

Université de Montréal

**La présence de symptômes émotionnels chez l'enfant placé
et les liens avec son intégration familiale, sociale et scolaire.**

par

Annie-Claude Mathieu

École de service social

Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des Arts et des Sciences
en vue de l'obtention du grade de Maître es Science
en Service Social

© Annie-Claude Mathieu, 2012

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

**La présence de symptômes émotionnels chez l'enfant placé et les liens
avec son intégration familiale, sociale et scolaire.**

Présenté par :

Annie-Claude Mathieu

évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jacques Moreau, président-rapporteur

Marie-Andrée Poirier, directrice de recherche

Geneviève Piché, examinatrice externe

Résumé

Exposés à de multiples facteurs de risque avant et pendant le placement, les enfants placés présentent une prévalence élevée de troubles intériorisés. Ces troubles peuvent entraver leur intégration familiale, sociale et scolaire. L'objectif de ce mémoire est de tracer un portrait des enfants placés présentant des troubles intériorisés afin de mieux les repérer pour ainsi mieux les soutenir, ainsi que les adultes qui en prennent soin.

L'échantillon est composé de 62 enfants, âgés de 10 à 12 ans, placés en famille d'accueil régulière et impliqués dans le projet S'Occuper des Enfants (SOCEN). Les données analysées proviennent du Cahier d'évaluation et de suivi (CÉS-C2), outil clinique (avec mesures standardisées) dans lequel l'intervenant, le parent d'accueil et l'enfant inscrivent des informations sur différents aspects du développement de l'enfant. Des variables relatives au placement ainsi que d'autres portant sur l'intégration familiale, sociale et scolaire de l'enfant placé sont mises en relation avec les scores de la sous-échelle des symptômes émotionnels du *Strengths and Difficulties Questionnaire* à l'aide de corrélations de Pearson et d'ANOVA.

Près de 19% des 62 enfants éprouvent des symptômes émotionnels élevés. Les résultats révèlent la forte présence de troubles extériorisés (troubles hyperactifs, troubles de la conduite) chez les enfants placés présentant des symptômes émotionnels élevés. Ces enfants éprouvent aussi plus de problèmes avec les pairs. Ceux qui ont vécu plus de trois placements présentent davantage de symptômes émotionnels élevés.

Mots-clés : enfants placés; troubles intériorisés; troubles extériorisés; anxiété; dépression; famille d'accueil; Strengths and Difficulties Questionnaire.

Abstract

Exposed to multiple risk factors prior and during the placement, foster children have a high prevalence of internalizing disorders. These disorders can interfere with their ability to integrate with their foster family and to participate in social and school activities. The aim of this thesis is to draw a picture of children with high emotional symptoms, a proxy of internalizing disorders, in order to better identify and to better support them as well as adults who care for them.

The sample consists of 62 children, aged between 10 and 12 years old in family foster care and involved in the project Looking After Children (LAC). The analyzed data come from the Assessment and Action Record (AAR-C2), a clinical tool (with standardized measures) in which the social worker, the foster parent and the child recorded information on various aspects of child development. Variables related to placement of foster children, along with other variables related to their familial, social, and school integration were related to the scores of the emotional symptoms subscale of the Strengths and Difficulties Questionnaire with Pearson correlations and ANOVAs.

Nearly 19% of the 62 children experience high emotional symptoms. The results reveal the strong presence of externalizing disorders (hyperactivity disorder, conduct disorder) in foster children with high emotional symptoms. These children also experience more problems with peers. Those who lived more than three placements have more severe emotional symptoms.

Keywords : foster child; anxiety; depression; foster family; Strengths and Difficulties Questionnaire; internalized disorder; externalized disorder.

Table des matières

Liste des tableaux	viii
Remerciements	xi
Problématique	1
Chapitre 1 : Recension des écrits	12
1.1 Conditions de vie de l'enfant avant son placement	13
1.1.1 Conditions socioéconomiques des parents d'origine	14
1.1.2 Santé mentale des parents d'origine	15
1.1.3 Pratiques parentales des parents d'origine	16
1.1.4 Autres facteurs : violence conjugale, négligence	19
1.2 Placement, facteur de risque et troubles intériorisés	21
1.3 Symptômes émotionnels (troubles intériorisés) chez l'enfant	23
1.3.1 Description des troubles intériorisés	24
1.3.1.1 Les troubles anxieux	24
1.3.1.2 Les troubles dépressifs	26
1.3.1.3 Comorbidité	28
1.3.2 Troubles intériorisés: prévalence chez les enfants placés	30
1.3.3 L'enfant placé présentant un trouble intériorisé en interaction avec son environnement familial, social et scolaire	37
1.3.3.1 Au plan familial	37
1.3.3.2 Au plan scolaire	41
1.3.3.3 Au plan social	45
Chapitre 2 : Méthodologie	49
2.1 Source des données	49
2.2 Échantillon	54

2.3 Variables à l'étude et instruments	55
2.3.1 Variable dépendante : les symptômes émotionnels.....	55
2.3.1.1 Le <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ)	55
2.3.1.2 Mesure des symptômes émotionnels : sous-échelle.....	58
2.3.2 Variables indépendantes : échelles sélectionnées, items uniques	60
2.3.2.1 Caractéristiques sociodémographiques des enfants	61
2.3.2.2 Expérience de placement de l'enfant	61
2.3.2.3 Caractéristiques liées à la santé physique et mentale des enfants.....	65
2.3.2.4 Caractéristiques liées à l'intégration à la famille d'accueil	68
2.3.2.5 Caractéristiques liées à l'intégration sociale de l'enfant..	69
2.3.2.6 Caractéristiques de l'intégration scolaire des enfants	71
2.4 Stratégies d'analyse.....	75
2.5 Considérations éthiques	77
 Chapitre 3 : Résultats	 79
3.1 Symptômes émotionnels	79
3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enfants	82
3.3 Expérience de placement.....	82
3.4 Caractéristiques liées à la santé physique et mentale des enfants..	85
3.5 Caractéristiques liées à l'intégration dans la famille d'accueil	88
3.6 Caractéristiques liées à l'intégration sociale de l'enfant.....	90
3.7 Caractéristiques liées à l'intégration scolaire de l'enfant.....	93
3.8 Résultats supplémentaires	95

Chapitre 4 : Interprétation des résultats.....	101
4.1 Les symptômes émotionnels	101
4.2 Caractéristiques sociodémographiques de l'enfant.....	103
4.3 Caractéristiques du placement.....	105
4.3.1 Motifs de compromission.....	105
4.3.2. L'âge au premier placement.....	106
4.3.3 Nombre de placement	108
4.3.4 Durée du placement actuel	109
4.4 Caractéristiques liées à la santé physique ou mentale de l'enfant	110
4.5 Intégration familiale	112
4.5.1 Pratiques parentales non appropriées et positives.....	112
4.6 Caractéristiques de la vie sociale des enfants.....	114
4.6.1 Les comportements prosociaux.....	114
4.6.2 Les problèmes avec les pairs.....	116
4.6.3 Les relations amicales	118
4.6.4 Participation de l'enfant placé à des activités sportives et/ou artistiques.....	119
4.7 Caractéristiques de la vie scolaire des enfants	120
4.7.1 Troubles d'apprentissage	120
4.7.2 Redoublement scolaire et performances académiques.....	122
4.8 Limites d'interprétation.....	123
 Conclusion.....	 130
 Bibliographie.....	 144
Annexe 1 : Tableau 13 : Corrélations et analyses de variance entre l'ensemble des variables à l'étude et la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ	168

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tableau-synthèse des variables indépendantes à l'étude.....	74
Tableau 2 : Répartition du nombre d'enfants selon le score de la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ comparé aux normes populationnelles du Royaume-Uni (UK).....	80
Tableau 3 : Répartition des réponses de l'échantillon et des scores aux items de la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ	81
Tableau 4 : Corrélations et analyses de variance entre les variables d'expérience de placement et la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ	84
Tableau 5 : Analyses de variance entre les conditions de santé diagnostiquées et la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ	86
Tableau 6 : Corrélations entre les variables liées à la santé mentale des enfants et la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ.....	88
Tableau 7 : Corrélations entre les variables liées à la famille d'accueil et la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ	89
Tableau 8 : Corrélations et analyses de variance entre les variables liées à l'intégration sociale et la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ.....	93
Tableau 9 : Analyses de variance entre les variables liées à la l'intégration scolaire et la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ.....	95
Tableau 10 : Corrélations entre les scores à chacun des items du SDQ et le score moyen obtenu à la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ.....	97
Tableau 11: Matrice des composantes principales (après rotation) de l'analyse factorielle des items du SDQ.....	100

Tableau 12 : Portrait de l'enfant placé âgé entre 10 ans et 12 ans
présentant des symptômes émotionnels élevés.....133

Tableau 13 : Corrélations et analyses de variance entre l'ensemble des
variables à l'étude et la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ
selon le genre de l'enfant169

« Le développement de la résilience ne repose pas sur l'évitement du stress, mais plutôt sur son affrontement par moments, mais d'une manière qui permet la confiance en soi et à la compétence sociale d'augmenter au moyen de la maîtrise et de la responsabilité adéquates. »

Rutter, 2002 :144.

Remerciements

Premièrement, je voudrais remercier ma directrice Marie-Andrée Poirier pour son ouverture et son implication soutenue durant cette étape importante de ma vie qu'a représentée la rédaction de ce mémoire. Sincèrement, merci Marie-Andrée pour tous tes commentaires plus pertinents les uns que les autres. Merci pour ta sensibilité, ta curiosité, ta disponibilité et tes qualités indéniables comme pédagogue.

Merci à Marc, statisticien, réviseur et surtout, partenaire de vie. Merci pour tout le temps investi et pour ton immense disponibilité. Ta patience n'a d'égale que ta grandeur, grandeur de jambes et grandeur d'âme! Merci pour tous tes commentaires éclairants, tes suggestions et pour les discussions intéressantes autour de la santé mentale qui ont su me nourrir tout au cours de ce mémoire.

Merci aux filles du 7086, Béatrice, Geneviève et Marie-Ève. Merci d'avoir partagé avec moi les hauts et les bas du processus de maîtrise. Les jours partagés en chalet lors de nos semaines de rédaction resteront gravés en moi. Il est 16h00 les filles...qu'est-ce qu'on fait?

Merci à toute ma famille pour le soutien, particulièrement Stéphan et Geneviève qui m'ont permis d'entreprendre cette idée de retour aux études et de m'y consacrer entièrement.

Merci à tous mes amis pour leurs encouragements et pour leur patience lors de mes absences et de mes non retours d'appels!

Merci à Dorita Shemie, travailleuse sociale et à Sylvie Giroux, psychologue, deux femmes inspirantes qui me poussent à faire de ma pratique un acte authentique et professionnel.

Et enfin, je veux remercier l'École de service social pour son soutien financier et particulièrement, Hélène Durocher et Lise Coulombe, pour leur patience et leur gentillesse.

Problématique

Pour l'année 2009-2010, plus de 30 000 enfants québécois ont été pris en charge par les Directeurs de la Protection de la Jeunesse (DPJ) puisque leur sécurité et leur développement étaient compromis. Environ 60 % de ces enfants pris en charge sont âgés de zéro à 12 ans. De façon plus spécifique, près de 10 747 enfants sont âgés de six à 12 ans. Dans cette catégorie d'âge, la très grande majorité (8189) a été signalée pour négligence¹. Parmi l'ensemble des enfants dont la situation est prise en charge, 11 181 sont placés en milieu substitut. De ce nombre, environ 6583 sont placés dans une ressource de type familial²; 2679 dans un Centre de réadaptation ou une ressource intermédiaire; 1849 sont confiés à un tiers significatif.

Au moment d'être placés sous la protection des DPJ, les enfants³ en famille d'accueil présentent souvent plusieurs problématiques. Comparés aux enfants de la population en général, ils présentent davantage de

¹ Dans le *Bilan des Directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux (2010)*, la catégorie « négligence et autres » inclut les mauvais traitements psychologiques, le risque sérieux de négligence, le risque sérieux d'abus physique et le risque sérieux d'abus sexuel (ACJQ, p.18).

² Le terme « famille d'accueil » sera employé pour représenter les ressources intermédiaires de type familial.

³ Dans ce mémoire, le vocable « enfant » sera utilisé pour désigner toutes personnes âgées de 0 à 18 ans.

problèmes de santé physique (par exemple, asthme, eczéma, etc.) et de retards de développement sur les plans langagier et cognitif (Barber Delfabbro & Cooper, 2001; Pears & Fisher, 2005a; Tarren-Sweeney, 2008). Ces retards ne sont pas étrangers au fait que ces enfants éprouvent aussi plus de difficultés aux plans social et scolaire (Ford, Vostanis, Meltzer & Goodman, 2007 ; Allen & Vacca, 2010). Une autre problématique très répandue parmi les enfants placés concerne les problèmes de santé mentale. En effet, les enfants placés présentent davantage de problèmes de santé mentale que les enfants de la population en général. Bien que les résultats puissent varier en fonction de l'outil d'évaluation et du répondant, les données de plusieurs pays tels que le Canada ou le Royaume-Uni indiquent une prévalence de troubles de santé mentale à près de 50% (Ford et al., 2007 ; Goodman, Ford, Corbin & Meltzer, 2004 ; Meltzer, Corbin, Gatward, Goodman & Ford, 2003) et la présence de symptômes émotionnels et comportementaux à près de 80% (Goodman et al., 2004 ; Havnen, Jakobsen & Stormark, 2009; Sempik, Ward & Darker, 2008; Marquis & Flynn, 2009). Les troubles intériorisés, tels que l'anxiété et la dépression et leurs symptômes associés, sont parmi les plus prévalents : entre 10% et 20% des enfants placés présentent un trouble anxieux ou dépressif diagnostiqué (Goodman et al., 2004 ; McCann, James, Wilson & Dunn, 1996 ; Ford et al., 2007) et un nombre plus important encore présente des symptômes émotionnels à des seuils

jugés cliniques (Marquis & Flynn, 2009; Minnis, Everett, Pelosi, Dunn & Knapp, 2006; Sempik et al., 2008).⁴

La présence si importante de symptômes émotionnels peut être comprise à la lumière des conditions présentes avant le placement. Avant d'être placé, l'enfant vit dans un environnement familial propice au développement de troubles intériorisés chez les enfants. En effet, dans les études portant sur l'anxiété et la dépression chez des enfants de la population en général, vivre dans un milieu familial aux conditions socio-économiques difficiles, vivre avec un parent qui souffre d'un problème de santé mentale ou être exposé à des pratiques parentales inadéquates, constituent des facteurs associés au développement de troubles intériorisés (Dozier, Albus, Fisher & Sepulveda, 2002; Toch & Cicchetti, 2005; Bergeron, Valla & Gauthier, 2007; Léveillé, Chamberland & Tremblay-Renaud, 2007; Côté, Boivin, Liu, Nagin, Zoccolillo &

⁴ Les « symptômes émotionnels » font référence aux symptômes de la dépression (tristesse, perte d'intérêts, irritabilité, etc.) et aux symptômes anxieux (inquiétudes, peurs, plaintes somatiques, etc.). La présence de symptômes émotionnels chez un enfant ne signifie pas nécessairement qu'il réponde à des critères d'un diagnostic de dépression ou de troubles anxieux tel qu'évalué par un professionnel de la santé mentale. Ces diagnostics exigent que l'enfant réponde à des critères plus spécifiques. Par ailleurs, le terme « troubles intériorisés » sera utilisé dans ce mémoire comme un terme générique pour décrire à la fois la présence de symptômes émotionnels ou d'un diagnostic de troubles dépressifs ou anxieux. Certains auteurs incluent aussi dans les troubles intériorisés les diagnostics associés aux états de stress et de traumatismes, ainsi les troubles d'attachement (Millburn et al., 2008).

Tremblay, 2009). Il n'est pas rare que l'enfant placé soit exposé à plusieurs de ces facteurs de risque, et ce, simultanément. En effet, les familles qui reçoivent des services des Centres jeunesse sont reconnues pour être en majorité des familles monoparentales, qui vivent avec de faibles revenus, ont peu de scolarité et un soutien social restreint (Toupin, Pauzé, Frappier, Cloutier & Boudreau, 2004). Toujours selon Toupin et al. (2004) et plus récemment Gaumont (2010), ces parents éprouvent plus de problèmes de santé mentale que les parents de la population en général. Ces problématiques peuvent nuire à leur rôle parental dans ses dimensions affectives et disciplinaires. Il est ainsi plus probable qu'ils recourent à des pratiques parentales inadéquates pouvant mener, entre autres, au développement de troubles intériorisés (Léveillé et al., 2007; Côté et al., 2009).

De surcroît, avant d'être placés, beaucoup de ces enfants ont vécu dans des familles négligentes. Certaines études (Carlson, Cicchetti, Barnett & Braunwald, 1989, dans Milot, Éthier & Saint-Laurent, 2009 ; Éthier & Milot, 2009) rapportent qu'au sein des familles maltraitantes et négligentes, le lien d'attachement de type insécurisant est fréquent. Ce type d'attachement est associé à différentes problématiques de santé mentale telles que les troubles intériorisés (Tyrell & Dozier, 1999; Golding, 2008) et à une plus grande susceptibilité de ne pas se développer

de façon optimale aux plans neurobiologique, physique et affectif (Dozier, Higley, Albus & Nutter, 2002; Toch & Cicchetti, 2005). C'est avec ces difficultés que l'enfant devra faire face au défi important que représente le placement.

Pour un enfant, vivre un placement constitue un stress majeur (Bergeron, Valla & Gauthier, 2007). C'est pour lui une période d'adaptation importante (Dozier, Stovall, Albus & Bates, 2001). Ainsi, même si le placement est une mesure visant à assurer sa protection, ce grand stress peut devenir un facteur de risque pour l'émergence de problèmes comportementaux, psychologiques, développementaux et académiques (Lawrence, Carlson & Egeland, 2006). Pour l'enfant placé présentant des symptômes émotionnels, s'ajoute au stress du placement un effort d'adaptation supplémentaire. Cet effort supplémentaire s'explique par le fait que les symptômes émotionnels agissent tel un filtre. Ce filtre modifie la perception de l'enfant du monde qui l'entoure et diminue son confort avec les personnes de son entourage (Garel, 1998; Bailly, 2004; Dumas, 2008). Les symptômes émotionnels prédisposent donc l'enfant à s'adapter plus difficilement aux transitions de vie telles que l'entrée à l'école et l'entrée dans une nouvelle famille.

À leur entrée en famille d'accueil, un grand nombre d'enfants présentent des difficultés comportementales et affectives qui nécessitent un suivi par un professionnel de la santé mentale (Sempik et al., 2008 ; Turcotte, Dionne & Cloutier, 2008). Ces problématiques de santé mentale sont souvent associées à plus de problèmes à s'intégrer dans leur famille d'accueil (Marquis, Paquet & Flynn, 2008). En contraste aux troubles extériorisés qui mènent souvent aux conflits ouverts, l'impact des symptômes émotionnels sur l'insatisfaction relationnelle est plus insidieux. Par exemple, un enfant dépressif peut être plus terne et ne pas participer à la réciprocité, menant le parent à moins s'engager envers lui. Mais comme l'indiquent Kaplan et Sadock (2003), la dépression chez l'enfant peut prendre aussi la forme d'irritabilité persistante, et être le moteur de conflits ouverts. Chez l'enfant anxieux, son besoin de contrôle, souvent présent, peut prendre la forme d'un trouble oppositionnel et générer des conflits puis rendre son intégration familiale plus complexe (Albano, Chorpita & Barlow, 1996 ; Dumas, 2008). Ces exemples illustrent que les troubles intériorisés rendent plus complexes les interactions entre l'enfant et son parent d'accueil et peuvent précipiter une rupture de placement (Barber & Delfabbro, 2002; Barth, Lloyd, Green, James, Leslie & Landsverk, 2007; Ward, Holmes, Dyson & McDermid, 2008; Rosenthal & Villegas, 2010). D'ailleurs, de telles difficultés à composer avec les symptômes émotionnels sont souvent évoquées par les

parents d'accueil (Newton, Litrownik & Landsverk, 2000; Strijker & Knorth, 2009). Bref, les symptômes émotionnels peuvent ne pas être étrangers au nombre de déplacements que les enfants expérimentent. En effet, plusieurs études rapportent que le nombre de déplacements se situe en moyenne à trois (changement de milieu de vie⁵) Turcotte, Drapeau, Hélie, Turcotte, Carignan, Royer et al., 2010) sur une période couvrant moins de 26 mois. On observe des données similaires dans d'autres travaux (Newton et al., 2000; Barber, Delfabbro & Cooper, 2001; Dixon, 2008; Tarren-Sweeney, 2008).

Au plan scolaire, l'enfant placé présente souvent de nombreux retards associés à des retards développementaux ou aux nombreux changements d'école et absences. Mais pour l'enfant placé présentant des symptômes émotionnels, le défi de réussir à l'école se trouve dupliqué par une disponibilité cognitive réduite par des pensées et des émotions envahissantes nuisant ainsi à sa capacité d'apprentissage (Lambert, 2011).

⁵ « Le changement de milieu de vie est l'indicateur d'instabilité au sens le plus large. Il désigne ici tout changement dans le milieu de vie principal de l'enfant durant la période d'observation. Cela correspond au nombre de fois où l'enfant a dû "faire sa valise" pour emménager ailleurs. Le nombre de changements de milieu est calculé en additionnant les changements suivants. » (Turcotte et al., 2010 : 58).

Les enfants placés présentent aussi moins d'habiletés sociales. D'une part, l'école est pour l'enfant son principal milieu de socialisation. Si l'enfant vit plusieurs changements d'école, qu'il s'absente davantage et qu'il éprouve en plus des difficultés scolaires, il peut lui être plus difficile d'établir des relations significatives avec ses pairs et le personnel scolaire (Vacca, 2008). D'autre part, pour les enfants placés qui éprouvent des symptômes émotionnels, leurs relations avec les pairs peuvent être encore plus difficiles. Leurs réactions peuvent paraître souvent immatures. Ayant de la difficulté à réguler leurs émotions et à comprendre celles des autres, leurs réactions sont parfois jugées disproportionnées et inappropriées, en particulier face à la peur et à la colère (Pallanca, 2008). De plus, les enfants anxieux et dépressifs ont un tempérament généralement inhibé (Biederman, Rosenbaum, Chaloff & Kagan, 1995), les incitant à préférer la solitude ou la compagnie d'adultes. Pour toutes ces raisons, ils sont rejetés par leurs pairs et ont souvent peu d'amis (Bailly, 2004; Dumas, 2008).

