease*, 185 (8), 522-524.
- Wolfe, D. (1985). Child abusive parents : An empirical review and analysis. *Psychological Bulletin*, 97, 462-482.
- Zlotnick, C., Ryan, C. E., Miller, I. W., & Gabor, K. I. (1995). Childhood abuse and recovery from major depression. *Child Abuse and Neglect*, 19 (12), 1513-1516.
- Zuravin, S. J. (1989). Severity of maternal depression and three types of mother-to-child aggression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59 (3), 377-389.
- Zuravin, S. J., McMillen, C., DePanfilis, D., & Risley-Curtiss, C. (1996). The intergenerational cycle of child maltreatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 11 (3), 315-334.

Notes des auteurs

Geneviève Langlois et Louise S. Éthier, Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, Département de Psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

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

La correspondance concernant cet article doit être adressée au deuxième auteur, Louise S. Éthier, Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, Département de Psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, Boulevard des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières (QC), Canada G9A 5H7.

Tableau 1

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

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

Tableau 2

Moyennes et écarts types au Beck en centiles pour les deux groupes de mères (chroniques et transitoires) en fonction des trois temps de l'étude (N = 55)

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

Tableau 3

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

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

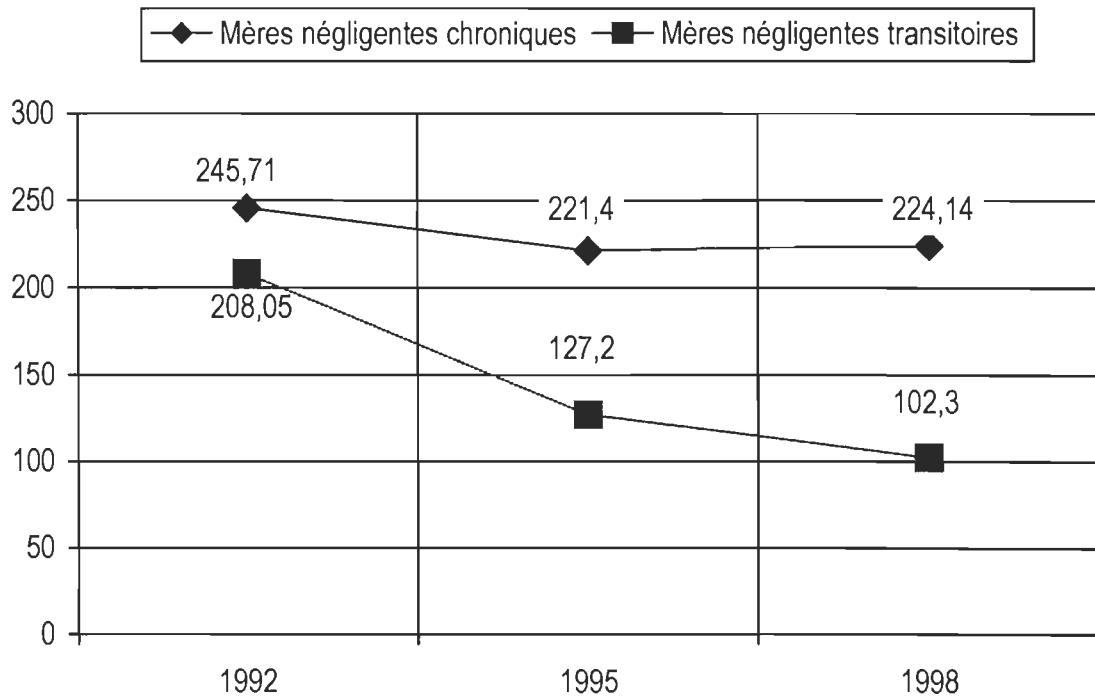


Figure 1. Évolution du score moyen AU CAPI pour chaque groupe de mères, aux trois temps de l'étude.

Tableau 4

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

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

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

Tableau 5

Comparaison de l'état dépressif des mères négligentes chroniques (CHR) et transitoires (TR) en fonction des scores de chacune des mères négligentes au Beck et al. (1961)

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