À ces difficultés s'ajoutent fréquemment d'autres troubles qui peuvent brouiller l'évaluation et les pistes d'intervention. En effet, les troubles d'anxiété sont fortement associés à des troubles du comportement. Par exemple, en ce qui concerne le trouble des conduites, les taux de comorbidité pourraient aller jusqu'à 66 % (Turgeon & Brousseau, 2000).

Une autre comorbidité très fréquente est celle des troubles anxieux avec le déficit d'attention avec hyperactivité (Costello et al., 2003). Ces autres troubles en comorbidité avec les troubles intériorisés peuvent, d'une part, nuire à l'intégration familiale, scolaire et sociale de l'enfant placé. D'autre part, ils peuvent brouiller les pistes sur la meilleure intervention à utiliser afin de répondre adéquatement aux besoins de l'enfant placé présentant des troubles intériorisés et afin de guider le parent d'accueil à adopter des pratiques parentales adaptées. Bien souvent, les manifestations symptomatiques sont moins « dérangeantes » et apparentes (Turgeon & Brousseau, 2000; Newton et al., 2000; Barth et al., 2007 ; Dumas, 2008); par conséquent, les troubles intériorisés sont moins considérés dans l'évaluation et les moyens pris se centrent davantage sur les troubles extériorisés.

À la lumière des informations précédentes, on peut comprendre que l'enfant placé est très à risque de développer un trouble intériorisé. Les difficultés telles que les troubles anxieux et dépressifs peuvent avoir des conséquences négatives pour l'enfant, au plan individuel et au plan interpersonnel. Les troubles intériorisés représentent donc un facteur de risque additionnel à l'intégration familiale, scolaire et sociale de l'enfant placé. Ceux-ci ont de fortes chances d'entraver la capacité de l'enfant à s'intégrer dans sa famille d'accueil, à établir une relation avec une figure

significative et à participer à des activités sociales et scolaires. Ils sont finalement susceptibles d'être comorbides aux troubles extériorisés. Pourtant, ils semblent beaucoup moins faire l'objet d'études parmi celles consacrées aux enfants placés.

Le but de ce mémoire est de mieux comprendre ce qui caractérise la réalité des enfants placés aux prises avec des symptômes émotionnels (troubles intériorisés) pour, ultimement, les repérer et ainsi mieux soutenir les enfants et les adultes qui en prennent soin. Pour atteindre cet objectif, deux étapes sont prévues : découvrir ce qui caractérise l'enfant placé avec des symptômes émotionnels élevés et examiner l'association entre les symptômes émotionnels et l'intégration familiale, scolaire et sociale, et celles reliées aux troubles comorbides.

Ainsi, dans le premier chapitre, une recension des écrits scientifiques et théoriques documentera les conditions de vie de l'enfant avant son placement et lors de son placement actuel. Ensuite, les différents écrits serviront à décrire les troubles intériorisés et leurs conséquences possibles sur l'enfant placé et son intégration familiale, sociale et scolaire. Le deuxième chapitre portera principalement sur la méthodologie employée pour ce mémoire. Les résultats des analyses statistiques seront présentés au troisième chapitre. Ces résultats seront discutés au chapitre quatre et

les principales limites y seront exposées. En guise de conclusion, les retombées de cette étude pour la recherche et pour l'intervention seront discutées.

Chapitre 1 : Recension des écrits

Ce premier chapitre, élaboré à partir d'une recension d'écrits scientifiques et théoriques, vise à tracer un portrait des enfants placés aux prises avec des troubles intériorisés. Pour ce faire, trois objectifs principaux sont ciblés : a) décrire les conditions de vie de l'enfant avant son placement puisqu'un nombre considérable de ces conditions de vie sont des facteurs de risque au développement de troubles intériorisés; b) documenter la manifestation et la prévalence des troubles intériorisés chez les enfants de la population en général et chez les enfants placés, ainsi que les troubles comorbides et c) examiner les possibles conséquences des troubles intériorisés sur l'intégration familiale, scolaire et sociale des enfants placés.

L'enfant placé en bref : fragilité et vulnérabilité

Les enfants placés en famille d'accueil forment une population vulnérable et plus susceptible de développer diverses problématiques. En effet, ils présentent de plus hauts taux de troubles physique, psychologique et développemental que les enfants de la population en général (Leslie, Gordon, Meneken, Premji, Michelmores & Ganger, 2005; Kerker & Dore, 2006; Tarren-Sweeney, 2008; Department of Health, UK, 2009). Dans cette section, l'environnement familial dans lequel a évolué l'enfant avant

son placement est décrit brièvement. La description porte principalement sur les parents d'origine, sur leurs conditions de vie, ainsi que les possibles conséquences sur le développement de l'enfant et sur sa relation avec ses parents. Par la suite, les influences de la santé mentale du parent d'origine sur le développement de l'enfant sont abordées.

1.1 Conditions de vie de l'enfant avant son placement

Les écrits scientifiques associent différents facteurs de risque au développement de troubles intériorisés chez l'enfant. Parmi ceux-ci, on retrouve les facteurs touchant au milieu familial, le principal environnement de vie de l'enfant. Selon plusieurs auteurs, certaines composantes de l'environnement familial exacerberaient la vulnérabilité biologique de l'enfant face au développement du trouble intériorisé (Essau & Barrett, 2001; Vasey & Dadds, 2001) telles que les facteurs socio-économiques, la présence d'un trouble de santé mentale chez l'enfant, l'emploi de certaines pratiques parentales inadéquates et la présence d'autres facteurs tels que la violence conjugale et la négligence.

1.1.1 Conditions familiales et socioéconomiques des parents d'origine

Chez les enfants de la population en général, les troubles anxieux et dépressifs sont associés à des facteurs tels que de provenir d'une famille monoparentale, caractérisée par un faible statut socio-économique et un faible niveau d'éducation du parent (Bergeron, Valla & Gauthier, 2007).

Le cumul de ces facteurs de risque est très fréquent dans les familles des enfants placés. En effet, beaucoup d'enfants placés en famille d'accueil proviennent d'une famille monoparentale. Selon une étude de Pauté, Toupin, Déry, Mercier, Joly, Cyr et al. (2004), réalisée auprès de 93 familles dont l'enfant est placé, près de deux familles sur trois (62,9 %) sont monoparentales. La femme occupe le rôle de « chef » de famille dans 81,4 % des situations. Plus de 40 % des parents ont un revenu annuel de moins de 12 000 \$ et 39,1 % n'ont pas terminé leurs études secondaires (Pauté et al., 2004). Dans 43,8 % des situations, le parent cumule au moins deux de ces conditions socioéconomiques. Celles-ci agissent comme des stressseurs qui pourraient expliquer, en partie, que ces parents souffrent davantage de détresse psychologique que les parents de la population en général et que plusieurs souffrent de troubles de santé mentale.

1.1.2 Santé mentale des parents d'origine

Vivre avec un parent qui souffre d'un problème de santé mentale est reconnu comme un facteur qui peut augmenter les risques que l'enfant développe un trouble anxieux (Turgeon & Brousseau, 2000; Vasey & Dadds, 2001; Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Fisher, Gunnar, Dozier, Bruce & Pears, 2006; Léveillé et al., 2007). En 1996, Pauzé, Toupin, Déry et Hotte ont recensé que 75 % des parents d'enfants suivis par les DPJs du Québec ont présenté au cours de leur vie un trouble dépressif (55 %) et un trouble anxieux (62,5 %). Près de 15 ans plus tard, une étude réalisée auprès de 386 parents (269 mères/117 pères) qui reçoivent des services du Centre jeunesse de la Montérégie démontre la présence d'une problématique de santé mentale diagnostiquée telle que le trouble anxieux (11,1 %) ou un trouble de l'humeur (41,1 %) (CJM, Gaumont, 2010). Finalement, une étude de Pauzé et al. (2004) rapporte que près de 34 % des mères reconnaissent avoir un problème émotif ou nerveux et une proportion importante a reçu un diagnostic de troubles de santé mentale dans les 6 mois précédant l'étude (29,2 % dépression majeure; 11,2 % troubles panique, 8,6 % dysthymie; 6,8 % autres troubles anxieux).

De nombreux auteurs permettent de constater que les troubles anxieux et dépressifs chez le parent sont fréquemment associés à de hauts taux de

troubles intériorisés chez leurs enfants (Barlow, 2002; Bergeron et al., 2007; Dumas, 2007; Léveillé, Chamberland & Tremblay-Renaud, 2007; Piché et al., 2008). Cette association s'expliquerait en partie par une interaction entre la transmission génétique et certains éléments de l'environnement familial tels que les pratiques parentales (Turgeon & Brousseau, 2000; Essau & Barrett, 2001; Vasey & Dadds, 2001; Eley & Gregory, 2004).

1.1.3 Pratiques parentales des parents d'origine

Le fait de présenter un problème de santé mentale pourrait rendre le parent moins apte à répondre adéquatement aux besoins de son enfant, c'est-à-dire, d'assurer son développement physique et affectif ainsi que sa sécurité. Absorbé par ses propres préoccupations, il serait moins disponible et moins susceptible d'employer des pratiques parentales adéquates (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Léveillé, Chamberland & Tremblay-Renaud, 2007).

Par exemple, les mères dépressives auraient tendance à utiliser des pratiques parentales contradictoires (Léveillé, Chamberland & Tremblay-Renaud, 2007). Par le fait même, ces pratiques incohérentes et inconstantes sont reconnues pour augmenter les risques que l'enfant développe un trouble intériorisé, car elles occasionnent des pertes de

repère et créent un terrain fertile à l'éclosion de l'anxiété (Côté et al., 2009).

Outre les pratiques parentales incohérentes, d'autres pratiques parentales sont fréquemment associées aux troubles anxieux et dépressifs. Bergeron et al. (2007) rapportent les résultats de plusieurs études recensées sur une période de 20 ans, faites auprès de parents de la population en général et qui portent sur les relations entre les pratiques parentales et les troubles intériorisés. Les principales pratiques parentales recensées qui sont associées à l'éclosion des troubles anxieux ou dépressifs sont

«le manque de supervision et d'encadrement de l'enfant de la part du parent (Goodman, Meltzer & Bailey, 1998), une fréquence élevée de comportements punitifs (Bergeron & Valla, 1996a, 1996b; Goodman, Meltzer & Bailey, 1998) et une faible fréquence de comportements de soin du parent à l'égard de son enfant (ex. : peu de soutien affectif ou instrumental et peu de renforcements positifs) (Bergeron & Valla, 1996a, 1996b; Bergeron, Valla & Gauthier, 2007 : 40) ».

Bögels et Brechman-Toussaint (2006) ont observé que des pratiques parentales incohérentes, autoritaires, abusives, augmentent les risques que

l'enfant développe un trouble intériorisé et handicapent l'enfant dans son développement social. Par ailleurs, Piché, Bergeron, Cyr et Berthiaume (2011a; 2011b) ont démontré les liens entre certains types de pratiques parentales, le trouble dépressif/anxieux chez la mère et le développement de troubles intériorisés chez l'enfant. Plus précisément, ils ont démontré que les pratiques parentales telles que des comportements de soins déficients ainsi que des pratiques punitives, tout comme l'âge de l'enfant et le soutien social parental, interagissaient significativement avec la présence de troubles anxieux ou dépressifs chez la mère pour prédire la survenue de troubles intériorisés chez l'enfant âgé de six à onze ans.

Selon la théorie de l'attachement de Bowlby (1969), si le parent ne répond pas adéquatement aux signaux de détresse ou d'inconfort de son enfant, celui-ci devient très à risque de ne pas se développer de façon optimale aux plans neurobiologique, physique et affectif (Dozier, Albus et al., 2002; Toch & Cicchetti, 2005). En effet, si les pratiques parentales créent des interactions entre la mère et l'enfant qui se caractérisent par des réponses incohérentes, si l'enfant est ignoré ou rejeté, que les réponses sont instables, insatisfaisantes ou nulles, l'enfant peut développer un attachement insécurisant. Ce type d'attachement est fréquemment associé à une faible régulation émotionnelle, à une faible capacité d'explorer son univers, à des difficultés relationnelles (Golding,

2008) et à des problèmes d'adaptation tout au cours de la vie (Sroufe et al., 2005). Il est associé à différentes problématiques de santé mentale telles que les troubles intériorisés (Stovall & Dozier, 2000; Schofield & Beek, 2006; Golding, 2008).

Le portrait des pratiques parentales décrites ci-haut caractérise souvent le vécu familial dans le milieu d'origine des enfants placés. Ainsi, selon l'étude de Pauzé et al. (2004), une très grande proportion (64,8 %) des parents dont l'enfant est placé aurait eu recours aux pratiques parentales décrites plus haut et qui sont associées au développement de troubles intériorisés. Ils auraient utilisé de la violence physique ou verbale envers leur enfant et la plupart des parents auraient affirmé manquer de consistance, de continuité et de cohérence dans leurs pratiques parentales.

1.1.4 Autres facteurs : violence conjugale, négligence

D'autres facteurs familiaux, tels que l'exposition à la violence conjugale et la négligence constituent aussi des facteurs de risque de développer un trouble intériorisé (anxiété, dépression, plaintes somatiques, syndrome de stress post-traumatique) chez les enfants entre cinq ans et 12 ans (Lessard, Damant, Brabant, Pépin-Gagné & Chamberland, 2009). La négligence, qui touche plus de 75 % des enfants pris en charge par les DPJs en 2010 est aussi associée à l'augmentation des risques de souffrir d'anxiété et de

dépression (Milot, Éthier & St-Laurent, 2009). Certains auteurs affirment que leur développement neurobiologique pourrait être altéré dû à leur exposition à la négligence et à un environnement social stressant engendré, entre autres, par la violence (Dozier, Albus et al., 2002; Dozier, Manni et al., 2006). Cette altération aurait pour effet de déséquilibrer certaines fonctions cérébrales nécessaires à l'autorégulation physiologique (digestion, sommeil), à l'autorégulation affective (reconnaître la peur, le plaisir, la tristesse, la colère et contrôler ces émotions pour ne pas sombrer dans les extrêmes) et à l'autorégulation comportementale (impulsivité, capacité de s'arrêter) (Wotherspoon, O'Neill-Laberge & Pirie, 2008). Sans une bonne autorégulation, l'établissement de bonnes relations sociales et affectives peut être plus difficile (Fisher et al., 2000; Dozier, Albus et al., 2002; Dozier, Manni et al., 2006; Gunnar & Vazquez, 2006). Bradley (2000) mentionne que les retards touchant à l'autorégulation sont fréquemment associés au développement de psychopathologie telle que les troubles intérieurs. Ces retards au niveau du développement neurobiologique peuvent engendrer aussi des retards d'apprentissage pour l'enfant à l'âge scolaire (Gunnar & Vazquez, 2006 ; Lambert, 2011).

En résumé, avant d'être en famille d'accueil, l'enfant peut avoir été exposé à de nombreux facteurs de risque associés au développement de

troubles intériorisés. Ces facteurs familiaux tels que les faibles conditions socioéconomiques, les problèmes de santé mentale chez le parent, les pratiques parentales inadéquates et l'environnement marqué par la violence et la négligence sont des facteurs susceptibles de laisser l'enfant vulnérable face aux événements stressants supplémentaires qui peuvent survenir lors de son placement.

1.2 Placement, facteur de risque et troubles intériorisés

Outre ces conditions de vie pré-placement, le placement comme tel peut augmenter la vulnérabilité de l'enfant à faire éclore ou à développer une problématique de troubles anxieux ou dépressifs. Bien que le placement soit conçu comme une mesure de protection, il n'en reste pas moins que l'enfant doit rapidement s'adapter, entre autres, à de nouvelles personnes, à un nouveau mode relationnel, à un nouvel environnement et à de nouvelles règles. À partir de différentes études, Bergeron, Valla & Gauthier (2007) ont dressé une liste d'événements stressants associés à l'apparition de troubles anxieux et de troubles dépressifs chez les enfants de la population en général. En ce qui concerne les troubles anxieux, pour les six à 11 ans, le placement en institution et l'abus sexuel se sont révélés comme deux événements très anxiogènes. Pour les 12 à 14 ans, une situation d'adoption et le placement institutionnel sont aussi ciblés

comme événements significatifs (Bergeron & Valla, 1996a). Bergeron, Valla, Smolla, Piché, Berthiaume et St.-Georges (2007) ont étudié les facteurs relatifs aux troubles dépressifs. Tel que rapporté par le parent, le divorce ou la séparation des parents, la venue d'un nouvel enfant dans la famille (naissance ou adoption) et vivre plus de trois événements stressants (placement institutionnel, viol ou abus sexuel par une personne de plus de 15 ans) sont des facteurs pouvant mener à la dépression chez les enfants de six à 11 ans. Pour les enfants de 12 à 14 ans, le décès du père et subir un abus physique d'une personne de plus de 15 ans sont des événements susceptibles de mener à la dépression.

L'expérience de plusieurs enfants placés se caractérise par de nombreux placements et déplacements. Le rapport portant sur l'évaluation des impacts de la nouvelle loi sur la protection de la jeunesse au Québec (Turcotte, Drapeau, Hélie, Turcotte, Carignan, Royer & al., 2010) rapporte que sur 8991 enfants placés en famille d'accueil, dont l'âge moyen est de 8,6 ans, 28 % ont vécu plus de trois changements de milieu de vie sur une période maximale de 26 mois. Cette instabilité de placement n'est pas sans conséquences et celles-ci se manifestent dans diverses sphères de développement (Hussey & Guo, 2005). Par exemple, certains chercheurs (Sinclair & Wilson, 2003 ; Barber & Delfabbro, 2001)

rappellent que les enfants qui vivent de nombreux déplacements sont moins adaptés socialement. Plusieurs études démontrent que le placement en famille d'accueil, particulièrement s'il se multiplie, aurait des effets sur les fonctions cérébrales, laisserait des séquelles sur le système neuroendocrinien et entraînerait des dérèglements émotifs (Gunnar & Fisher, 2006; Dozier, Peloso, Lindhiem, Gordon, Manni, Sepulveda et al., 2006). D'autres caractéristiques du placement telles que l'âge au premier placement (vivre un premier placement avant 24 mois) et un nombre élevé de placements pourraient altérer ces fonctions (Fisher et al., 2006).

Pour conclure cette première partie du présent chapitre, il est démontré que les enfants placés sont plus à risque de développer des troubles intériorisés que les enfants de la population en général en raison des conditions vécues avant et pendant le placement en famille d'accueil. Dans la prochaine partie, les troubles intériorisés seront décrits.

1.3 Symptômes émotionnels (troubles intériorisés) chez l'enfant

Dans cette partie, les écrits scientifiques faisant état des troubles intériorisés de l'enfant placé sont recensés. Précisément, une description des troubles intériorisés et de ses principales formes, soit les troubles

anxieux et les troubles dépressifs, est présentée. La prévalence des troubles intériorisés et les différents troubles comorbides sont décrits en second lieu.

1.3.1 Description des troubles intériorisés

1.3.1.1 Les troubles anxieux

Bien que la peur et l'angoisse soient des réactions normales que tous les enfants ressentent, ces réactions deviennent problématiques lorsqu'elles deviennent une anxiété excessive, souffrante et inappropriée par rapport au stade de développement de l'enfant. La peur peut être qualifiée d'excessive lorsqu'elle perdure dans le temps, lorsqu'elle altère le fonctionnement de l'enfant et si elle est démesurée lorsque comparée à celle de ses pairs (Turgeon & Brousseau, 2000). Cette anxiété entrave alors son fonctionnement familial, social et scolaire. La peur et les inquiétudes deviennent alors un « trouble ».

Suivant la classification proposée par le DSM-IV-TR (APA, 2003; Dumas, 2008), les troubles anxieux regroupent l'anxiété de séparation, l'anxiété généralisée, l'anxiété sociale, les phobies spécifiques, les troubles paniques avec ou sans agoraphobie, les troubles obsessionnels-compulsifs et l'état de stress post-traumatique. Les symptômes anxieux les plus fréquents chez l'enfant de la population en général sont les

inquiétudes excessives, les comportements d'évitement et les attaques de panique (Marcotte et al., 2005). La prévalence des troubles anxieux pour les enfants de la population en général se situe entre 2,4% et 21% selon les études. Plus spécifiquement, la prévalence canadienne chez les six ans à onze ans se situe entre 5,8% et 17,5%. L'anxiété de séparation est le trouble le plus commun chez l'enfant de moins de 11 ans (Mood Disorders Society of Canada, 2009). Ces taux ont tendance à être plus élevés chez les filles que chez les garçons (Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume, Gaudet, Lambert et al., 1999; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003).

Le trouble anxieux se manifeste sur les plans mental, physiologique comportemental et émotif (Albano, Chorpita & Barlow, 1996). Au plan mental, l'enfant qui éprouve un trouble anxieux a peur d'avoir peur (Bailly, 2004). Il anticipe d'être confronté à tout moment à ce dont il redoute (c.-à-d. d'être séparé de sa figure significative, que l'ascenseur bloque, etc.). Selon Albano, Chorpita et Barlow (1996) et Bailly (2004), l'enfant anxieux peut être rigide dans ses pensées : il croit fermement que le pire arrivera, et ce, même si la preuve peut être faite que c'est une idée fausse. Les transitions sont difficiles puisqu'il perd ses repères, c'est-à-dire qu'il ne sait pas ce qui arrivera « après ». Il se sent sécurisé lorsqu'il connaît, par exemple, l'horaire de la journée. S'il appréhende une

situation, son anxiété peut se manifester au plan corporel ou physiologique par un calme inhabituel ou au contraire, par une agitation plus ou moins générale. Au plan comportemental, il adopte des comportements de fuite ou d'évitement, et ce, même dans les situations auxquelles il aimerait participer. Devant ces fuites qui le soulagent temporairement, l'enfant peut vivre de la honte et se sentir coupable. L'enfant en arrive à manquer d'estime de soi, à manquer d'assurance, devient distant et craint la critique. Il peut lui être difficile de profiter de la vie, car chaque situation, chaque nouvelle adaptation deviennent une source d'efforts intenses pour réorganiser sa sécurité. Il semble toujours préoccupé, a l'air triste ou est maussade. S'il se sent « forcé » à confronter une peur, il peut se refermer et chercher à s'isoler (Bailly, 2004), mais peut aussi se fâcher et manifester une forte opposition s'apparentant à un trouble oppositionnel (Albano, Chorpita & Barlow, 1996; Dumas, 2008).

1.3.1.2 Les troubles dépressifs

Tout comme la peur et les inquiétudes, la tristesse ou la déprime sont des réactions normales, voire même adéquates devant une situation d'adversité, d'échec, de séparation ou de deuil. Ces réactions émotives deviennent problématiques lorsqu'elles deviennent chroniques,

envahissantes et perturbent l'enfant sur les plans mental, physiologique et relationnel.

Les plus fréquents symptômes d'un trouble dépressif chez l'enfant sont les mêmes que chez l'adulte, soit la tristesse chronique, les sentiments de culpabilité et de dévalorisation, des problèmes de sommeil et d'appétit, une perte d'intérêt dans les activités habituellement appréciées (Marcotte et al., 2005). Toutefois, on constate plus couramment chez l'enfant une agitation psychomotrice et une irritabilité excessive (Dumas, 2008). Ces derniers symptômes s'apparentent à ceux des troubles extériorisés, ce qui complexifie leur identification.

Les troubles dépressifs sont moins communs chez l'enfant que les troubles anxieux. Néanmoins, les enfants de la population en général, âgés entre six ans et onze ans, présentent une prévalence entre 1,2 % et 3,4 % dépendamment si le répondant est le parent ou l'enfant (Bergeron et al., 2007). Outre la dépression majeure, le trouble dysthymique et les troubles de l'humeur non spécifiques (généralement des fluctuations anormales entre une humeur triste et une humeur normale ou hypomaniaque) sont aussi présents, mais moins fréquents (Dumas, 2008).

Le trouble dépressif perturbe le fonctionnement mental, physiologique et relationnel de l'enfant. Les sentiments de tristesse et de dévalorisation peuvent engendrer des sentiments de désespoir qui peuvent mener jusqu'aux pensées suicidaires. Le désintérêt dans les activités sociales et les conflits engendrés par l'irritabilité amèneront souvent l'enfant dépressif à être rejeté ou à s'isoler de ses pairs. Quand l'humeur dépressive devient envahissante, elle nuit à la concentration, un effet qui peut être exacerbé par les perturbations de sommeil. Cette difficulté viendra interférer «aux fonctions cognitives telles que la mémoire fonctionnelle, la capacité d'attention et la capacité de résolution de problème» (Marcotte et al., 2005: 58) et nuira aux performances académiques.

1.3.1.3 Comorbidité

Plusieurs auteurs soulignent l'importance de tenir compte de la comorbidité, c'est-à-dire de la co-existence d'au moins deux troubles mentaux distincts chez un même individu avec un problème de santé mentale (Turgeon & Brousseau, 2000 ; Dumas, 2008). La présence de comorbidité rend plus difficile l'identification d'un diagnostic et des problèmes qui y sont associés. Par exemple, l'intervenant peut focaliser son attention sur un trouble extériorisé sans nécessairement noter l'intensité des troubles intériorisés. Il peut prioriser ses interventions sur

le trouble extériorisé et ainsi ne pas répondre de façon optimale aux besoins reliés aux troubles intériorisés. La priorisation aux troubles extériorisés est assez fréquente et s'explique par le fait que ces troubles sont plus « dérangeants » (Turgeon & Brousseau, 2000). Il peut même arriver que les interventions autour des troubles extériorisés exacerbent les troubles intériorisés. Par exemple, une intervention visant le retrait de l'enfant suite à un problème de comportement (par exemple une crise) peut exacerber le sentiment d'isolement et augmenter le sentiment de déprime. De surcroît, l'aide et le soutien apportés aux familles d'accueil peuvent être moins adaptés et appropriés aux besoins de l'enfant.

Chez les enfants de la population en général, les comorbidités les plus fréquentes sont les troubles anxieux et les troubles dépressifs (Costello et al., 2003; Breton et al., 1999). De plus, les troubles d'anxiété et les troubles dépressifs sont fortement associés aux troubles de comportement (Turgeon & Brousseau, 2000; Bergeron et al., 2007; Dumas, 2008) et au déficit d'attention avec hyperactivité (Costello et al., 2003).

Qu'ils soient d'origine anxieuse ou dépressive, comorbides ou non avec un autre trouble, les troubles intériorisés amènent l'enfant à vivre avec un filtre qui brouille sa perception du monde qui l'entoure (Garel, 1998). En fait, ces troubles affectent son sentiment de bien-être avec lui-même et

avec les autres, augmentent son besoin de recherche de sécurité, nuisent à sa capacité d'explorer son environnement, et diminuent son sentiment de confort avec les personnes qui compose son univers (Dumas, 2008; Garel, 1998). Dans la section suivante, la prévalence des troubles intériorisés chez les enfants placés est abordée.

1.3.2 Troubles intériorisés: prévalence chez les enfants placés

De nombreuses études sur la santé mentale des enfants placés illustrent une plus grande prévalence de troubles intériorisés que chez des enfants de la population en général (Heflinger, Simpkins & Combs-Orme, 2000; McCann et al., 1996 ; Shonk & Cicchetti, 2001; Meltzer et al. 2003; Pauzé et al., 2004; Minnis et al., 2006; Poirier et al., 2010). Cependant, plusieurs variations, tant cliniques que méthodologiques, compliquent l'estimation précise de la prévalence des troubles intériorisés des enfants placés (Goodman et al., 2004 ; Turgeon & Brousseau, 2000; Bergeron et al., 2007).

D'abord, peu d'études ont évalué la prévalence des troubles intériorisés uniquement chez les enfants placés en famille d'accueil. Plusieurs études ont estimé cette prévalence sans distinguer les différentes ressources d'hébergement (famille d'accueil, foyer d'accueil, famille élargie, etc.) auxquelles ces enfants sont confiés (Meltzer et al., 2003; Teggart &

Menary, 2005; Ford et al, 2007; Marquis & Flynn, 2009). Le moment de l'évaluation peut aussi varier beaucoup. Certains des enfants sont évalués dès leur prise en charge (Sempik et al., 2008), alors que d'autres le sont alors qu'ils sont stabilisés en famille d'accueil ou demeurent dans la même famille depuis au moins 6 mois (Minnis et al., 2006). L'outil d'évaluation influencera aussi ces taux selon que l'on mesure la prévalence des troubles psychiatriques ou de la présence élevée des symptômes émotionnels en fonction des normes populationnelles, selon qu'on inclut ou non les troubles d'attachement et les troubles associés au stress et aux traumatismes. Finalement, le type d'évaluation (entrevues semi-structurées, questionnaires), la source et le nombre de répondants (parent seul et/ou avec l'enfant) pour déterminer les symptômes de l'enfant sont aussi des facteurs qui influencent les taux de prévalence (Piché, Bergeron & Cyr, 2008).

Malgré ces difficultés, la tendance observée est nette : quelle que soit la méthode, la prévalence de troubles intériorisés chez les enfants placés reste très élevée par rapport aux populations d'enfants vivant avec leur famille d'origine et ce, peu importe le type de milieu socioéconomique. L'une des études qui a contrôlé pour le milieu socioéconomique est celle réalisée en Grande-Bretagne par Ford et al. (2007). Dans cette étude, Ford et son équipe ont comparé la santé mentale de trois groupes d'enfants

britanniques : le premier groupe est formé de 1453 enfants britanniques pris en charge par l'État (en milieu substitut ou non); le deuxième groupe est constitué d'enfants vivant dans leur famille en milieu favorisé (n=9677); le troisième groupe, soit 761 enfants, habitent aussi avec leur famille, mais dans un milieu avec de faibles conditions socioéconomiques. Les trois groupes sont composés d'enfants dont l'âge moyen est de 11,8 ans. Autant de garçons et de filles composent l'un ou l'autre des groupes (entre 45,9 % et 57,1 %) et 10 % provenaient d'une minorité visible. Deux outils d'évaluation ont été principalement utilisés : le *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA) (Goodman, Ford, Richards et al., 2000), une entrevue semi-structurée et le *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). Le principal répondant était le parent si l'enfant avait moins de 11 ans. et l'enfant lui-même pour les plus âgés. À partir des réponses obtenues, une équipe de cliniciens expérimentés a établi un diagnostic suivant la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10, 2006).

On rapporte que les taux de troubles de santé mentale des enfants placés en famille d'accueil sont significativement supérieurs à ceux constatés pour les enfants habitant dans leur famille, qu'ils proviennent d'un milieu socio-économique désavantagé ou dans la moyenne. Plus de 46 % des

enfants pris en charge par l'État présentent au moins un diagnostic de santé mentale comparé à 14,6 % pour les enfants non placés de milieu socioéconomique faible et 8,5 % pour les enfants vivant dans un milieu plus avantage. Quant aux troubles intériorisés, 11,1 % des enfants pris en charge par l'État éprouvent un trouble de l'anxiété contre 5,5 % pour les enfants vivant dans un milieu socio-économique désavantagé et 3,6 % pour ceux dans un milieu aux conditions socio-économiques dans la moyenne. En ce qui concerne les troubles dépressifs, 3,4 % des enfants pris en charge par l'état en souffrent comparés à 1,2 % et 0,9 % pour l'enfant dans un milieu économique désavantagé ou dans la moyenne.

Il faut noter que les taux de troubles intériorisés chez les enfants placés sont fortement accrus lorsque les chercheurs incluent les diagnostics du trouble de l'attachement (Millward, Kennedy, Towlson & Minnis, 2006; Milburn, Lynch & Jackson, 2008) ou les troubles d'adaptation ou de stress post-traumatique (Milburn et al., 2008). Plusieurs études ont démontré de fortes corrélations entre les troubles de l'attachement et les symptômes émotionnels (O'Connor & Rutter, 2000; Rushton & Minnis, 2002). Ces troubles relationnels sont associés au fait d'avoir grandi en institution, d'avoir vécu de multiples placements et d'avoir été exposé à de la négligence et à de sévères abus (Millward et al., 2006).

Il convient toutefois de noter qu'un enfant peut présenter des symptômes émotionnels élevés sans que ceux-ci prennent la forme d'un trouble qui satisfait les critères d'un diagnostic psychiatrique formel. Pour Sempik, Ward et Darker (2008), les taux de prévalence varient dépendamment des objectifs d'évaluation et de l'outil utilisé. Par exemple, le taux de présence d'au moins un trouble psychiatrique diagnostiqué rapporté par Ford et al. (2007) est de 46,4 %. Ce taux est jugé conservateur et est tributaire des critères très stricts des manuels diagnostiques tels que le CIM-10 (Organisation mondiale de la Santé, 2006) ou le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003). Seuls les enfants ayant reçu un diagnostic formel, donc par un professionnel, sont considérés dans l'étude de Ford et al. (2007). Sempik et al. (2008) affirment que l'absence d'un diagnostic spécifique posé par un clinicien n'indique pas ultimement l'absence de problèmes importants. Les équipes de recherche qui ont utilisé des outils non diagnostiques, qui permettent principalement de repérer les manifestations symptomatiques problématiques, obtiennent des taux plus élevés d'enfants placés présentant des symptômes émotionnels et comportementaux à des seuils jugés cliniques. Par exemple, Sempik et al. (2008) ont repris les données de l'étude de Ford et al. (2007) et ont utilisé les résultats du SDQ⁶. Cet outil permet d'évaluer

⁶ Le SDQ est l'outil utilisé dans ce mémoire. Voir le chapitre 2 pour plus d'explications sur cet outil.

cinq aspects du développement comportemental et émotif de l'enfant incluant les symptômes émotionnels. Sempik et al. (2008) rapportent que bien que 46,4 % présentent des troubles psychiatriques, c'est près de 73 % qui présentent des symptômes émotionnels et comportementaux jugés cliniques. Pour le cas spécifique des troubles intériorisés, en contraste à l'étude de Ford et al. (2007) dans laquelle 15% présentent des troubles intériorisés diagnostiqués (anxiété-dépression), Sempik et al. (2008) rapportent un taux de près de 23 %.

En Ontario, Marquis et Flynn (2009) ont évalué le niveau de difficultés vécues par 492 enfants, âgés entre 11 ans et 15 ans, placés en famille d'accueil (86 %) ou en foyer de groupe (14%) depuis au moins un an. Pour chacun des items du SDQ, le répondant principal (le parent d'accueil) répond à des questions qui permettent de révéler si l'enfant présente un seuil clinique (haut niveau de symptômes émotionnels), un seuil limite ou un seuil normal. Dans cette étude, il est rapporté que 38,1 % des enfants (22,7 % limite et 15,4 % clinique) souffrent de symptômes émotionnels.

D'autres études utilisant le SDQ auprès des enfants placés révèlent des taux plus élevés de troubles émotionnels. Minnis et al. (2006), dans une étude menée auprès de 182 enfants en famille d'accueil (âge moyen=11

ans) rapportent des scores de symptômes émotionnels de niveau clinique ou limite chez 34 % et 11 % des enfants respectivement. Alors que Mount, Lister & Bennun (2004), rapportent des scores de symptômes émotionnels de niveau clinique ou limite de 50 % et 14 % respectivement parmi les 50 enfants placés âgés entre 10 ans et 18 ans (âge moyen=14 ans) de leur étude. Ces taux plus importants peuvent s'expliquer par la composition de l'échantillon des enfants placés. Dans ces études, un plus fort taux d'enfants sont placés en foyer d'accueil (46,7 % chez Mount et al., 2004, comparé à moins de 14 % chez Marquis et Flynn, 2009) suggérant de plus fortes difficultés comportementales et affectives. Des taux beaucoup plus bas de symptômes émotionnels sont aussi rapportés dans d'autres études utilisant le SDQ auprès des enfants placés (par ex. Meltzer et al., 2003, 12 %; Teggart & Manary, 2005, 8%), mais ces taux proviennent de l'utilisation d'un algorithme, proposé par Goodman, Renfrew et al. (2000), qui tente d'identifier les cas «purs» de troubles intériorisés en excluant les enfants présentant des troubles comorbides de symptômes émotionnels et de symptômes extériorisés.

En somme, selon les différentes études consultées, les enfants placés ont des taux de troubles de santé mentale à près de 50 % et présentent des symptômes émotionnels et comportementaux allant jusqu'à 75 %. Les troubles intériorisés sont importants, mais sous-estimés en regard du

nombre d'enfants qui présentent des symptômes émotionnels à des seuils jugés cliniques. Ces seuils indiquent d'une part qu'une aide professionnelle doit être apportée et d'autre part, ils renforcent la pertinence de ce mémoire dans sa volonté de repérer ces enfants possiblement freinés par des symptômes émotionnels élevés. La section suivante documente les difficultés d'intégration familiale, scolaire et sociale de l'enfant placé en lien avec la présence de troubles intériorisés.

1.3.3 L'enfant placé présentant un trouble intériorisé en interaction avec son environnement familial, social et scolaire

Pour un enfant placé, les difficultés comportementales et affectives peuvent être attribuées à des réactions « normales », justifiées par le passé difficile de l'enfant et la demande d'adaptation à sa nouvelle situation. Cependant, lorsque ces comportements perdurent, que les manifestations anxieuses ou dépressives ne s'estompent pas, cela peut avoir des conséquences néfastes, entre autres, sur son intégration familiale, scolaire et sociale.

1.3.3.1 Au plan familial

Les troubles intériorisés sont parfois difficiles à reconnaître. Dans certains cas, les enfants vivent intérieurement de la détresse, des appréhensions ou des sentiments de dévalorisation sans l'exprimer ouvertement (Goodman

et al., 2000b). Dans d'autres cas, les troubles intériorisés s'expriment par de l'irritabilité ou de l'opposition nourrie par une forte anxiété. Ils sont alors souvent perçus comme des problématiques de troubles extériorisés, de sorte que les besoins de l'enfant ne sont pas bien identifiés (Kerker & Dore, 2006). Pour d'autres cas encore, les comportements associés aux troubles intériorisés sont attribués à des comportements immatures voire à un caprice. Ainsi, il est difficile de bien comprendre les besoins spécifiques de ces enfants et de gérer les comportements problématiques (Kerker & Dore, 2006). Par conséquent, la famille d'accueil, qui apprend à connaître l'enfant peut avoir de la difficulté à le comprendre et à s'adapter à lui (Whenan, Oxlad & Lushington, 2009). Cette incompréhension peut amener le parent à adopter des pratiques parentales non adaptées aux besoins de l'enfant. Par exemple, le parent d'accueil peut adopter des pratiques surprotectrices. Ce type de pratiques peut exacerber les troubles intériorisés (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Hadwin, Garner & Perez-Olivas, 2006; Dumas, 2008). Par exemple, devant la crainte d'aller à l'école, l'enfant placé anxieux peut se plaindre de maux de ventre et éviter la situation anxiogène. En acceptant régulièrement que l'enfant s'absente de l'école et que celui-ci reste à la maison, le parent d'accueil pense ainsi répondre au besoin qu'il perçoit chez l'enfant de ne pas se sentir abandonné, alors que l'enfant a plutôt besoin d'être encadré et rassuré (par ex. qu'il reviendra le chercher à la

fin de la journée d'école). Le fait d'accepter la demande de l'enfant renforce involontairement le cycle de l'évitement, exacerbant ainsi la problématique anxieuse.

Toujours selon le même exemple, si le parent d'accueil perçoit ces craintes comme des caprices ou de la manipulation, il peut adopter des pratiques parentales coercitives, pratiques qui sont aussi associées à l'augmentation des troubles intériorisés. Si le parent ordonne à l'enfant de se rendre à l'école ou de confronter une peur (pour ce qu'il lui paraît être un caprice), et ce, sans être à l'écoute des appréhensions et de la détresse de l'enfant, celui-ci peut devenir colérique, bouder, faire une crise de larmes, etc. Le quotidien et la vie de famille peuvent alors rapidement devenir complexes, car la détresse reste incomprise. L'enfant adopte divers comportements de fuite comme prendre exagérément de temps pour s'habiller pour repousser le départ vers l'école, refuser de faire une « nouvelle » activité en famille parce qu'il ne l'a jamais expérimentée, etc. (Dumas, 2008). Ainsi, l'obstination que ces enfants démontrent dans certaines circonstances les font souvent paraître comme des enfants entêtés ou contrariants (Dumas, 2008). En fait, ces diverses fuites « stratégiques », si elles restent incomprises, peuvent nuire à l'établissement d'une relation satisfaisante, voire précipiter une rupture du placement puisque le parent et l'enfant ont tous deux de la difficulté à

s'adapter l'un à l'autre (Marquis, Paquet & Flynn, 2008). Certains auteurs ont observé que ces difficultés intériorisées peuvent même réduire l'engagement du parent d'accueil envers l'enfant placé (Lindhiem & Dozier, 2007). Il peut exister un décalage entre les attentes des parents, et ce qu'ils croient que l'enfant a besoin ou doit vouloir. Le parent peut prendre cela « personnel » si l'enfant le rejette (Bourgie, Ricard & Pelchat, 1998; Millward et al., 2006). La même démonstration que l'exemple précédent peut être faite pour les symptômes de la dépression, laquelle a été identifiée comme étant un facteur prédictif de fin de placement (Barth et al., 2007). Par exemple, l'enfant dépressif peut être porté à repousser tout contact et à s'isoler. En réaction, le parent d'accueil peut rejeter l'enfant placé en se montrant indifférent (Dozier, Higley, Albus & Nutter, 2002).

Ces ruptures de placement ne s'expliquent pas uniquement par les troubles intériorisés présentés par l'enfant. La capacité du parent d'accueil à composer avec les difficultés de l'enfant est un facteur important à considérer (Sinclair & Wilson, 2003). Lorsque les parents d'accueil reçoivent un enfant, ils se disent peu formés relativement aux problématiques de santé mentale. Kerker & Dore (2006) expliquent qu'en plus d'un manque de formation, la difficulté d'adaptation de l'un envers

l'autre proviendrait des croyances que les parents d'accueil entretiennent par rapport à l'enfant qu'ils accueillent.

Bourgie, Ricard et Pelchat (1998) abondent dans le même sens et mentionnent que le système de croyances, dans tout contexte de prise en charge parentale, détermine en partie comment l'adulte exerce son rôle parental et comment il influence la qualité de la relation parent-enfant. Certaines de ces croyances amènent le parent d'accueil à avoir des attentes irréalistes envers l'enfant, à lui attribuer de mauvaises intentions, à mal interpréter les comportements inhibés et à adopter des pratiques parentales coercitives ou surprotectrices pour composer avec les comportements problématiques.

1.3.3.2 Au plan scolaire

À leur entrée dans le système scolaire, les enfants placés ont de plus grands défis à relever dus à de fréquents déménagements, à un taux d'absentéisme plus grand, à un manque de soutien au plan éducatif et à des besoins émotionnels non adressés (Zetlin et al., 2006, dans Vacca, 2008). Ils éprouvent davantage de troubles de comportements et d'échecs scolaires (Vacca, 2008, Tarren-Sweeney, 2008; Milot et al, 2009; Allen & Vacca, 2010). Leurs résultats scolaires sont moins élevés que la moyenne des enfants de la population en général (Shonk & Cicchetti, 2001; Vacca,

2008; Poirier et al., 2010). Les troubles intériorisés peuvent accentuer les difficultés scolaires puisque le trouble anxieux ou dépressif peut nuire aux fonctions cognitives comme la mémoire fonctionnelle, la capacité d'attention et la capacité de résolution de problèmes (Den Hartog et al., 2003 : dans Marcotte et al., 2005). Les capacités de concentration et d'apprentissage sont parfois perturbées par des préoccupations et des appréhensions envahissantes. L'enfant peut devenir moins motivé, se sentir moins compétent et s'absenter davantage.

Les enfants placés forment une population qui rencontre davantage de troubles d'apprentissage que les enfants de la population en général (Vacca, 2008, Tarren-Sweeney, 2008; Allen & Vacca, 2010). Certaines études auprès des enfants de la population en général mentionnent que ces troubles sont fortement associés aux troubles intériorisés. Selon une étude longitudinale faite au Canada entre 2002-2003 (ELNEJ) auprès d'enfants de 8 à 11 ans, le niveau d'anxiété ou de « perturbation affective » est plus élevé chez ceux présentant des troubles d'apprentissage. Chez ces enfants, on retrouve plus de comportements impulsifs, de frustrations, de mauvais esprit sportif, de difficulté à nouer des amitiés, de difficultés à accepter les changements de routine, à interpréter les signes subtils ou non verbaux et à travailler avec les autres. Certains se sentent inférieurs ou inadéquats par rapport aux autres (Milan, Hou & Wong, 2006). Leur capacité à

résoudre des problèmes non scolaires serait nettement moins efficace que ceux qui n'ont pas de troubles d'apprentissage et leur niveau d'anxiété lors d'évaluation académique serait plus élevé. Même si cette étude ne porte pas sur les enfants placés, on pourrait émettre l'hypothèse que les enfants placés avec des troubles d'apprentissage, comparés aux enfants placés sans trouble d'apprentissage, présenteraient des symptômes émotionnels plus élevés. Pourtant, cette relation n'a pas été observée chez Taggart et al. (2007), bien que les deux groupes se distinguaient significativement sur d'autres échelles telles que celle mesurant les troubles extériorisés. Malheureusement, si la prévalence de troubles d'apprentissage est parfois donnée comme une caractéristique des populations d'enfants placés, elle est peu mise en corrélation spécifiquement avec les symptômes émotionnels.

Outre les expériences académiques, le milieu scolaire peut être considéré comme une micro-société dans laquelle l'enfant a l'opportunité de socialiser. Gilligan (2002) perçoit l'école comme un lieu où peuvent se présenter différentes opportunités d'activités sportives ou artistiques (ou autres) et de contextes dans lesquels l'enfant peut se valoriser, même s'il éprouve des difficultés scolaires. Schofield et Beek (2006) affirment que ces activités constructives sont bénéfiques pour l'estime de soi de l'enfant puisque les participants se trouvent un talent en arts, en sports ou autres

contribuant à augmenter leur sentiment de compétence et d'autonomie. Ainsi, s'impliquer dans une activité sportive, musicale ou artistique permettrait à l'enfant de développer ses compétences sociales et instrumentales et d'élargir son réseau social (Gilligan, 2002). Toujours selon cette auteure, ces activités permettraient même d'avoir un « passeport social », une identité dans un nouveau contexte. Mahoney et Stattin (2000) ont trouvé une association directe entre les activités parascolaires et les performances scolaires. Ainsi, une augmentation dans l'implication de ces loisirs est liée à une augmentation des résultats scolaires. Ces impacts positifs sont corroborés aussi par Garnezy et Hechtman (1993; 1991 : dans Fong et al., 2006). Donc, en plus de favoriser un sentiment de « normalité », ces activités ont des conséquences positives sur les relations sociales et sur ses performances académiques. Les activités parascolaires et extracurriculaires pourraient même agir comme facteur de protection (Fong et al., 2006). Toutefois, aucune étude recensée ne présente de lien directe entre la participation à ce genre d'activités et la présence de troubles intériorisés.

Malheureusement, comme dans toutes sociétés, la stigmatisation est présente. Ainsi, les difficultés scolaires de l'enfant, voire même son statut d'enfant placé (Milot, Éthier & St-Laurent, 2009; Allen & Vacca, 2010) peuvent attirer sur lui une attention négative et avoir un impact négatif sur

ses relations avec les pairs. Ils vivraient donc une double stigmatisation et pourraient même devenir une cible potentielle plus visible de harcèlement. En effet, l'école est un lieu où il est fréquent que les enfants de la population en général et les enfants placés soient victimes de harcèlement (Maclean & Gunion, 2003; Rao & Simkiss, 2007). Être victime de harcèlement peut être associée, entre autres, à la dépression, aux tentatives de suicide et à une plus grande anxiété (Dake, Price & Telljohann, 2003).

1.3.3.3 Au plan social

Pour un enfant placé, les relations avec les pairs sont bien souvent difficiles (Barbell & Freundlich, 2001). Lorsque les enfants placés sont évalués à l'aide de l'échelle des problèmes avec les pairs du SDQ, entre 33,1 % et 64 % présentent des scores au-delà du seuil considéré « normal » (Minnis et al., 2006; Mount et al., 2004; Marquis & Flynn, 2009). Les relations avec les pairs jouent un rôle primordial dans le développement socioaffectif des enfants (La Greca, 2001). Un enfant vivant des problèmes avec les pairs, est davantage rejeté et à risque de développer des troubles intériorisés. Ces relations amicales insatisfaisantes pourront à leur tour entraîner des problématiques pouvant contribuer au développement de problèmes d'adaptation et de difficultés scolaires (La Greca & Stone, 1993).

Tout d'abord, une des raisons pouvant expliquer ces problèmes relationnels avec les pairs est le peu de bagages positifs accumulés en lien avec des apprentissages sociaux. Pears et Fisher (2005a) avancent que les apprentissages sociaux se font d'abord à la maison, par l'entremise d'une relation sécurisante avec son parent. Provenant pour la plupart de familles maltraitantes ou négligentes, les enfants placés n'ont peut-être pas pu faire l'apprentissage d'habiletés de base essentielles aux bonnes relations entre pairs. Il n'est pas étonnant de constater que beaucoup d'enfants placés ont davantage de difficultés à reconnaître leurs propres émotions, celles des autres et à discriminer celles-ci. Ces difficultés entraînent des difficultés relationnelles avec les pairs (Pears et Fisher, 2005b) puisqu'ils n'ont pas appris les habiletés de coopération, d'attendre leur tour pour parler et de négociation. Ayant de la difficulté à réguler leurs émotions et à comprendre celles des autres, leurs réactions sont parfois jugées disproportionnées et inappropriées, en particulier pour les réactions de peur et de colère (Klimes-Dougan & Kistner, 1990 : dans Pallanca, 2008).

Ainsi, pour l'enfant placé avec un trouble intériorisé, ces habiletés sociales peuvent être teintées des symptômes anxieux ou dépressifs. Redoutant la nouveauté, l'enfant peut être tenté d'éviter toutes situations susceptibles d'engendrer une forte anxiété (Dumas, 2008) telles que

d'aller dormir chez des amis ou de participer, par exemple, à une colonie de vacances. Ces activités, qui implicitement exigent une séparation d'avec son parent d'accueil, deviennent très anxiogènes puisque l'enfant appréhende que quelque chose lui arrive ou survienne à sa figure significative (son parent ou autres).

L'enfant placé avec des troubles intériorisés manifeste une hypersensibilité aux changements. Il peut aussi être moins tolérant envers les autres et être plus irritable lorsqu'il vit une frustration. De tempérament généralement plus inhibé (Biederman et al., 1995; Turgeon & Brousseau, 2000; Goodwin, Fergusson & Horwood, 2004), l'enfant qui présente un trouble intériorisé peut donc avoir moins tendance à initier de nouvelles relations et à rechercher de l'aide (Biederman et al., 1995 ; Kufeldt et al., 2000).

Ce premier chapitre a permis de constater que l'enfant placé a été exposé à de nombreux facteurs de risque associés au développement de troubles intériorisés avant et pendant son placement famille d'accueil. Ainsi, on observe chez les enfants placés la présence de symptômes émotionnels s'apparentant aux troubles intériorisés à des taux environnant les 50 %. La manifestation de ces symptômes émotionnels, notamment par les sentiments de détresse intérieure et de préoccupations envahissantes, n'est

pas sans conséquence sur son intégration familiale, scolaire et sociale. Malgré tout, la relation entre les troubles intériorisés et l'intégration de l'enfant placé fait l'objet de peu d'études. Le plus souvent, ces variables vont être associées à des troubles extériorisés ou à une somme globale de difficultés de l'enfant, mais non spécifiquement aux symptômes émotionnels. Considérant que les troubles intériorisés touchent une grande partie des enfants placés, que ces troubles peuvent nuire à son intégration familiale, scolaire et sociale, les objectifs de ce mémoire prennent ici tout leur sens. Le prochain chapitre portera sur la méthodologie utilisée pour atteindre les objectifs de ce mémoire, c'est-à-dire de dégager un portrait des enfants placés avec des symptômes émotionnels élevés pour, ultimement, mieux soutenir la relation entre l'enfant et les parents d'accueil.

Chapitre 2 : Méthodologie

Afin d'atteindre les deux objectifs de ce mémoire, soit de dégager ce qui caractérise l'enfant placé présentant des symptômes émotionnels élevés, puis tracer un portrait de son intégration familiale, sociale et scolaire, une étude empirique a été réalisée. Dans ce chapitre, les principaux aspects méthodologiques de cette étude seront présentés : la source des données utilisées (2.1); la description de l'échantillon (2.2); les variables à l'étude ainsi que les instruments utilisés (2.3); les stratégies d'analyse (2.4) et les considérations éthiques (2.5).

2.1 Source des données

La méthodologie de ce mémoire s'appuie sur l'analyse de données secondaires. Ces données ont été recueillies dans le cadre du Projet S'Occuper des Enfants (SOCEN). Il est considéré comme « données secondaires » l'utilisation de données recueillies initialement (par ex., SOCEN) pour des fins de recherche différentes de la recherche actuelle (Gauthier & Turgeon, 2002). Faire le choix d'utiliser ce type de données se justifie par la nécessité de se familiariser avec un nouveau champ d'intérêt puis de minimiser l'investissement en temps pour le chercheur. De surcroît, l'utilisation de données secondaires permet d'utiliser des

données qui peuvent encore offrir des informations à partir de nouvelles questions (Gauthier & Turgeon, 2002).

Néanmoins, utiliser des données secondaires comporte aussi certains désavantages. La principale difficulté réside en ce qui a trait au choix des variables disponibles. Puisque le but de la recherche est différent, certains indicateurs ne peuvent pas avoir été pris en compte et le chercheur doit se contenter de ce qu'il a sous les mains. De plus, le chercheur, s'il est complètement dégagé de la responsabilité de la collecte de données, il est aussi tributaire des erreurs qui auraient pu être commises précédemment dans le traitement des données (Gauthier & Turgeon, 2002).

L'approche SOCEN vise principalement à promouvoir le développement optimal de l'enfant placé (Poirier et al., 2010). L'approche SOCEN promeut la nécessité de maintenir un bon soutien parental dans les milieux substituts afin de favoriser le développement de l'enfant. Pour y parvenir, le projet veut améliorer la qualité de l'évaluation. Celle-ci devient l'occasion de mieux connaître l'enfant, de ce qui compose son environnement et de rassembler autour d'un même projet les parents d'accueil, l'enfant et les intervenants sociaux. Cette collaboration entre ces acteurs est essentielle et permet une meilleure identification des

besoins et une planification améliorée des interventions. L'évaluation des besoins et la planification de l'intervention sont révisées annuellement. La philosophie sous-jacente à l'approche SOCEN reconnaît que bien que les enfants placés ont besoin d'être protégés, ils ont également et surtout, besoin de se développer et de grandir comme n'importe quel enfant. À partir de cette prémisse, des opportunités positives de son environnement deviendront autant de leviers pour favoriser sa résilience. Principalement, ce projet mise sur l'importance de connaître les compétences de l'enfant et non seulement ses difficultés. Ainsi, les interventions visent à augmenter les opportunités d'expériences positives dans l'environnement de l'enfant.

Le projet SOCEN tire ses origines de l'Angleterre, plus précisément du projet Looked After Children (LAC). Dans les années quatre-vingt, l'État britannique réforme ses services destinés à l'enfance. Une nouvelle loi (*Loi sur les Enfants*, 1989) stipule que l'État doit promouvoir le bien-être des enfants et assurer leur développement optimal. L'intervention est conçue en tenant compte des besoins de l'enfant et non plus qu'en fonction des facteurs de risque. C'est dans ce vent de changement qu'est mis en place le projet Looked After Children (LAC) dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des services dispensés aux enfants pris en charge par l'État. L'application de cette approche d'intervention se

concrétise à travers l'utilisation du *Assessment and Action Record* (AAR). Cet outil permet de recenser des informations sur la situation de l'enfant pour, qu'à partir de celles-ci, les intervenants puissent mieux identifier ses besoins, planifier des interventions et assurer un suivi régulier.

Vers la fin des années 1990, cette nouvelle approche et son outil s'exportent à l'international. En 1997, on voit apparaître en Ontario une première adaptation canadienne du AAR. Il est publié en français (Cahier d'évaluation des suivis, CÉS-C) et en anglais. Au début des années 2000, une deuxième adaptation (CÉS-C2, Flynn, Ghazal & Legault, 2003), plus conforme au contexte canadien, est achevée. Pour favoriser l'atteinte de ses objectifs, SOCEN utilise le Cahier d'évaluation et de suivi, version canadienne (CÉS-C2)⁷. Le CÉS-C2 permet de documenter sept dimensions du développement de l'enfant pour avoir une image holistique de celui-ci. Différentes versions de cet outil existent en fonction de l'âge de l'enfant⁸. Le CÉS-C2 encourage le dialogue entre l'enfant et les adultes responsables de son placement. Toutes les informations recueillies permettent de planifier des interventions qui répondent davantage aux besoins de l'enfant et de l'évaluer, non seulement de ses difficultés, mais aussi de ses forces et de ses champs d'intérêt.

⁷ Flynn, Ghazal & Legault, 2003

⁸ Versions du CÉS-C2 : 0-12 mois/1-2 ans/3-4 ans/5-10 ans/11-15 ans/16-17 ans/18-21 ans.

Dans le cadre de cette approche, les intervenants complètent annuellement le CÉS-C2. Les informations concernant l'enfant sont toujours recueillies en présence de celui-ci ainsi qu'avec au moins un parent d'accueil. Cet outil d'évaluation clinique vise à identifier les besoins, les forces et les compétences de l'enfant placé, et ce, dans sept dimensions de son développement : la santé, l'éducation, le développement émotionnel et comportemental, l'identité, les relations familiales et sociales, la présentation de soi et les habiletés à prendre soin de soi. Pour chacune des dimensions, des items uniques et des échelles standardisées permettent de dresser le portrait des services et du soutien reçus par le jeune et d'évaluer l'atteinte des principaux objectifs de développement. Certaines questions sont complétées par l'enfant et d'autres, par le parent d'accueil. Le CÉS-C2 inclut plusieurs échelles de mesures standardisées. L'une de ces échelles standardisées est le *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman, 1997), qui mesure différents aspects comportementaux et émotionnels de l'enfant. Dans le cadre de ce mémoire, les CÉS-C2 s'adressant aux enfants de dix à 11 ans et à ceux de 12 à 15 ans ont été sélectionnés.

Afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des services aux enfants placés québécois, le projet SOCEN est implanté dans quatre centres jeunesse

(CJ) (Outaouais, Bas-Saint-Laurent, Chaudière-Appalaches et Batshaw⁹).

Une démarche d'évaluation accompagne ce projet (Poirier et al., 2010).

L'échantillon de ce mémoire provient de cette démarche évaluative.

2.2 Échantillon

L'étude a été réalisée à partir d'un échantillon de 62 enfants placés en famille d'accueil régulière depuis au moins six mois. L'échantillon comprend vingt-huit garçons et trente-quatre filles, âgés de dix à 12 ans. L'âge maximal a été fixé à 12 ans puisque les objectifs de ce mémoire ciblent les enfants d'âge scolaire primaire n'ayant pas encore atteint la période de l'adolescence. Afin d'obtenir le point de vue de l'enfant sur certaines questions, l'âge minimal doit être de 10 ans puisque seules les versions du CÉS-C2 des 10 ans et plus offrent cette possibilité. Il est reconnu que lors d'une évaluation, celle-ci est plus complète et juste avec de multiples informateurs, et ce, particulièrement pour les troubles émotionnels (Goodman et al., 2004). En effet, il est fréquemment observé que les résultats peuvent légèrement différer selon le répondant. L'enfant aurait tendance à coter plus sévèrement l'intensité de ses symptômes (Minnis et al., 2006; Goodman et al., 2004).

⁹ Centre jeunesse en milieu anglophone

Pour que l'enfant soit inclus dans l'échantillon, le parent d'accueil devait répondre au SDQ pour une première fois et l'avoir entièrement complété. De plus, afin de limiter tout biais lors de l'analyse des résultats, l'enfant ayant une limite physique fonctionnelle ou une limite intellectuelle a été exclu de l'échantillon. Si l'enfant est inactif ou participe peu à la vie sociale, cet isolement ne pourra être justifié par des limites liées à sa santé physique.

2.3 Variables à l'étude et instruments

Dans cette section, les variables à l'étude sont présentées. Dans un premier temps, la variable dépendante, soit les symptômes émotionnels, est décrite. Les variables indépendantes sont ensuite détaillées.

2.3.1 Variable dépendante : les symptômes émotionnels

2.3.1.1 Le Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Dans notre étude, la mesure des troubles intériorisés est opérationnalisée par le score, telle que rapportée par le parent (répondant principal), à la sous-échelle des symptômes émotionnels tirée du questionnaire de Goodman (1997), le *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). Conçu pour les enfants entre quatre ans et 16 ans, ce questionnaire comporte au total 25 items, positifs et négatifs, divisés en cinq sous-échelles de cinq items. Chacune de celles-ci mesure les troubles de la

conduite, les symptômes émotionnels, les troubles d'hyperactivité, les problèmes avec les pairs et les comportements prosociaux. Les quatre premières mesurent les problèmes d'ajustement de l'enfant et s'additionnent pour donner un score total de ses difficultés, alors que la sous-échelle des comportements prosociaux évalue les forces de l'enfant indiquant la présence de facteurs de protection au développement de psychopathologies. Les échelles de réponse, de type Likert, sont à trois points d'ancrage (0= pas vrai, 1=parfois ou un peu vrai 2=très vrai)¹⁰. Seule la sous-échelle des comportements prosociaux est mesurée à l'inverse. Le score total pour chaque sous-échelle varie entre 0 et 10 et son interprétation est souvent divisée en trois catégories : normal (dans la moyenne), limite et clinique. Cette catégorisation permet d'améliorer l'identification des enfants le plus à risque de développer des troubles comportementaux et émotionnels qui nécessiteraient un suivi clinique. Il n'existe toutefois pas de critères prédéterminés pour fixer les seuils limites ou cliniques. Pour chacune des sous-échelles, ces seuils cliniques sont fixés à partir de normes populationnelles, des estimations de prévalence des symptômes cliniques, et selon le type d'informateur (parent ou parent d'accueil, enseignant ou l'enfant (selon son âge).

¹⁰ Le CÉS-C2 a accordé un pointage différent, mais équivalent. Ainsi, 0=1, 1=2 et 2=3, pour un total variant entre 5 et 15. Par souci de cohésion avec d'autres études, nous avons transformé les valeurs selon celles mentionnées sur le site web du SDQ (<http://www.sdqinfo.org>). Les scores varient entre 0 et 10. Les seuils varient selon la sous-échelle.

Plusieurs études ont démontré que selon les informateurs, les scores peuvent varier (Breton et al., 1999; Goodman et al., 2004; Marquis & Flynn, 2009).

Le choix d'utiliser les sous-échelles de ce questionnaire est justifié par plusieurs points. Le questionnaire SDQ, intégré au CÉS-C2, est reconnu pour sa fiabilité et sa validité interne (Goodman, 2001). Puisqu'il est utilisé dans plus de 34 pays, cet outil offre la possibilité de faire des comparaisons avec des populations similaires à l'étude en cours. De plus, il est utilisé tant auprès des populations cliniques, incluant les enfants placés (Goodman et al., 2004), que des populations non cliniques (Goodman, 2001). Selon Goodman et Scott (1999), après avoir comparé le SDQ et le Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991) un questionnaire très utilisé servant à dépister des problèmes comportementaux et émotionnels chez les enfants entre six et 18 ans, le SDQ serait davantage pertinent avec une population non clinique : pour le répondant, la brièveté et la possibilité de relever les forces de l'enfant font du SDQ un questionnaire davantage apprécié. Toutefois, le CBCL couvre un plus vaste champ de symptômes, permettant de mieux cibler certaines problématiques, ainsi que les comorbidités. Pour les populations à risque, le CBCL pourrait être plus utile dépendamment de l'objectif visé lors de l'administration du questionnaire. D'ailleurs, le but du SDQ n'est pas

d'établir un diagnostic, mais bien d'attirer l'attention sur des manifestations comportementales symptomatiques qui pourraient nécessiter une aide professionnelle plus soutenue. C'est un outil construit principalement pour le dépistage rapide des maladies mentales les plus communes ou pour une évaluation clinique préalable des difficultés de l'enfant.

2.3.1.2 Mesure des symptômes émotionnels : sous-échelle

Dans la présente section, nous examinerons plus en détail notre variable dépendante, soit la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ. Cette sous-échelle est composée de cinq énoncés soit « L'enfant est anxieux dans des situations nouvelles, perd facilement ses moyens », « L'enfant se plaint souvent de maux de tête ou de ventre ou de nausées », « L'enfant s'inquiète souvent, paraît soucieux (se) », « L'enfant est souvent malheureux (se) abattu (e) ou pleure souvent », « L'enfant a de nombreuses peurs, facilement effrayé (e) ». Pour chacun, le parent indique s'il a observé ce type de manifestations chez l'enfant. S'il indique que c'est « parfois ou un peu vrai », cela équivaut à une cotation de 1; les réponses « pas vrai » et « très vrai » ont une cotation qui varie (0 ou 2). Le score total de la sous-échelle varie entre 0 et 10. L'interprétation du score total se divise selon trois seuils: normal, limite et clinique. La

consistance interne¹¹ de cette sous-échelle, telle que mesurée dans une population non clinique, est de 0,67 (Goodman et al., 2001).

Aucune norme populationnelle québécoise n'existe pour établir les seuils limites et cliniques des sous-échelles du SDQ. Le site web du SDQ offre toutefois une variété d'échantillons provenant de différents pays occidentaux¹². Les normes comparatives dans la présente étude sont celles de la Grande-Bretagne¹³. Ce choix se justifie par la correspondance des échantillons en ce qui a trait à l'âge, sur les plans socioéconomique, culturel et ethnique. Cette sélection offre aussi l'avantage d'avoir des scores normatifs pour le même répondant que celui de notre échantillon, soit le parent d'accueil. Se basant sur la prévalence des troubles intériorisés au Canada où entre 10 % et 20 % des enfants de la population souffrent de troubles anxieux¹⁴ et 8 % des jeunes âgés de 12 ans et plus ont eu un épisode dépressif au cours des 12 derniers mois¹⁵, nous avons sélectionné des seuils normatifs tels que les scores choisis seraient représentatifs d'une distribution de la population générale où 80 % se situeraient au seuil normal, 10 % au seuil limite et 10 % dans un seuil

¹¹ L'alpha de *Cronbach* mesure la consistance interne de l'échelle et permet de déterminer si tous les éléments convergent vers la même intensité de réponse. Il varie entre 0 et 1 : plus il se rapproche de 1, plus l'ensemble d'éléments est homogène.

¹² <http://www.sdqinfo.org>

¹³ Ibid.

¹⁴ <http://www.revivre.org/services-jeunesse.php>

¹⁵ <http://www.fondationdesmaladiesmentales.org>

clinique. Pour le SDQ administré aux parents d'enfants britanniques de la population générale âgés entre cinq ans et dix ans, 80,6 % de cet échantillon a obtenu un score de trois ou moins, 7,2 % un score de quatre, et 12,2 % un score de cinq et plus¹⁶; pour les enfants britanniques âgés entre 11 ans et 15 ans, les parents ont rapporté une distribution similaire, soit 81% de cet échantillon a obtenu un score de trois ou moins, 8,3% un score de quatre et 10,6% un score de cinq et plus. Cette distribution est le plus près possible de celle souhaitée. À partir de cette procédure, un score de quatre a été établi pour le seuil limite et entre 5 et 10 pour le seuil clinique, représentant ainsi un taux élevé de symptômes émotionnels associés à l'anxiété ou à la dépression. Cette méthode de détermination des seuils a été inspirée par celle utilisée par Marquis et Flynn (2009).

2.3.2 Variables indépendantes : échelles sélectionnées, items uniques

La sous-échelle sur les symptômes émotionnels a été mise en lien avec un autre ensemble de variables continues et catégorielles contenues dans le CÉS-C2 afin de tracer un portrait de l'enfant placé qui éprouve des symptômes émotionnels élevés. Les variables ont été sélectionnées en lien avec les dimensions à l'étude soit celles liées aux caractéristiques socio-démographiques, à la santé physique et mentale de l'enfant et à son intégration sociale, familiale et scolaire. Pour chacune des dimensions,

¹⁶ Ces résultats seront présentés en détail au chapitre suivant.

une description des variables retenues sera présentée. Une synthèse des variables est présentée dans le tableau 1 (p.74).

2.3.2.1 Caractéristiques sociodémographiques des enfants

Les caractéristiques personnelles des enfants sont l'âge au moment de compléter le CÉS-C2 et le sexe. L'âge est présenté en nombre de mois. Connaître le genre de l'enfant a permis de vérifier certaines hypothèses concernant les différences entre les garçons et les filles.

2.3.2.2 Expérience de placement de l'enfant

L'expérience de placement de l'enfant a été observée à partir de six variables. Les motifs de compromission ayant mené au placement ainsi que le nombre total de ces motifs sont analysés. Ensuite, l'âge de l'enfant lors de son premier placement, ainsi que le nombre de placements vécus sont recensés. La dernière caractéristique est la durée du placement actuel, ainsi que le statut de celui-ci. L'intervenant social est l'informateur-clé pour toutes les variables présentées dans cette section.

Les raisons de l'admission, c'est-à-dire les motifs de compromission ayant mené au placement, ont été identifiées par l'intervenant social. Cette variable permet de connaître la forme principale de maltraitance

dont le jeune a été victime. Au départ, sept conditions d'admission¹⁷ peuvent être évoquées :

Abus physique : le jeune a été ou est à risque de sévices physiques ou sexuels suite à un geste ou une action posés par l'adulte responsable;

Abus sexuel : le jeune a été ou est à risque des sévices sexuels ou physiques suite à un geste ou une action posés par l'adulte responsable;

Négligence : le jeune a été ou est à risque de torts engendrés par la négligence de l'adulte responsable, c'est-à-dire que l'adulte omet de fournir des soins adéquats. Ce peut être par commission ou par omission.

Maux affectifs : le jeune a été ou est à risque des sévices émotifs suite à des comportements spécifiques de l'adulte responsable (commission) ou est à risque de subir des sévices émotifs suite à la négligence de l'adulte responsable de prendre des actions pour le protéger (omission).

Violence familiale : c'est-à-dire que l'enfant est témoin de violence familiale.

Abandon/Séparation : le jeune a été abandonné ou risque d'être séparé de sa famille suite aux actions délibérées ou non délibérées de l'adulte responsable)

Troubles du comportement : le comportement de l'enfant est problématique au point d'excéder la capacité de la famille d'origine de lui fournir des soins.

¹⁷ Les définitions proviennent du CÉS-C2.

Étant donné que la recherche suivante est effectuée à partir de données provenant d'enfants québécois, il a été regroupé ensemble des conditions pouvant rejoindre les définitions de la Loi de la Protection de la Jeunesse (LPJ) du Québec. Par conséquent, les sept conditions ont été regroupées en trois catégories : abus physiques/abus sexuels, négligence et abandon/séparation. La négligence regroupe les conditions telles que les maux affectifs, la violence familiale, les mauvais traitements psychologiques et les capacités parentales inadéquates. L'abandon/séparation représente les enfants dont le parent est décédé ou dont le parent ne peut assumer ses responsabilités parentales de protection et de développement pour des raisons autres que le décès. Les troubles de comportements sont évoqués que pour un très faible pourcentage de l'échantillon total et ne forment pas un motif exclusif. Pour ces raisons, cette catégorie n'a pas été retenue. Pour les enfants pour qui ce motif a été évoqué, les autres conditions ont donc été retenues comme raison principale.

À partir de cette dernière variable, c'est-à-dire les raisons de l'admission, la variable nombre de motifs de compromission a été créée. Celle-ci permet de dénombrer les principaux motifs évoqués pour ainsi comprendre si l'accumulation de motifs, soit l'accumulation des facteurs

de risques, a une influence sur les symptômes émotionnels. Il est alors possible de connaître si l'enfant a été exposé à un motif, deux motifs ou à trois motifs de compromission et plus. Face au très petit nombre de l'échantillon correspondant à deux motifs, les extrêmes ont été choisis. Une variable dichotomique a été créée : l'enfant a été exposé à un ou deux motifs ou à plus de trois motifs.

L'âge de l'enfant à son premier placement a été documenté en nombre de mois.

Le nombre de placements vécus a été précisé « Depuis sa naissance, combien de fois... a-t-il subi un changement de la personne responsable principale? » Cette variable permet de documenter combien de changements de personnes responsables et de milieux de vie l'enfant a connus.

La durée du placement dans la famille d'accueil actuelle a été documentée en nombre de mois.

Le statut du placement de l'enfant a également été identifié. La question permettait d'identifier si le placement actuel était permanent (jusqu'à l'âge adulte) selon l'intervenant social. Trois choix de réponses étaient

possibles : oui, non, incertain. La réponse « incertain » a été traitée comme une réponse négative.

2.3.2.3 Caractéristiques liées à la santé physique et mentale des enfants

Les caractéristiques liées à la santé physique et mentale des enfants sont explorées à partir d'échelles standardisées et d'un item provenant du CÉS-C2. L'item unique considéré cible les conditions de santé physique et psychologique chroniques diagnostiquées. Les échelles considérées sont les problèmes de conduite, les troubles hyperactifs et l'estime de soi.

Les conditions de santé chroniques, qui persistent depuis au moins six mois, portent sur des maladies physiques ou psychologiques diagnostiquées par un médecin. Le parent d'accueil doit identifier parmi dix-huit choix les conditions chroniques présentées par l'enfant. Les conditions de santé identifiées sont : les maladies respiratoires (bronchite, asthme), les allergies (alimentaires ou autres), les atteintes du système nerveux ou neurologique (épilepsie, paralysie cérébrale), le diabète, les maladies rénales, les maladies cardiaques et sanguines, les troubles nerveux, émotifs ou psychologiques, le syndrome d'alcoolisation foetale, les incapacités développementales, les troubles d'apprentissage et le déficit d'attention. Un choix de réponse est prévu pour l'enfant qui n'éprouve aucune condition de santé physique ou psychologique

particulière. Étant donné la grande variété de choix et la répartition de l'échantillon à cette question, les 18 choix ont été reclassés selon trois catégories : 1) troubles émotifs/psychologiques/nerveux, 2) trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), et 3) maladies physiques chroniques (maladies respiratoires, les allergies, les atteintes du système nerveux ou neurologique, le diabète, les maladies rénales, les maladies cardiaques et sanguines, le syndrome d'alcoolisation foetale, les incapacités développementales). Une catégorie spécifique aux troubles d'apprentissage a aussi été créée, mais elle sera discutée plus spécifiquement dans la partie portant sur l'intégration scolaire.

Nous avons voulu savoir si le cumul de ces troubles (troubles d'apprentissage, TDA/H et toutes maladies physiques) avait une incidence sur la sévérité des symptômes émotionnels. Par exemple, le fait de cumuler des problèmes de santé physique et un TDA/H diagnostiqué induit-il plus de symptômes émotionnels? Une variable cumulant les conditions de santé chroniques diagnostiquées a été créée. Elle a été séparée en trois niveaux selon que l'enfant présente 1) aucun trouble diagnostiqué; 2) un trouble diagnostiqué; et 3) plus d'un trouble diagnostiqué. Pour cette variable portant sur le cumul, le choix «troubles émotifs, psychologiques ou nerveux» a été exclu lors de l'analyse de variance entre cette variable «cumul» et la sous-échelle des symptômes

émotionnels pour s'assurer d'une certaine indépendance entre la variable indépendante (cumul de troubles de santé chronique) et la variable dépendante (score des symptômes émotionnels de la sous-échelle du SDQ).

La sous-échelle portant sur les problèmes de conduite provient du SDQ et a une consistance interne de 0,63 (Goodman, 2001). Cinq items mesurent le niveau de problèmes de conduite du jeune. Le parent identifie si un énoncé tel que « Fait souvent des crises de colère ou s'emporte facilement » est très vrai, un peu vrai ou pas vrai. La somme des cinq items varie entre 0 et 10. Plus le score est haut, plus le nombre de comportements associés aux problèmes de conduite est élevé.

L'hyperactivité est aussi mesurée à partir d'une sous-échelle provenant du SDQ ($\alpha=0,72$) (Goodman, 2001). Cinq items mesurent le degré d'hyperactivité du jeune. Le parent identifie si un énoncé tel qu'« Agité, hyperactif, ne tient pas en place » est très vrai, un peu vrai ou pas vrai. La somme des cinq items varie entre 0 et 10. Plus le score est haut, plus le degré d'hyperactivité est élevé.

Une échelle standardisée a permis de mesurer l'estime de soi générale de l'enfant. L'enfant répond à quatre items, tels que « En général, je m'aime

comme je suis » et indique si c'est faux/plutôt faux, parfois vrai/parfois faux et vrai/plutôt vrai. Plus la somme est élevée (minimum 4, maximum 12), plus l'enfant a une bonne estime de soi. Cette échelle, inclus dans le CÉS-C2, provient de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)¹⁸. La consistance interne de l'échelle rapportée dans l'ELNEJ est de 0,83.

2.3.2.4 Caractéristiques liées à l'intégration à la famille d'accueil

Les caractéristiques considérées portent principalement sur les pratiques parentales. Ainsi, les pratiques parentales non appropriées et les pratiques parentales positives sont observées.

Les pratiques parentales non appropriées sont mesurées à partir d'une échelle standardisée provenant de l'ELNEJ ($\alpha=0,73$) et intégrée au CÉS-C2. L'enfant répond à six énoncés tels que « Mes parents d'accueil oublient vite un règlement qu'ils ont établi. » Jamais/rarement, parfois et souvent/toujours composent les choix de réponses. Plus la somme de l'échelle se rapproche de 18 (minimum=6, maximum=18), plus l'enfant

¹⁸ L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) est une étude sur les enfants canadiens qui permet de suivre leur croissance et leur bien-être de la naissance au début de l'âge adulte. L'ELNEJ est menée conjointement par Statistique Canada et Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC). <http://www.statcan.gc.ca>, page consultée le 10 décembre 2010.

perçoit que son parent d'accueil emploie des pratiques parentales incohérentes et rejetantes.

Par contraste, les pratiques parentales positives pour l'enfant ont aussi été mesurées. Pour cette échelle, c'est le parent d'accueil qui donne sa vision des choses à partir de sept énoncés portant sur sa relation avec l'enfant « J'encourage (...) à parler de ses sentiments » ou « J'informe (...) sur quel comportement est acceptable ou non ». Jamais/rarement, parfois et souvent/toujours composent les choix de réponses. Plus la somme de l'échelle se rapproche de 21 (minimum=7, maximum=21), plus le parent d'accueil perçoit qu'il interagit positivement avec l'enfant.

2.3.2.5 Caractéristiques liées à l'intégration sociale de l'enfant

Les caractéristiques retenues portent sur la timidité de l'enfant lors de nouvelles rencontres, les relations amicales, les comportements prosociaux, les problèmes avec les pairs et enfin, sa participation à des activités sportives ou artistiques pratiquées à l'extérieur de la maison et de l'école.

La timidité est observée à partir d'un item unique « Lorsque (...) rencontre de nouveaux enfants/ nouveaux amis, est-il timide? » Le parent

d'accueil répond si l'enfant est très ouvert (se fait facilement des amis), à peu près comme la moyenne des enfants ou est timide.

La satisfaction de l'enfant par rapport à ses relations amicales a été mesurée à l'aide d'une échelle composée de deux items. Ces deux items sont « Tu as plusieurs amis » et « Tu t'entends bien avec les jeunes de ton âge ». Le jeune peut répondre par vrai/plutôt vrai, parfois ou faux/plutôt faux.

Vivre en société suppose la capacité de bien interagir avec les autres. L'échelle mesurant les comportements prosociaux ($\alpha=0,61$) (Goodman, 2001) issue du SDQ a été utilisée. Cinq items mesurent la quantité de comportements prosociaux produits par le jeune. Le parent identifie si l'énoncé « Attentif aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent » est très vrai, un peu vrai ou pas vrai. La somme des cinq items varie entre 0 et 10. De plus hauts scores indiquent une plus grande quantité de comportements prosociaux.

Le portrait des relations amicales est complété par la mesure de l'échelle de problèmes avec les pairs ($\alpha=0,57$) (Goodman, 2001) issue du SDQ. Cinq items mesurent le niveau de problèmes avec les pairs rencontrés par le jeune. Le parent identifie, par exemple, si l'énoncé « Plutôt solitaire, a tendance à jouer seul » est très vrai, un peu vrai ou pas vrai. La somme

des cinq items varie entre 0 et 10. Plus le score est haut, plus le niveau de problèmes avec les pairs est élevé.

Les activités pratiquées à l'extérieur de la maison et de l'école ont été regroupées en deux catégories : sportives et artistiques. La variable comportait 4 réponses possibles : jamais, moins d'une fois par semaine, une à trois fois par semaine et quatre fois ou plus. Aux fins de cette étude, la variable a été dichotomisée dans le but de saisir si l'enfant fait des activités artistiques ou sportives à l'extérieur de l'école à une fréquence minimale d'une fois par semaine. Les catégories ont été regroupées selon la logique suivante : « jamais » et « moins d'une fois par semaine » ont été considérées comme « jamais »; « une à trois fois par semaine » et « quatre fois et plus » ont été regroupées sous la réponse « oui ».

2.3.2.6 Caractéristiques de l'intégration scolaire des enfants

Les caractéristiques au plan scolaire considérées sont la présence ou non d'un trouble d'apprentissage, la performance académique, le redoublement scolaire, l'absentéisme, ainsi que la participation aux sorties scolaires.

Parmi les conditions de santé chroniques persistantes depuis au moins six mois se trouvent les troubles d'apprentissage. Ce choix de réponse a été traité comme un item individuel, pour permettre de cibler si l'enfant

présente ou non ce type de problématique. Le parent d'accueil doit identifier si l'enfant a reçu un diagnostic de troubles d'apprentissage.

La performance académique est mesurée à partir de la question suivante : « Dans l'ensemble, quel est son niveau de réussite scolaire? » Le parent d'accueil signale soit une faible performance scolaire, une performance dans la moyenne ou une forte performance scolaire.

La variable dichotomique redoublement scolaire concerne la période scolaire des douze derniers mois. Le parent d'accueil répond si oui ou non le jeune a doublé son année académique.

L'absentéisme scolaire au cours des douze derniers mois est considéré à partir d'une variable catégorielle. « Combien de jours (...) s'est-il absenté de l'école au cours des douze derniers mois? » Le parent peut répondre trois jours et moins, entre quatre et six jours, plus de sept jours d'école.

Une autre variable dichotomique (non ou oui) nous renseigne sur la participation du jeune aux sorties scolaires. Ainsi, il répond à la question suivante « As-tu participé à une sortie scolaire au cours des douze derniers mois? » L'intérêt de ce questionnaire réside dans la difficulté que peuvent avoir les enfants plus inquiets ou anxieux que la moyenne à

s'intégrer à des activités de groupe, à s'éloigner de la maison sans une figure significative, etc.

En résumé, les variables considérées pour ce mémoire touchent aux caractéristiques suivantes : les caractéristiques sociodémographiques, celles liées à la santé physique et mentale des enfants, les caractéristiques touchant à leur expérience de placement, les caractéristiques liées à la famille d'accueil, à la vie sociale de l'enfant et à son fonctionnement scolaire. Le tableau 1 (p.74) offre une vue d'ensemble des variables mises en lien avec les symptômes émotionnels dans ce mémoire.

Tableau 1 : Tableau-synthèse des variables indépendantes à l'étude

Caractéristiques des enfants	Variables indépendantes
Socio-démographiques	Âge (P) Sexe (P)
Santé physique et mentale	Conditions santé chroniques diagnostiquées (P) Comorbidité Problèmes de conduite (P) Hyperactivité (P) Estime de soi (E)
Expérience de placement	Motifs de compromission (I) Nombre de motifs de compromission Âge du premier placement (I) Nombre de placements vécus (P) Durée du placement (P) Statut du placement (P)
Intégration famille d'accueil	Pratiques parentales non appropriées (E) Pratiques parentales positives (P)
Intégration sociale	Timidité (P) Relations amicales (E) Comportements prosociaux (P) Problèmes avec les pairs (P) Activités sportives et artistiques (P)
Intégration scolaire	Troubles d'apprentissage (P) Performances académiques (P) Redoublement scolaire (P) Absentéisme (P) Participation aux sorties scolaires (P)
Répondant: enfant (E); parent (P); intervenant (I)	

2.4 Stratégies d'analyse

Afin d'atteindre les deux objectifs principaux de ce mémoire, soit de dégager ce qui caractérise l'enfant placé présentant des symptômes émotionnels élevés et ensuite tracer un portrait de son intégration familiale, sociale et scolaire, des stratégies d'analyse ont été utilisées.

La banque de données a d'abord été inspectée pour la prise de décisions au sujet des données manquantes. Étant donné l'échantillon restreint de cette étude, les décisions ont été prises afin d'éviter la perte de participants. Par conséquent, certains items du CÉS-C2 avec le plus de réponses manquantes ont été abandonnés. D'autres items ont été combinés, et le moyennage de scores en absence de réponses a été favorisé lorsque cette procédure était possible. Pour les sous-échelles du SDQ, le critère de 100 % de réponses a été retenu. Certains items ont été recodés pour éviter des cellules avec des fréquences trop petites.

L'analyse statistique des questions de recherche de cette étude a requis les méthodes statistiques quantitatives classiques, appliquées grâce au progiciel SPSS®, version 16 (Statistical Package for the Social Sciences : IBM, Somers, NY). La distribution des scores de chacune des variables a été visuellement inspectée pour détecter les scores extrêmes et pour s'assurer de la normalité des distributions. Les scores extrêmes, après

vérification pour éliminer la présence d'erreurs cléricales, ont été conservés. La normalité des distributions a aussi été vérifiée en s'assurant que le coefficient de dissymétrie et de kurtosis ne soit pas significatif à $p=0,01$. Les variables avec une distribution anormale ont été traitées avec des tests non paramétriques.

Dans un premier temps, les scores à l'échelle des symptômes émotionnels (la variable dépendante) ont été considérés de façon continue (échelle d'intervalles). L'examen des relations significatives avec les variables indépendantes a été réalisé en utilisant la corrélation de Pearson lorsque celles-ci étaient aussi continues (corrélation de Spearman dans le cas de tests non paramétriques), ou en effectuant une analyse de variance (ANOVA) pour les variables catégorielles (le test de Mann-Whitney dans les cas non paramétriques).

Dans un second temps, les scores à l'échelle des symptômes émotionnels ont été regroupés en suivant les seuils limites et cliniques obtenus à partir des scores de population, suivant en cela un modèle statistique plus près de la psychiatrie clinique (Dumas, 2008). Les participants avec un score limite et ceux avec un score clinique (soit 4+) ont été regroupés et distingués de ceux avec un score considéré normal (0-3). Du point de vue statistique, ce modèle diffère du précédent en présumant que les

personnes dont les scores dépassent le seuil établi pourraient manifester des comportements et des réactions singulièrement différents des personnes avec un score normal. L'examen des différences significatives entre ces deux groupes a été réalisé en utilisant une ANOVA dans le cas de variables indépendantes continues (le test de Mann-Whitney dans les cas non paramétriques).

Finalement, les tests ont été reproduits en analysant les résultats pour les filles et les garçons séparément. Dans tous les cas, un seuil critique de $p=0,05$ a été adopté pour déterminer qu'une association était significative.

2.5 Considérations éthiques

Le processus de recrutement des participants a été effectué dans le cadre du projet SOCEN, projet préalablement approuvé par le comité d'éthique de la Faculté des Arts et des Sciences de l'Université de Montréal (CÉRFAS). Les données recueillies ont été anonymisées et toutes informations remplacées par des codes numériques. Seules les chercheuses principales ont accès aux informations confidentielles. Ainsi, la banque de données à partir de laquelle sont réalisées les analyses secondaires ne contient aucune information permettant d'identifier l'enfant placé, le parent d'accueil ou l'intervenant. La méthodologie utilisée dans le cadre de ce mémoire a été soumise au CÉRFAS et

acceptée par celui-ci en date du 8 juin 2010. Le certificat éthique obtenu est présenté en annexe 1.

Chapitre 3 : Résultats

En lien avec l'objectif du présent mémoire, les résultats des analyses réalisées sont présentés afin de a) découvrir ce qui caractérise l'enfant placé avec des symptômes émotionnels élevés et b) dégager un portrait de son intégration sociale, familiale et scolaire de l'enfant placé. Dans un premier temps, les scores obtenus sur la variable dépendante, soit l'échelle des symptômes émotionnels, sont décrits (3.1). Dans un second temps, afin de mieux comprendre ce qui distingue les enfants présentant des symptômes émotionnels, les différences observées en ce qui a trait aux caractéristiques socio-démographiques sont présentées (3.2). Finalement, le portrait des enfants présentant des symptômes émotionnels est complété en abordant les différences observées en liens avec chacun des aspects étudiés tels que les caractéristiques du placement de l'enfant (3.3) et celles reliées à sa santé physique et mentale (3.4), ainsi que les caractéristiques associées à son intégration à sa famille d'accueil (3.5), à son intégration sociale (3.6) et à son intégration scolaire (3.7) sont présentées. Des résultats supplémentaires (3.8) sont présentés à la fin de ce chapitre.

3.1 Symptômes émotionnels

La majorité des enfants de l'échantillon étudiée dans ce mémoire, soit 72,6 % présentent un niveau normal de symptômes émotionnels.

Néanmoins, pour 27,4 % d'entre eux, les symptômes émotionnels sont très présents. Cinq enfants (8,0%) se situent dans un état limite et douze (19,4 %) atteignent un seuil clinique (tableau 2). Lorsque comparé aux normes populationnelles de la Grande-Bretagne concernant les enfants de la population en général, l'échantillon des enfants placés à l'étude dans ce mémoire présente, tel que rapporté par le parent d'accueil, plus de symptômes émotionnels que les enfants de la population en général.

Tableau 2 : Répartition du nombre d'enfants selon le score de la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ comparé aux normes populationnelles du Royaume-Uni (UK)

Seuil des symptômes émotionnels (SDQ)	SOCEN 10-12 ans % (n)	Normes UK ¹ 5-10 ans %	Normes UK 11-15 ans %
0-3 (normal)	72,6 (45)	80,6	81
4 (état-limite)	8,0 (5)	7,2	8,3
5-10 (clinique)	19,4 (12)	12,2	10,6

Note : Les scores et les normes proviennent des réponses des figures parentales.

¹ Les normes représentent celles des enfants de la population en général du Royaume-Uni, disponibles depuis le site <http://sdqinfo.org/UKNorm.html>.

Le tableau 3 présente les résultats observés à chacun des items de l'échelle des symptômes émotionnels utilisés dans cette étude. Rappelons que pour chacun des items, le score varie entre 0 (pas vrai) et 2 (très vrai). L'item qui aborde la question de l'anxiété dans des situations nouvelles présente la moyenne la plus élevée ($M=0,81$), avec plus de la moitié des parents d'accueil (58 %) rapportant que cet item est un peu et très vrai lorsque l'enfant placé rencontre une nouveauté. À l'opposé, peu de parents d'accueil (21 %) rapportent qu'il est vrai et très vrai que l'enfant se sent souvent malheureux, abattu ou pleure souvent.

Tableau 3 : Répartition des réponses de l'échantillon et des scores aux items de la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ

Échelle symptômes émotionnels par item	Pas Vrai	Un peu vrai	Très Vrai	M	Écart type
	% (n)	% (n)	% (n)		
Se plaint souvent de maux de tête ou de ventre ou de nausées	67,7 (42)	25,8 (16)	6,5 (4)	0,39	,610
S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux	53,2 (33)	37,1 (23)	14,3 (6)	0,56	,668
Souvent malheureux, abattu ou pleure souvent	79 (49)	21 (13)	0 (0)	0,21	,410
Anxieux dans des situations nouvelles, perd facilement les moyens	41,9 (26)	35,5 (22)	22,6 (14)	0,81	,786
A de nombreuses peurs, facilement effrayé	66,1 (41)	19,4 (12)	14,5 (9)	0,48	,741

3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enfants

L'échantillon est composé de 62 enfants âgés entre 10 ans et 12 ans (âge moyen=10,9 ans) (26 de 10 ans; 15 de 11 ans et 21 de 12 ans). L'âge des enfants n'est pas associé avec l'intensité des symptômes émotionnels ($F(2,59)=0,286$, $p=0,752$, $\eta^2=0,010$). Les garçons ($n=28$) forment 45,8 % de l'échantillon. Le genre de l'enfant et les symptômes émotionnels ne sont pas reliés ($F(1,60)=0,074$, $p=0,786$, $\eta^2=0,001$). Cependant, les garçons et les filles se différencient sur certaines variables indépendantes étudiées. Ces différences sont présentées dans le tableau 13 en annexe 2.

3.3 Expérience de placement

Les principaux motifs de compromission identifiés pour justifier la prise en charge de ces enfants par la DPJ sont les suivants : abus physique ou sexuel (22 %), négligence (73 %) et abandon/séparation (5%). Aucun de ces motifs n'est relié aux symptômes émotionnels identifiés chez l'enfant ($F(2,56)=0,907$, $p=0,410$, $\eta^2=0,031$). Au-delà du motif principal de compromission identifié, dans beaucoup de situations, des motifs secondaires sont mentionnés. En effet, près de 75,8 % de ces enfants ont été exposés à une ou deux formes de maltraitance et 19,4 % à plus de trois formes de mauvais traitements. Une association est observée entre le nombre de motifs de compromission mentionné et la présence de symptômes intériorisés chez l'enfant ($F(1,57)=3,808$, $p=0,056$,

$\eta^2=0,063$). Les enfants pour lesquels sont identifiées plus de trois formes de mauvais traitements présentent davantage de symptômes émotionnels.

En moyenne, l'âge de l'enfant à son premier placement est de 52,61 mois (ET=30,60, Min=2, Max=117). Aucune relation n'a été observée entre l'âge au premier placement et la présence de symptômes émotionnels ($r=-0,059$, $p=0,666$). Depuis sa naissance, l'enfant a subi, en moyenne, près de quatre changements de personne responsable (M=3,80, ET=1,73, Min=1, Max=11). Cette variable est fortement corrélée avec les symptômes émotionnels ($r=0,407$, $p<0,001$). Ainsi, plus l'enfant a vécu de changement de personne responsable, plus ses symptômes émotionnels sont élevés. Au moment de l'étude, le jeune vit dans sa famille d'accueil depuis en moyenne 53,4 mois (ET=35,79, Min=3, Max=133). La relation est significative entre les symptômes émotionnels et la durée du placement ($F(4,57)=3,080$, $p=0,023$, $\eta^2=0,178$). La variable « durée du placement » est divisée en cinq groupes, soit « moins de 12 mois », « 12-23 mois », « 24-36 mois », « 41-60 mois » et « plus de 60 mois ». Un test post-hoc a été réalisé afin d'observer entre quels groupes se trouvait une différence significative. Ce test n'a pas démontré de tendance significative entre les groupes. Une tendance ($p=0,057$) est observée entre les groupes « 12-23 mois » et « 60 mois et plus ».

Le placement est statué comme permanent pour 85,5 % des enfants, c'est-à-dire que l'enfant restera avec sa famille d'accueil actuelle jusqu'à l'âge adulte. Ce statut de permanence n'est pas associé à la présence de symptômes émotionnels chez l'enfant. Tous les résultats liés à l'expérience de placement sont présentés au tableau 4.

Tableau 4 : Corrélations et analyses de variance entre les variables d'expérience de placement et la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ

	r	F	P	η^2	N/(dl)
Motif admission compromission		0,907	0,410	0,031	(1,56)
Nb motif compromis.		3,808	0,056	0,063	(1,57)
Âge premier placement	-0,059		0,666		62
Nb placements vécus	0,407		0,001		62
Durée placement actuel		3,080	0,023	0,178	(4,57)
Statut du placement		0,232	0,632	0,004	(1,60)

3.4 Caractéristiques liées à la santé physique et mentale des enfants

En ce qui concerne la condition de santé physique et psychologique des enfants de l'échantillon, les parents d'accueil devaient identifier si l'enfant a reçu un diagnostic dû à un état persistant depuis six mois: 36 % des enfants ne présentent aucune condition de santé particulière, 34 % éprouvent un trouble unique (5% troubles émotifs, psychologiques ou nerveux, 7 % troubles d'apprentissage, 10 % déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), 12 % problème de santé physique) et 30 % présentent au moins deux troubles diagnostiqués (TDA/H, troubles d'apprentissage, troubles émotifs, santé physique).

Une analyse de variance a été réalisée entre chacune des conditions de santé chroniques diagnostiquées et le score de la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ. Tel qu'attendu, la condition «troubles émotifs, nerveux ou psychologiques» est significativement associée avec les symptômes émotionnels. Les conditions de santé chroniques diagnostiquées telles que le TDA/H et les problèmes de santé physique ne démontrent pas de relations avec la sous-échelle des symptômes émotionnels. Le tableau 5 présente les résultats de cette analyse de variance.

Tableau 5 : Analyses de variance entre les conditions de santé diagnostiquées et la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ

Conditions santé diagnostiquées	F	P	η^2	(dl)
Troubles émotifs.	12,432	0,001	0,179	(1,57)
TDA/H	1,691	0,199	0,029	(1,57)
Problèmes de santé physique	0,079	0,779	0,001	(1,57)

Il a été vérifié si le cumul de conditions de santé chroniques diagnostiquées était lié à la sévérité des symptômes émotionnels. En excluant la condition de santé chronique «troubles émotifs, psychologiques ou nerveux», 40,6% des enfants ne présentent aucun trouble, autant d'enfants sont affectés d'un trouble unique et 18% des enfants cumulent au moins deux troubles diagnostiqués. Une analyse de variance a permis de constater que le fait de cumuler des conditions de santé chroniques n'est pas associé aux symptômes émotionnels ($F(2,56)=1,264$, $p=0,290$, $\eta^2=0,043$).

En ce qui concerne les problèmes de conduite, une sous-échelle du SDQ, variant entre 0 et 10 (0 signifiant peu de problèmes de conduite et 10, beaucoup de problèmes de conduite) a servi à mesurer ceux-ci et à vérifier si une relation existait entre les troubles des conduites et les symptômes émotionnels élevés. Ainsi, le parent d'accueil a rapporté

l'intensité des problèmes de conduite à une moyenne de 2,32 (ET=2,17, Min=0, Max=8). Tel que présenté au tableau 6, une très forte corrélation entre les troubles de conduite et les symptômes émotionnels a été observée ($r=0,490$, $p<0,001$) indiquant que plus l'enfant éprouve des troubles de conduite, plus ses symptômes émotionnels sont élevés. Une autre sous-échelle du SDQ a permis de mesurer les troubles hyperactifs sur une échelle de 0 et 10 (0 signifiant un faible degré d'hyperactivité et 10 un haut degré d'hyperactivité). Les parents d'accueil ont rapporté, en moyenne, un degré d'hyperactivité de 4,69 (ET=3,0, Min=0, Max=10). Tout comme les troubles des conduites, les troubles hyperactifs sont fortement associés à la présence de symptômes émotionnels chez les enfants de l'échantillon ($r=0,546$, $p<0,001$). Ce qui indique que plus l'enfant éprouve de troubles hyperactifs, plus ses symptômes émotionnels sont élevés. Malgré ces résultats qui dévoilent certaines difficultés comportementales et affectives, les enfants de l'échantillon semblent avoir une bonne estime d'eux-mêmes. Sur une échelle variant entre 4 et 12 (4 étant une faible estime de soi et 12, une forte estime de soi), les enfants rapporte un score moyen de 10,68 (ET=1,14, Min=8, Max=12). Cependant, on observe que plus l'enfant éprouve des symptômes émotionnels, moins le score à l'échelle d'estime de soi est élevé ($r=-0,455$, $p=<0,001$). Ce résultat est nettement plus clair chez les garçons ($r=-0,745$, $p<0,001$) quoique chez les filles, une tendance est observée ($r=-0,301$, $p=0,088$).

Tableau 6 : Corrélations entre les variables liées à la santé mentale des enfants et la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ

	r	P
Problèmes conduite	0,490	< 0,001
Hyperactivité	0,546	< 0,001
Estime de soi	-0,046	< 0,001

3.5 Caractéristiques liées à l'intégration dans la famille d'accueil

Dans cette section, les caractéristiques du milieu d'accueil dans lequel les enfants vivent sont présentées et mises en relation avec les symptômes émotionnels. Ces caractéristiques portent principalement sur les pratiques parentales utilisées.

Près de 75,4 % des enfants vivent avec deux parents d'accueil. Dans presque la totalité des situations, la femme affirme être la principale responsable de l'enfant placé. Dans une seule situation, un homme a indiqué occuper ce rôle. Le tableau 7 présente les résultats concernant les pratiques parentales. Une très forte majorité des parents d'accueil rapportent utiliser des pratiques parentales positives (PPPJ). Ainsi, sur une échelle variant de 8 (faible nombre d'interactions positives) à 24 (grand nombre d'interactions positives), les parents d'accueil rapportent une moyenne de 20,67 (ET=0,57, Min=19, Max=21). Les scores observés à cette échelle varient entre 19 et 21, cette faible étendue indique

qu'elle a eu un faible pouvoir discriminant parmi notre échantillon de parents. Cette faible discrimination explique probablement l'absence de corrélations entre les pratiques parentales positives et les scores des symptômes émotionnels. En effet, ces pratiques parentales positives ne sont pas associées aux symptômes émotionnels ($r = -0,039$ $p = 0,773$). En contrepartie, les enfants ont répondu aux questions concernant les pratiques parentales non appropriées (PPNA). Ce type de pratique témoignerait que l'enfant perçoit du rejet chez son parent d'accueil. Sur une échelle variant entre 6 et 18, où plus le score est élevé, plus l'enfant se sent rejeté, la moyenne obtenue est de 8,5 (ET=2,4, Min=6, Max=14). Ainsi, plus l'enfant se sent rejeté, plus il ressent de symptômes émotionnels ($r = 0,292$, $p = 0,022$). Cette corrélation est plus représentative pour les garçons ($r = 0,409$ $p = 0,030$) que pour les filles ($r = 0,214$ $p = 0,232$) (voir tableau 13, annexe 2).

Tableau 7 : Corrélations entre les variables liées aux pratiques parentales et la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ

	r	P
Prat.parentales non appropriées	0,292	0,022
Pratiques parentales positives	-0,039	0,773

3.6 Caractéristiques liées à l'intégration sociale de l'enfant

Certaines variables de l'étude ont permis d'étudier la présence de liens entre les symptômes intériorisés présentés par les enfants et certaines caractéristiques de leur vie sociale (voir le tableau 8). Ainsi, la timidité, les relations amicales, les comportements prosociaux, les problèmes avec les pairs et la participation à des activités sportives et artistiques sont explorés.

Selon le parent d'accueil, au moment de rencontrer de nouveaux amis, l'enfant est perçu comme plus timide que la moyenne des autres enfants. Cet item, contenu dans le CÉS-C2, permet de révéler si l'enfant est un peu timide (22,6 %), s'il se situe dans la moyenne des enfants (38,7 %) ou s'il est très ouvert (38,7 %) lors de ses nouvelles rencontres avec ses pairs. Après avoir fait une analyse de variance entre l'échelle des symptômes émotionnels et l'item sur la timidité, la moyenne des enfants plus timides se situe à 4,2 comparée à 1,8 pour les enfants perçus «timide comme la moyenne des enfants ». Ainsi, l'enfant considéré comme plus timide a davantage de symptômes émotionnels que les autres enfants ($F(2,59)=7,129, p=0,002, \eta^2=0,071, \text{post-hoc } p=0,002, p=0,006$).

Cependant, selon les enfants eux-mêmes, leurs relations amicales semblent satisfaisantes. Près de 53 % affirment avoir des relations amicales très satisfaisantes, c'est-à-dire que l'enfant considère avoir

plusieurs amis et bien s'entendre avec les jeunes de son âge; 28 % entretiennent des relations amicales satisfaisantes et 20 % rapportent avoir des relations amicales peu satisfaisantes. Comme présenté au tableau 8, les trois groupes se distinguent sur les symptômes émotionnels suivant l'analyse de variance ($F(2,58) = 7,551, p = 0,001, \eta^2 = 0,207$). Le test post hoc indique que le groupe des enfants très satisfaits de leurs relations amicales ont significativement moins de symptômes émotionnels que ceux peu satisfaits ($p = 0,001$). En effet, les enfants très satisfaits ont une moyenne de 1,7 sur le score des symptômes émotionnels comparativement à 4,3 pour les enfants peu satisfaits.

La sous-échelle du SDQ portant sur les comportements prosociaux a permis de constater que l'ensemble des enfants de l'échantillon présentent une fréquence élevée de comportements prosociaux. En effet, ils rapportent, sur une échelle variant de 0 (faible fréquence) à 10 (forte fréquence) un score moyen de 8,29 ($ET = 1,91, Min = 1, Max = 10$). Une corrélation négative est observée entre la fréquence de comportements prosociaux rapportés par l'enfant et la présence de symptômes intériorisés ($r = -0,326, p = 0,010$). C'est-à-dire que plus l'enfant éprouve des symptômes émotionnels, moins il adopte de comportements prosociaux. Toutefois, il est important de préciser que cette relation est remarquée uniquement chez les garçons ($r = -0,574, p < 0,001, r = -0,098, p = 0,582$).

Une autre sous-échelle du SDQ, la sous-échelle des problèmes avec les pairs, a permis aux parents d'accueil d'évaluer la présence de difficultés de relation avec les pairs chez les enfants de l'échantillon. Sur une échelle variant de 0 (aucun problème) à 10 (plusieurs problèmes) ils rapportent un score moyen de 2,37 (ET=2,36, Min=0, Max=10). Cette sous-échelle et celle des symptômes émotionnels sont fortement associées ($r=0,681$, $p<0,001$). Ainsi, plus l'enfant présente de symptômes émotionnels, plus il rencontre de problèmes avec les pairs.

Finalement, certaines variables ont permis de décrire la participation des enfants à des activités sportives ou artistiques en dehors du contexte scolaire. Environ 35 % des jeunes disent pratiquer une activité sportive moins d'une fois semaine ou jamais contre 65% qui disent en faire au moins une fois par semaine. Les activités artistiques semblent moins populaires avec 72 % qui n'en font jamais ou moins d'une fois par semaine. Les enfants qui participent à des activités sportives présentent moins de symptômes émotionnels que ceux qui en font moins d'une fois par semaine ou jamais ($F(1,58) 4,004$, $p=0,05$, $\eta^2=0,065$). Cette relation n'est pas observée en ce qui concerne les activités artistiques.

Tableau 8 : Corrélations et analyses de variance entre les variables liées à l'intégration sociale et la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ

	r	F	p	η^2	N/(dl)
Problèmes avec pairs	0,681		<0,001		62
Comp.prosociaux	-0,326		0,010		62
Relations amicales		7,551	0,001	0,207	(2,58)
Timidité		7,129	0,002	0,195	(2,59)
Activités sportives		4,004	0,05	0,065	(1,58)
Activités artistiques		2,87	0,096	0,047	(1,58)

3.7 Caractéristiques liées à l'intégration scolaire de l'enfant

Dans cette section, les résultats portant sur le fonctionnement scolaire des enfants et leurs liens avec la présence de symptômes intériorisés seront présentés. Le tableau 9 présente une synthèse de ces résultats.

Parmi les enfants de l'échantillon, près de 23 % présentent un trouble d'apprentissage diagnostiqué par un professionnel selon le parent d'accueil. Une différence à l'échelle de symptômes émotionnels est observée entre les enfants qui présentent un trouble d'apprentissage ($M=3,5$) et les autres ($M=2,1$). En effet, l'enfant avec un tel trouble présente un plus haut taux de symptômes émotionnels ($F(1,60) 4,393$, $p=0,040$, $\eta^2=0,068$). Si l'on s'attarde aux résultats scolaires des enfants de l'échantillon, on constate qu'environ 9 % ont redoublé leur dernière année scolaire. Ces enfants présentent significativement plus de

symptômes émotionnels ($M=4,4$) que ceux n'ayant pas redoublé ($M=2,3$). Ainsi, le redoublement scolaire et les symptômes émotionnels sont liés ($F(1,60)=4,576$, $p=0,037$, $\eta^2=0,071$). Mais dans l'ensemble, 55 % des enfants ont des performances académiques qui se situent dans la moyenne. Certains enfants, soit 23 % de l'échantillon se démarquent par leurs forts résultats, tandis que près de 22 % ont performé en deçà de la moyenne de la classe selon les parents d'accueil. Néanmoins, les performances scolaires, telles qu'évaluées par les parents d'accueil, ne semblent pas être associées à la présence de symptômes émotionnels ($F(2,53)=0,391$, $p=0,678$, $\eta^2=0,015$).

Quant à l'absentéisme scolaire, on constate qu'environ 15 % des enfants se sont absentés de l'école plus de sept jours au cours des 12 derniers mois. Ce taux d'absentéisme scolaire ne semble pas avoir de liens avec les symptômes émotionnels ($F(2,57)=2,618$, $p=0,082$, $\eta^2=0,015$).

Finalement, une dernière variable permet de décrire la participation des enfants aux sorties organisées par l'école. La majorité des enfants de l'échantillon, soit 90 % participent aux sorties scolaires. Bien que la proportion d'enfants qui ne participent pas à ces sorties soit faible (10 %), ils présentent significativement plus de symptômes émotionnels que les autres ($U(60) = 70,5$, $p=0,017$).

Tableau 9 : Analyses de variance entre les variables liées à la l'intégration scolaire et la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ

	F	p	η^2	(dl)
Troubles d'apprentissage	4,393	0,040	0,068	(1,60)
Redoublement scolaire	4,576	0,037	0,071	(1,60)
Absentéisme	2,618	0,082	0,084	(2,57)
Performances académiques	0,391	0,678	0,015	(2,53)
Participation sorties scolaires	70,5 ^a	0,017		(1,60)

a : Analyse Mann- Whitney

3.8 Résultats supplémentaires

Les résultats précédents témoignent de fortes corrélations entre les symptômes émotionnels et les différentes sous-échelles du SDQ, en particulier les problèmes avec les pairs et les comportements prosociaux. Bien que ces corrélations étaient attendues, leur intensité était surprenante puisque les études ayant utilisé le SDQ rapportent que les scores des sous-échelles sont relativement indépendants au sein de populations cliniques (Goodman, 2001; Goodman et al., 2004). Il est alors apparu crucial de s'assurer que les facteurs associés aux sous-échelles du SDQ étaient aussi relativement indépendants au sein de l'échantillon de la présente étude. En effet, si des items de différentes sous-échelles mesurent la même dimension, alors de fortes corrélations sont attendues entre ces items et ceux-ci satureront sur le même facteur lors d'une analyse factorielle. Dans ce cas, la sous-échelle des symptômes émotionnels ne pourrait pas être interprétée comme une dimension indépendante des autres sous-échelles.

Par contre, si les items des sous-échelles du SDQ mesurent des dimensions différentes, ceux-ci satureront sur des facteurs différents bien que ces facteurs puissent corrélérer fortement entre eux. Dans ce cas, la sous-échelle des symptômes émotionnels pourrait être interprétée comme une dimension indépendante. La structure sous-jacente des items qui composent le SDQ a par conséquent été examinée plus attentivement pour l'échantillon de cette étude.

Dans un premier temps, nous avons examiné la corrélation entre les symptômes émotionnels et les différents items des autres sous-échelles du SDQ. Nous avons ensuite procédé à une analyse de composantes principales des items du SDQ. Désirant reproduire la structure identifiée dans les articles scientifiques portant sur le SDQ (Goodman et al., 2000; Goodman, 2001), nous avons fixé le nombre de composantes à cinq et la saturation factorielle pour tous les items à 0,4, après une rotation orthogonale Varimax.

Le tableau 10 reproduit les corrélations entre les items du SDQ et le score à l'échelle de symptômes émotionnels. Les plus fortes corrélations ($r > 0,55$) ont été observées pour les items « généralement aimé des autres enfants » et « harcelé ou tyrannisé par les pairs », qui sont tous deux des items de la sous-échelle « problèmes avec les pairs ». Les items de la sous-échelle hyperactivité ont aussi montré d'assez fortes corrélations avec la

sous-échelle des symptômes émotionnels. Mais les corrélations des items des autres sous-échelles avec la sous-échelle des symptômes émotionnels étaient relativement modérées ($r < 0,45$).

Tableau 10 : Corrélations entre les scores à chacun des items du SDQ et le score moyen obtenu à la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ

Sous-échelle Trouble de la conduite	
Fait souvent des crises de colère ou s'emporte facilement	,431**
En général obéissant (e), fait habituellement ce que les adultes demandent	,303*
Vole à la maison, à l'école ou ailleurs	,303*
Ment ou triche souvent	,399**
Se bagarre souvent avec les autres enfants ou les tyrannise	,208
Sous-échelle Hyperactivité	
Agité (e), hyperactif (ve), ne tient pas en place	,359**
Ne tient pas en place ou se tortille constamment	,420**
Facilement distrait (e), a du mal à se concentrer	,501**
Réfléchit avant d'agir	,462**
Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs, maintient bien son attention	,387**
Sous-échelle Problèmes avec les pairs	
Plutôt solitaire, a tendance à jouer seul (e)	,340**
A au moins un (e) ami (e)	,470**
Harcelé (e) ou tyrannisé (e) par d'autres enfants	,556**
Généralement aimer (e) des autres enfants	,613**
S'entend mieux avec les adultes qu'avec les autres enfants	,397**
Sous-échelle Comportements prosociaux	
Attentif (ve) aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent	-,278*
Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien	-,161
Gentil (le) avec les enfants plus jeunes	-,309*
Toujours prêt (e) à aider les autres (parents, professeurs, autres enfants)	-,232
Partage facilement avec les autres enfants (friandises, jouets, crayons, etc.)	-,243

La structure des cinq composantes du SDQ a été plutôt bien reproduite au sein de notre échantillon. Les dimensions de l'hyperactivité, des troubles de conduite et des comportements prosociaux ont été respectivement retrouvées dans les trois premières composantes de façon relativement spécifique. Chacune de ces dimensions présente des saturations factorielles généralement élevées pour au moins quatre des cinq items de leur sous-échelle respective (voir le tableau 11) pour la saturation factorielle des items par composante principale.

En contraste, les items des symptômes émotionnels présentaient une faible unicité et se dispersaient sur différentes composantes. La quatrième composante est la plus représentative des symptômes émotionnels, avec trois items de cette sous-échelle présentant une saturation au-dessus du critère choisi. Deux items présentaient une très forte saturation, soit « s'inquiète souvent, paraît souvent soucieux » et « souvent malheureux, abattu ou pleure souvent », alors que l'item « anxieux dans les nouvelles situations, perd facilement ses moyens » présentait une faible saturation pour la composante des symptômes émotionnels et avait une plus forte saturation pour le facteur « hyperactivité ». Par ailleurs, deux items de la sous-échelle « problème avec les pairs » saturaient sur la composante des symptômes émotionnels, soit l'item « harcelé ou tyrannisé par d'autres enfants », lequel avec une forte saturation factorielle, et l'item inversé « a au moins un ami ». L'item « a de nombreuses peurs, est souvent effrayé »

saturait inversement sur la composante prosociale, alors que l'item portant sur les plaintes somatiques saturait sur la cinquième composante, laquelle n'était pas spécifique à une sous-échelle dans notre échantillon.

En conclusion, la structure factorielle du SDQ n'a pas été entièrement reproduite dans cette étude. En particulier, le SDQ ne semble pas distinguer la dimension des symptômes émotionnels de la dimension des problèmes avec les pairs au sein de notre échantillon. Par contre, les items des différentes dimensions associées aux troubles extériorisés sont indépendants des items associés aux troubles intériorisés. Le SDQ semble un bon outil pour circonscrire les troubles extériorisés, mais ne semble pas suffisamment sensible pour cibler spécifiquement les symptômes émotionnels des enfants placés.

Tableau 11: Matrice des composantes principales (après rotation)¹ de l'analyse factorielle des items du SDQ

	Composantes principales ²				
	HA	TC	PS	SÉ	PP
% variance totale expliquée par l'échelle	14,0%	10,9%	9,9%	8,2%	7,4%
Agité, hyperactif, ne tient pas en place	,779				
Ne tient pas en place, se tortille constamment	,838				
Facilement distrait, du mal à se concentrer	,790				
Réfléchit avant d'agir	,401	,617			
Va au bout des tâches, maintient attention	,670				
Fait souvent crises de colère, s'emporte vite	,492	,542			
En général, obéit aux demandes des adultes	,506				
Se bagarre souvent avec jeunes, les tyrannise		,465			,619
Ment ou triche souvent		,702			
Vole à la maison, à l'école ou ailleurs		,734			
Attentif aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent				,619	
Partage facilement avec les autres enfants			,668		
Aide volontiers si quelqu'un se fait mal, se sent mal			,757		
Gentil avec les enfants plus jeunes			,679		
Toujours prêt à aider les autres			,685		
Se plaint souvent maux tête, ventre, nausées					,658
S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux				,723	
Souvent malheureux, abattu, pleure souvent				,800	
Anxieux dans situations nouvelles, perd vite moyens	,553			,406	
A de nombreuses peurs, facilement effrayé			-,423		
Plutôt solitaire, a tendance à jouer seul			-,493		
A au moins un ami				,402	
Harcelé ou tyrannisé par d'autres enfants				,682	
Généralement aimé des autres enfants		,507			,507
S'entend mieux avec adultes qu'avec autres enfants		,644			

¹ Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales; Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser. ² HA: hyperactivité; TC: troubles de conduite; PS: prosociale; SÉ: symptômes émotionnels; PP : problèmes avec les pairs.

Chapitre 4 : Interprétation des résultats

Le principal objectif de ce chapitre est de discuter les résultats obtenus en lien avec les deux objectifs poursuivis dans ce mémoire soit, 1) tracer un portrait de l'enfant placé qui présente des symptômes émotionnels élevés, s'apparentant aux troubles intériorisés et 2) tenter de déterminer ce qui le caractérise aux plans familial, social et scolaire. À l'aide du SDQ, un questionnaire standardisé et inclus dans le CÉS-C2, administré auprès de 62 enfants placés âgés entre 10 ans et 12 ans, il est démontré qu'un nombre substantiel de ces enfants placés éprouvent des symptômes émotionnels élevés, et que la présence de ces symptômes est significativement associée à des caractéristiques reliées au placement, à sa famille, à sa vie sociale et à son parcours scolaire. Les limites méthodologiques sont discutées.

4.1 Les symptômes émotionnels

Tel que rapporté par le parent d'accueil, la grande majorité des enfants (72,6 %) de l'échantillon présente un niveau de symptômes émotionnels normal. Néanmoins, pour 27,4 % d'entre eux, on observe la présence de symptômes émotionnels à un seuil limite (8 %) et à un seuil clinique (19,4 %). Ce pourcentage clinique est supérieur aux normes observées chez des enfants du même âge de la population en général. En effet, dans

la population en général de la Grande-Bretagne¹⁹, ce pourcentage est évalué entre 7,2 % et 12,2 % pour les enfants entre 10 ans et 15 ans suggérant une surreprésentation d'enfants présentant des symptômes émotionnels dans notre échantillon.

Le pourcentage d'enfants présentant un seuil clinique de symptômes émotionnels est légèrement plus faible que ceux rapportés dans d'autres études internationales et nationales qui ont utilisé le SDQ chez les enfants placés (Marquis & Flynn, 2009; Janssens et al., 2009). En effet, rappelons que Minnis et al. (2006) rapportent la présence de symptômes intériorisés au-delà du seuil clinique dans respectivement 34 % de leur échantillon d'enfants placés. Différents facteurs peuvent expliquer cette différence. Premièrement, les enfants de notre échantillon sont dans une situation de placement stable, avec une durée moyenne de placement de 53,4 mois, comparativement à l'étude de Minnis et al. (2006) qui a été réalisée dans les douze premiers mois de placement. Cette stabilité peut contribuer à réduire le taux des symptômes émotionnels comparé aux études qui ont procédé à une évaluation en début de placement. Deuxièmement, l'évaluation des symptômes émotionnels rapportée dans cette étude est celle du parent d'accueil. Le taux pourrait être beaucoup plus élevé si l'informateur était l'enfant lui-même. En effet, plusieurs études ont

¹⁹ <http://sdqinfo.org/UKNorm.html>, page consultée le 22 juillet 2011.

permis d'observer que pour les symptômes émotionnels, le parent ou l'enseignant rapporte moins de symptômes émotionnels que l'enfant même. Par exemple, Minnis et al. (2006), à partir du SDQ, observent un taux de 12 % si le parent est le principal répondant et de 34 % si c'est l'enfant. D'ailleurs, lorsque le SDQ est utilisé, Goodman et al. (2004) rapportent la nécessité de faire appel à l'autoévaluation de l'enfant en plus de l'évaluation du répondant pour prédire avec une sensibilité adéquate (>80 %) la présence de troubles intériorisés à partir du score des symptômes émotionnels. Il est donc probable que le pourcentage d'enfants présentant un seuil clinique de symptômes émotionnels sous-estime la prévalence réelle des troubles intériorisés au sein de notre échantillon.

4.2 Caractéristiques sociodémographiques de l'enfant

Les caractéristiques sociodémographiques personnelles de l'enfant étudiées dans ce mémoire, soit l'âge et le genre, ne semblent pas, dans l'ensemble, avoir de lien avec les symptômes émotionnels.

Ces résultats diffèrent de Sempik et al. (2008) et Meltzer et al. (2003) qui ont constaté que le taux des symptômes émotionnels augmentait avec l'âge chez des enfants placés entre cinq ans et 15 ans. Cette différence peut peut-être s'expliquer par le fait que dans la présente étude, l'écart

d'âge des enfants de l'échantillon est mince (deux ans) contrairement à une étendue de 10 ans dans l'étude de Sempik et al. (2008) et Meltzer et al. (2003) et recouvre une même période de développement, soit la préadolescence. De plus, le trouble intériorisé le plus fréquent avant 12 ans est l'anxiété de séparation. Ce type d'anxiété tend à diminuer à l'adolescence (Costello et al., 2003; Bergeron et al., 2007) pour se transformer davantage en anxiété généralisée ou en anxiété sociale (Dumas, 2007). Dans cette étude, l'absence de mesure spécifique sur la présence de symptômes liés à l'anxiété de séparation peut expliquer, en partie, la plus faible proportion d'enfants anxieux identifiés.

Dans l'échantillon de cette étude, on n'observe pas une présence plus élevée de symptômes intériorisés chez les filles. Ce résultat est différent de ce qui est observé dans les études recensées auprès d'échantillon d'enfants de la population générale. Plusieurs auteurs rapportent que les troubles anxieux sont généralement plus élevés chez les filles (Breton et al., 1999; Turgeon et al., 2000; Costello et al., 2003; Bergeron et al., 2007). Cette absence de surreprésentation des filles dans l'échantillon de la présente étude peut être liée à leur âge prépubère. En effet, il a été montré que la puberté accentuait la prévalence de problèmes de troubles intériorisés chez les filles (Costello et al. 2003; Dumas, 2008).

4.3 Caractéristiques du placement

Dans cette section, les résultats observés concernant les liens entre la présence de symptômes émotionnels chez les enfants de l'échantillon et certaines caractéristiques de leur placement (actuel ou passé) sont discutés.

4.3.1 Motifs de compromission

Dans l'étude de Milot et al. (2009), on rapporte une forte association entre la négligence et la présence de troubles anxieux chez les enfants. Ce lien n'a pas été observé dans l'échantillon de la présente étude. Les enfants placés pour des motifs de négligence ne présentent pas plus de symptômes intériorisés que les autres enfants de l'échantillon. Ce résultat peut-il s'expliquer par le fait que les enfants sont placés depuis, en moyenne, 53 mois? Placés et stabilisés depuis une longue période, se pourrait-il que les effets associés à la négligence vécue avant le placement se soient atténués ou que les conséquences du traumatisme aient été adressées avec l'aide d'un professionnel de la santé mentale? Ces questions ne peuvent être répondues dans cette étude. Toutefois, elles représentent des pistes de réflexion.

Au-delà du motif principal ayant mené au placement de l'enfant, certaines études démontrent que l'accumulation des mauvais traitements est associée au développement neurologique de l'enfant, au trauma complexe (van der Kolk, 2003), au lien d'attachement, au développement d'une mauvaise estime de soi ainsi que sur le développement de troubles intériorisés tels que la dépression (Luthar & Zelazo, 2003). Près de 20 % de notre échantillon a été exposé à plus de trois formes de mauvais traitements. Il s'est avéré que l'intensité des symptômes émotionnels était plus élevée selon l'accumulation des motifs.

4.3.2. L'âge au premier placement

Dans cette étude, l'âge au premier placement n'est pas significativement lié à la présence plus grande de symptômes émotionnels. Les enfants de l'échantillon ont vécu leur premier placement en moyenne à 52 mois, avec une étendue de deux à 117 mois. L'examen attentif de la distribution des données de cette variable n'indiquait aucune anomalie. En somme, l'absence de liens entre ces deux variables ne s'explique pas par un problème de puissance ou de distribution de l'échantillon.

L'absence de corrélation entre l'âge au premier placement et la présence de symptômes émotionnels observée dans la présente étude diffère de ce qui est rapporté dans d'autres études (Barber et al., 2001; Lawrence,

Carlson & Egeland, 2006; Tarren-Sweeney, 2008). Une hypothèse peut être avancée pour expliquer ce résultat. Les enfants qui forment l'échantillon de cette étude ont été placés pour la première fois en moyenne vers l'âge de quatre ans. Ainsi, les auteurs qui ont établi une relation entre l'âge au premier placement et une plus grande présence de symptômes comportementaux et émotionnels semblent avoir observé cette relation avec des enfants d'un âge plus avancé, c'est-à-dire plus ou moins six ans (Barber et al., 2001; Lawrence, Carlson & Egeland, 2006; Tarren-Sweeney, 2008). Cette relation est attendue selon l'hypothèse que les enfants plus âgés ont été exposés plus longtemps à des milieux de vie à risque (présence de mauvais traitements, caractéristiques des parents, environnement socio-économique). De plus, certains auteurs (Munro & Hardy, 2007; Tarren-Sweeney, 2008) expliquent cette relation par le fait que si l'enfant est plus âgé (plus ou moins âgé de six ans) lors de son placement, il est plus conscient des événements qui se déroulent, augmentant le stress et la difficulté de s'adapter. De surcroît, pour l'enfant plus âgé et vivant un placement, la séparation pourrait être plus difficile à vivre. En plus du stress créé par la séparation, les enfants plus âgés sont davantage conscients des effets collatéraux liés à la séparation tels que la création d'une nouvelle relation avec un adulte inconnu, la perte de contact avec leur fratrie ou leurs amis, le changement de garderie ou d'école, le déménagement de maison et de chambre, etc. (Munro &

Hardy, 2007). Par conséquent, tous ces bouleversements pourraient avoir un impact sur leur santé mentale (Tarren-Sweeney, 2008). Combinés, tous ces changements et les événements difficiles pourraient créer une détresse psychologique et avoir un impact négatif sur l'enfant. Ainsi, pour certains chercheurs, l'âge de l'enfant au moment d'être placé est un facteur prédictif important de sa santé mentale.

4.3.3 Nombre de placement

Pour les enfants placés de cette étude, le fait d'avoir vécu plusieurs placements est fortement associé au développement des symptômes émotionnels. Ce résultat est cohérent avec les écrits qui affirment que les enfants qui ont des troubles de comportement et émotionnel vivent plus de placements (Newton et al., 2000; Hussey & Guo, 2005; Tarren-Sweeney, 2008; Dixon, 2010). Knott et Barber (2005) se sont questionnés sur cette question et ont observé que si les raisons justifiant la fin de placement sont pragmatiques, c'est à dire dans le but d'améliorer les conditions du placement (aller dans une meilleure école, se rapprocher de sa famille) et que ces changements se produisent dans les huit premiers mois de placement, la santé psychologique ne s'en trouve pas compromise, voire elle s'améliore. Mais globalement, vivre de nombreux déplacements pourrait nuire au développement socioaffectif de l'enfant (Barber & Delfabbro, 2004; Turcotte et al., 2010). Dans la

présente étude, il est impossible d'analyser les motifs ayant contribué au nombre de placements vécus par les enfants ni la fenêtre de la période de temps où ceux-ci ont eu lieu. La méthodologie retenue ne permet pas de préciser si la présence de symptômes émotionnels est à l'origine de ces changements. Toutefois, on constate que les enfants qui ont vécu dans plusieurs milieux de vie depuis leur naissance présentent davantage de symptômes émotionnels.

4.3.4 Durée du placement actuel

L'analyse de variance des scores aux symptômes émotionnels en fonction de la stabilité du placement dans la famille d'accueil indiquait qu'une différence significative existait entre les groupes regroupés selon la classification : « moins de 12 mois », « 12-23 mois », « 24-36 mois », « 41-60 mois » et « plus de 60 mois ». Si les tests *post-hoc* n'ont pas démontré de différences significatives entre les groupes, une tendance a néanmoins été observée ($p=0,057$) pour la comparaison entre les groupes 12-23 mois et 60 mois et plus, le premier groupe montrant plus de symptômes émotionnels que le second. La faible puissance des tests *post-hoc* générée par les faibles fréquences des groupes ($n=6$ pour le groupe 12-23 mois) explique probablement que la tendance n'ait pas atteint le seuil statistique significatif. Tout considéré, les analyses appuient modérément l'hypothèse que la stabilité du placement est associée à une

réduction de symptômes émotionnels. Or, il est difficile de préciser si la stabilité a un effet positif sur les symptômes émotionnels ou si les symptômes émotionnels ont un effet sur cette stabilité. Pour certains auteurs (Barth et al., 2007; Chamberlain et al., 2006; Tarren-Sweeney, 2008), le trouble dépressif et anxieux et les troubles extériorisés peuvent précipiter les ruptures de placement.

4.4 Caractéristiques liées à la santé physique ou mentale de l'enfant

Dans la présente étude, les caractéristiques liées aux comportements extériorisés de l'enfant, évalués à partir du SDQ, sont parmi les variables les plus fortement associées à la présence de symptômes émotionnels. Les enfants avec des symptômes émotionnels élevés présentent aussi un haut niveau de symptômes associés à l'hyperactivité. Ce résultat supporte l'hypothèse que de nombreux enfants dit hyperactifs peuvent aussi présenter des symptômes émotionnels en comorbidité (Turgeon & Brousseau, 2000; Costello et al. 2003). Cette forte association observée à l'aide du SDQ ne s'applique toutefois pas entre la variable «conditions de santé chroniques diagnostiquées TDA/H» et la sous-échelle des symptômes émotionnels. Cette absence d'association peut s'expliquer par des contextes différents d'observation. Le diagnostic est posé par un professionnel de la santé. On n'a toutefois pas d'information sur le contexte de l'acte clinique. Par exemple, on ignore l'âge de l'enfant au

moment du diagnostic, le type de professionnel qui a posé le diagnostic, ainsi que si un examen exhaustif des symptômes intériorisés a été effectué. À l'opposé, bien que le SDQ ne permette pas de diagnostic, il a l'avantage de révéler, dans une fenêtre de six mois, des observations des parents d'accueil qui côtoient l'enfant au quotidien, et ainsi de soulever des questionnements sur la présence des troubles intériorisés ou extériorisés et de leur possible comorbidité.

Dans ce mémoire, l'étude ne permet pas de préciser la direction des effets du trouble hyperactif et des symptômes émotionnels. Néanmoins, ces résultats soulèvent la possibilité que la présence de symptômes émotionnels soit négligée ou mésinterprétée comme des signes d'agitation due à une hyperactivité ou des troubles de conduite. Cette mésinterprétation pourrait-elle elle-même contribuer à accentuer la problématique de santé mentale chez ces enfants? Par exemple, l'état d'un enfant dont l'agitation tire sa source d'une anxiété envahissante ou d'un sentiment d'irritation induite par la dépression peut se détériorer si la réaction parentale implique une punition qui fera augmenter le niveau de stress ou de rejet de cet enfant. Ainsi, en lui demandant de rester dans sa chambre ou en retenue, il peut réagir fortement, crier, pleurer, etc. (Kaplan & Sadock, 2003; Bailly, 2004), ce qui peut être interprété comme des signes d'hyperactivité, voire de troubles de la conduite.

En effet, une très forte corrélation entre les symptômes émotionnels et la présence de symptômes de troubles de la conduite a été observée dans cette étude. L'item de la sous-échelle des troubles de la conduite qui présente la plus forte association avec les symptômes émotionnels est «Fait souvent des crises, s'emporte facilement». Sans faire de conclusions hâtives, ce résultat supporte l'hypothèse que l'anxiété puisse se manifester de différentes façons, incluant une impulsivité émotionnelle ou des comportements habituellement associés aux troubles extériorisés.

Les très fortes corrélations entre les troubles extériorisés et les troubles intériorisés peuvent rendre la tâche difficile pour l'intervenant ou le parent d'accueil qui veut soutenir l'enfant. Malheureusement, comme il sera démontré à la section suivante, les pratiques parentales ne sont pas toujours adaptées et les intervenants ont peu de formation pour départager les troubles intériorisés des troubles extériorisés (Dionne, 2005).

4.5 Intégration familiale

4.5.1 Pratiques parentales non appropriées et positives

Selon plusieurs auteurs (Dumas, 2007; Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Côté et al., 2009), les pratiques parentales incohérentes favorisent le développement d'un trouble intériorisé chez les enfants. Dans la

présente étude, ce constat n'est pas validé. En effet, la faible fréquence de pratiques parentales positives n'est pas associée aux symptômes émotionnels. Cependant, l'étendue des réponses des parents variait entre 19 et 21 sur une échelle allant entre 7 et 21 ce qui limite grandement la variabilité des scores des pratiques parentales positives. En outre, ces réponses provenant des parents, on ne peut exclure la présence de biais positif, voire de désirabilité sociale. Ce résultat est différent de ce que Perkins-Mangulabnan et Flynn (2006) ont observé dans une étude auprès d'enfants placés, c'est-à-dire une corrélation entre la fréquence des pratiques parentales positives et l'absence de symptômes émotionnels. Pour l'autre échelle concernant les pratiques parentales, soit les pratiques parentales non appropriées (PPNA), les enfants sont les principaux répondants. Dans ce cas, une relation significative a été observée : plus l'enfant perçoit des attitudes parentales rejetantes, plus ses symptômes émotionnels sont élevés. Cette relation est particulièrement forte chez les garçons. Cette sensibilité plus grande des garçons par rapport au rejet parental n'a pas été observée dans les écrits consultés. Cependant, il pourrait être pertinent de vérifier si les pratiques disciplinaires et affectives diffèrent selon le genre de l'enfant et si ces pratiques parentales peuvent induire chez les garçons et les filles des sentiments distincts. Cette hypothèse serait à valider dans la poursuite des études dans ce domaine.

Ce résultat est conforme à ce qui est rapporté dans les écrits portant sur les pratiques parentales qui accentuent la présence de symptômes intériorisés (Dumas, 2007; Bögels et al., 2006). Toutefois, cette association questionne également la possibilité que certaines réactions de l'enfant (comme les crises ou la crainte des nouvelles situations) exacerbées par des symptômes émotionnels amènent le parent à adopter des comportements perçus comme étant non appropriés par l'enfant. Dans les deux cas, cette association témoigne de l'importance de mieux soutenir les parents d'accueil dans l'exercice de leur rôle parental afin de leur permettre de répondre aux besoins spécifiques des enfants présentant des symptômes émotionnels.

4.6 Caractéristiques de la vie sociale des enfants

Dans cette section, les résultats observés concernant les liens entre la présence de symptômes émotionnels chez les enfants de l'échantillon et certaines caractéristiques de leur vie sociale sont discutés.

4.6.1 Les comportements prosociaux

Les enfants placés étudiés dans ce mémoire adoptent beaucoup de comportements prosociaux. Néanmoins, les enfants placés qui présentent un taux élevé de symptômes émotionnels adoptent moins de

comportements prosociaux. D'autres recherches pourraient permettre de mieux comprendre la relation entre ces deux variables. Une hypothèse possible est que cette relation peut s'expliquer par le fait que les symptômes émotionnels, qui placent l'enfant en état d'hypervigilance face à tous dangers éventuels, freinent son désir d'aller vers les autres et de se placer en situation où il devra prendre une initiative (Bailly, 2004; Dumas, 2008). De plus, occupé cognitivement par ses pensées, il est moins disponible aux autres et à leurs émotions. Cette hypothèse est appuyée par l'observation d'une corrélation significative entre les symptômes émotionnels et l'item de la sous-échelle prosociale portant sur le fait d'être attentif aux autres.

Ces résultats peuvent être mis en lien avec la relation observée dans cette étude entre la timidité et les symptômes émotionnels. Selon les parents d'accueil interrogés, les enfants qui présentent davantage de symptômes émotionnels seraient plus timides que la moyenne des enfants au moment de rencontrer de nouveaux amis. Ce résultat évoque les conclusions de plusieurs études qui tendent à démontrer que l'enfant au tempérament inhibé est plus susceptible de présenter des troubles anxieux ou dépressifs (Biederman et al., 1995; Turgeon & Brousseau, 2000; Goodwin et al., 2004).

L'enfant inhibé choisit souvent de se retirer pour, entre autres, ne pas avoir à affronter ce qu'il redoute. Ces comportements d'évitement renforcent son sentiment d'impuissance lorsqu'il rencontre des situations nouvelles. Les opportunités de développer son sentiment de contrôle et de compétence sociale sont réduites. À long terme, ces sentiments peuvent mener l'enfant à se sentir « inadéquats », à craindre l'avenir (Dumas, 2008), voire à s'isoler. Cette tendance à se retirer ou à éviter des situations, peut paraître immature et être frustrant pour les pairs qui peuvent y percevoir du rejet.

Ces possibilités de développement sont non optimales et peuvent nuire à l'estime de soi de l'enfant. Par ailleurs, dans ce mémoire, les enfants qui présentent plus de symptômes émotionnels ont une moins bonne estime de soi. Cette mauvaise estime de soi peut mener l'enfant à moins aller vers les autres, à augmenter son isolement et par conséquent, à ne pas développer ses relations sociales, voire ses habiletés sociales.

4.6.2 Les problèmes avec les pairs

L'échelle des problèmes avec les pairs représente l'échelle qui a la plus forte corrélation avec l'échelle des symptômes émotionnels. Les items de la sous-échelle portant sur les problèmes avec les pairs qui ont la plus forte relation avec les symptômes émotionnels élevés sont, dans l'ordre,

« l'enfant se sent généralement aimé des autres enfants » (inversé) et « l'enfant est harcelé ou tyrannisé des autres enfants ». Par ailleurs, l'analyse des composantes principales du SDQ a montré que certains des items de l'échelle des problèmes avec les pairs saturaient plus fortement dans la dimension des symptômes émotionnels, en particulier, l'item « l'enfant est harcelé ou tyrannisé par ses pairs ». Ces données suggèrent qu'au sein de notre échantillon, une part importante des symptômes émotionnels partagent un même facteur avec des items associés au harcèlement. L'ensemble de nos résultats confirme, dans une population d'enfants placés, une observation rapportée pour d'autres populations évaluées à l'aide du SDQ : les symptômes émotionnels corrélaient plus fortement avec les problèmes avec les pairs, suggérant que ces deux sous-échelles composent une dimension des troubles intériorisés (Goodman et al., 2010). Certaines études montrent que les expériences de rejet ou de harcèlement ont un impact émotionnel considérable chez les enfants placés et les enfants de la population en général (Dake, Price & Telljohann, 2003; Rao & Simkiss, 2007). En effet, les victimes de harcèlement souffrent plus de dépression et d'anxiété, ont davantage de pensées suicidaires et ont une basse estime d'eux-mêmes (Dake, Price & Telljohann, 2003). Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer que les enfants sont plus susceptibles de vivre des problèmes avec les pairs ou des difficultés liées au harcèlement. Une de ces hypothèses est

que l'enfant placé commence son parcours scolaire avec certains retards développementaux et des habiletés sociales plus immatures. Ces déficiences nuisent à son interaction avec les pairs, induisent une baisse d'estime de soi qui, à son tour, peut contribuer à la présence de symptômes émotionnels. L'enfant peut être porté à s'isoler et préférer jouer seul. Il devient ainsi plus susceptible de devenir la cible de taquineries et d'être une victime potentielle de harcèlement. Selon plusieurs auteurs, être harcelé est un facteur de risque de développement de troubles intériorisés (Dake, Price & Telljohann, 2003). Les résultats de ce mémoire montrent que, selon le parent d'accueil, les enfants avec des symptômes émotionnels élevés rapportent davantage être harcelés ou tyrannisés par les autres enfants.

4.6.3 Les relations amicales

Étant donné les fortes relations entre les symptômes émotionnels, la présence des problèmes avec les pairs et des faibles comportements prosociaux, il n'est pas étonnant de constater que pour une partie des enfants qui composent l'échantillon, les relations amicales sont peu satisfaisantes. En effet, à partir d'une échelle portant sur la satisfaction de l'enfant concernant ses relations amicales, 20 % des enfants trouvent celles-ci peu satisfaisantes. Ces enfants éprouvent des niveaux de symptômes émotionnels plus élevés que les enfants qui se sentent

satisfaits en amitié. Toutefois, il ne faut pas exclure la possibilité que les symptômes émotionnels élevés créent une distorsion sur la perception qu'a l'enfant du regard que posent ses pairs sur lui (Chorpita & Barlow, 1998; Dumas, 2008). Ceci pourrait expliquer, en partie, l'évaluation qu'ils font de leurs relations d'amitié.

4.6.4 Participation de l'enfant placé à des activités sportives et/ou artistiques

Dans la présente étude, près de 65 % des enfants font des activités sportives régulièrement comparativement à 35 % qui n'en font jamais ou moins d'une fois par semaine. À l'inverse, c'est 65 % des enfants placés qui ne font aucune activité artistique en dehors de la famille d'accueil. Dans ce mémoire, il est observé que ceux qui pratiquent régulièrement des activités sportives présentent un taux de symptômes émotionnels moins élevé que ceux qui n'en font jamais ou très peu. Cette relation n'est pas observée pour les activités artistiques. Ces résultats supportent donc en partie l'hypothèse que la participation de l'enfant placé à des activités sportives ou artistiques en dehors de la maison et de l'école permet à l'enfant de développer ses compétences sociales et affectives (Andersson, 2005; Bronfenbrenner, 1995; Gilligan, 2000). Elles pourraient même agir comme un facteur de protection lors de rupture de placement et devenir un facteur de résilience (Fong et al., 2006). Serait-il possible que les

enfants anxieux ou dépressifs soient moins portés à participer à ces activités par crainte de séparation avec les parents pendant l'activité ou par démotivation ou perte d'intérêt? Cette piste reste à explorer.

Ce résultat renvoie également à un questionnaire concernant la disponibilité de ces activités pour les enfants placés et l'importance qu'accordent les parents d'accueil à la participation à de telles activités. Selon Vacca (2008), beaucoup d'enfants placés n'auraient pas accès à des programmes spéciaux (sports-études), à des activités sportives/artistiques ou d'autres clubs d'activité. Fong et al. (2006) ont constaté que près de 43 % des parents d'accueil ne connaissent pas les activités scolaires, sociales et familiales auxquelles l'enfant aimait pratiquer avant d'arriver dans leur famille d'accueil.

4.7 Caractéristiques de la vie scolaire des enfants

Dans cette section, les résultats portant sur les liens entre la présence de troubles intériorisés et les caractéristiques de la vie scolaire de l'enfant sont discutés.

4.7.1 Troubles d'apprentissage

Parmi les enfants de l'échantillon, près de 23 % présentent un trouble d'apprentissage diagnostiqué par un professionnel. Ce résultat confirme

ce qui est observé dans plusieurs études sur les enfants placés (Nelson & Harwood, 2011; Taggart, Cousins & Milner, 2007) soit, la présence chez ces derniers de grandes difficultés au plan scolaire. Dans notre échantillon, ceux qui présentent des troubles d'apprentissage présentent plus de symptômes émotionnels, ce qui va dans le sens des écrits scientifiques montrant une association entre les troubles d'apprentissage et les troubles intériorisés chez les enfants de la population générale (Marcotte et al., 2005).

Cependant, nos résultats ne concordent pas avec ceux de Taggart et al. (2007) qui ne rapportent aucune association entre la présence d'un trouble d'apprentissage et les symptômes émotionnels chez un groupe d'enfants placés. Quand les résultats de Taggart et al. (2007) sont comparés avec ceux de la présente étude, on observe une moyenne des symptômes émotionnels très semblable chez les enfants qui ont un trouble d'apprentissage (3,5 pour l'étude actuelle comparée à 3,7 pour celle de Taggart et al. 2007), mais ce sont les moyennes des symptômes émotionnels chez les enfants sans troubles d'apprentissage qui diffèrent davantage (2,1 dans la présente étude comparée à 3,3 dans l'étude de Taggart et al., 2007).

Cette distinction pourrait s'expliquer par une différence dans la composition des échantillons. Dans la présente étude, aucun des enfants n'est en foyer d'accueil, tous habitent en famille d'accueil. À l'opposé, l'échantillon de Taggart et al. (2007) comprend une importante proportion d'enfants en foyer d'accueil. Les enfants en foyer d'accueil sont généralement insérés dans ce type de ressource, puisqu'ils nécessitent un encadrement plus soutenu et structuré qu'un milieu familial. On peut donc présumer que les enfants de l'échantillon de Taggart et al. (2007) éprouvent plus de difficultés comportementales et affectives et ce, même sans troubles d'apprentissage. Il serait intéressant de vérifier si un meilleur suivi en famille d'accueil qu'en foyer de groupe est assuré en ce qui concerne les troubles d'apprentissage et si cela permet une diminution des symptômes émotionnels. Il pourrait aussi être pertinent que des recherches futures s'intéressent à la direction des effets à propos de la relation entre les troubles d'apprentissage et les troubles intériorisés.

4.7.2 Redoublement scolaire et performances académiques

Il apparaît que près de 10 % des enfants de la présente étude ont redoublé leur dernière année scolaire et que ces enfants éprouvent plus de symptômes émotionnels. Ce haut taux de redoublement scolaire, comparé à 3,1 % pour l'année scolaire 2001-2002 chez les enfants du primaire de la population en général (MEQ, 2003) démontre que les enfants placés

sont susceptibles de vivre davantage d'échecs scolaires. Par exemple, Kufeldt et al. (2000) rapporte que le parcours scolaire de 41 % des enfants placés de son échantillon est marqué par au moins un redoublement. Chez les enfants de la population générale, un lien étroit est établi entre le fait de redoubler ou de faire partie d'une classe de cheminement particulier et la présence de troubles anxieux. En effet, chez les enfants âgés entre six ans et 11 ans qui ont un cheminement scolaire particulier ou qui ont déjà doublé une année, on observe un niveau d'anxiété deux fois plus élevé (Bergeron & Valla, 1996a; Bergeron et al., 1999). Selon Pagani et al. (2001), redoubler une année scolaire pourrait faire augmenter l'anxiété chez l'enfant. Notons toutefois que pour l'ensemble de notre échantillon, aucune association entre les performances académiques et les symptômes émotionnels n'est notée.

4.8 Limites d'interprétation

Différentes limites méthodologiques doivent être prises en considération dans l'analyse de la portée des résultats obtenus dans la présente étude. Ce mémoire consiste à une analyse de données recueillies dans le cadre d'un autre projet. Les choix méthodologiques (identification des variables, choix des instruments de mesure) n'ont donc pas été faits en fonction des besoins spécifiques de la présente étude. Ceci amène certaines limites en ce qui a trait principalement à la mesure de la variable

dépendante (la présence de symptômes intériorisés) et à la disponibilité d'information concernant le milieu de vie actuel de l'enfant.

Notre recherche a permis d'identifier différentes limites liées à l'utilisation du SDQ. Certains auteurs ont noté que le SDQ a une faible sensibilité pour détecter l'anxiété de séparation (Goodman et al., 2000 ; Milburn et al., 2008), qui est le trouble anxieux le plus fréquent chez les six à 12 ans (Bergeron, Valla et Gauthier, 2007; Dumas, 2008). On retrouve dans la version originale du SDQ un seul élément d'item ciblant les symptômes associés à l'anxiété de séparation, soit, dans sa traduction française, « se cramponne aux adultes » (l'item au complet est « Anxieux (se) ou se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens »). Or, dans la version du SDQ utilisée dans le CÉS-C2, cet élément d'item a été omis, pour ne conserver que « Anxieux (se) dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens ». On peut penser que les scores du SDQ sous-estiment la présence réelle des symptômes émotionnels chez l'enfant placé et de la population en général, âgés de six à douze ans. En outre, le SDQ ne contient aucun item qui cible les troubles d'attachement, les troubles obsessionnels-compulsifs ainsi que les stress post-traumatiques.

La validité de contenu des items des symptômes émotionnels du SDQ nous apparaît aussi critiquable. Les guides des meilleures pratiques psychométriques mentionnent la simplicité et la précision parmi les qualités recherchées d'un item afin d'assurer une bonne validité à un questionnaire (Anastasi, 1990). Par simplicité, on entend qu'un item doit comprendre un seul élément d'information, qui servira alors de critère unique au répondant pour évaluer le comportement ou l'émotion de l'enfant. Or, plusieurs items de l'échelle des symptômes émotionnels comportent deux éléments d'information, ouvrant la possibilité que les parents répondant positivement à un item n'utilisent pas les mêmes critères comportementaux et émotionnels les uns des autres. Cette difficulté est parfaitement illustrée par l'item discuté au paragraphe précédent (« Anxieux dans les situations nouvelles, perd facilement les moyens »). Cet item comprend véritablement deux critères distincts, soit la réaction émotionnelle de l'enfant à une situation nouvelle en première partie d'item et la tendance comportementale de l'enfant dans des situations d'autorégulation des émotions dans la seconde partie. Ces deux critères ouvrent une brèche envers la simplicité de l'item. De fait, notre analyse de facteurs appuie l'hypothèse que cet item couvre plus d'une dimension, puisque la saturation factorielle de cet item était supérieure à 0,4 tant pour la composante d'hyperactivité que pour la composante des symptômes émotionnels, suggérant une contamination par cet item sur

deux facteurs distincts. L'analyse factorielle sommaire des items du SDQ a généralement bien reproduit les facteurs des symptômes extériorisés (hyperactivité et troubles de la conduite), ce qui est moins le cas pour les symptômes émotionnels. Ce résultat reproduit ceux des écrits scientifiques qui ont montré que le SDQ avait une meilleure validité pour les troubles extériorisés que pour les troubles intériorisés (Goodman, 2004; d'Acremont, 2008).

Notons par ailleurs que nous avons observé des déficiences de traduction. Par exemple, pour l'item discuté au paragraphe précédent, la seconde partie de l'item « perd facilement les moyens », qui traduit « easily loses confidence », ne nous paraît pas tout à fait équivalente. La version française nous paraît plus générique que la version anglaise qui est plus précise et qui cible la vulnérabilité d'un enfant avec une faible estime de perdre confiance rapidement. Nous pensons que l'expression « perdre les moyens » a pu être comprise par certains répondants des enfants hyperactifs dans un sens plus général pour traduire leur difficulté à bien gérer leurs réactions émotionnelles, une difficulté associée à l'impulsivité présente chez les enfants hyperactifs (Dumas, 2008). Par ailleurs, la version française utilise l'expression « ne tient pas en place » pour traduire deux items différents de la version originale portant sur l'hyperactivité, soit « constantly fidgeting » et « cannot stay still for

long ». Cette erreur réduit la qualité psychométrique du questionnaire (d'Acremont, 2008). Il serait préférable que la version du SDQ utilisée par le CÉS-2 soit testée pour ses propriétés psychométriques au sein d'une population d'enfants québécois.

Les études ayant testé le SDQ auprès de populations cliniques de 11 à 15 ans ont montré que la détection de troubles intériorisés s'en trouvait significativement améliorée lorsque l'on se servait des réponses de l'enfant comme répondant additionnel (Goodman et al., 2000 ; Goodman et al., 2004). Ce résultat était spécifique aux troubles intériorisés, mais ne se limite pas au SDQ. À partir d'autres outils d'évaluation reconnus, il n'y a aucun accord entre les enfants et les parents pour les autres troubles anxieux, sauf pour la phobie spécifique (Breton et al., 1999). Ces résultats appuient l'hypothèse que le parent (accueil ou non) n'a pas toujours connaissance de la détresse intériorisée de l'enfant. Dans notre étude, près des 2/3 des enfants avaient 11 ans et 12 ans et seul le parent d'accueil a répondu au questionnaire. Il est donc probable que la faiblesse de détection des troubles intériorisés notée dans les études portant sur le SDQ ayant utilisé le parent comme seul répondant, s'applique aux résultats de ce mémoire. On peut comprendre ici l'importance que l'enfant fasse partie de son évaluation, d'écouter ce qu'il a à dire. De surcroît, pour dépister les symptômes émotionnels, il est préférable

d'obtenir le point de vue de différentes sources d'information, particulièrement celui de l'enfant (Goodman et al., 2004). Dans cette étude, le parent d'accueil est l'unique répondant au SDQ. Ainsi, les scores reflètent uniquement la perception du parent. Par conséquent, les scores des symptômes émotionnels pourraient être sous-estimés.

Finalement, une limite concerne les variables familiales retenues. Ces variables contiennent surtout des informations sur le placement, mais moins sur les interactions parent-enfant. Deux des échelles mesurant les pratiques parentales ont été retenues. Cependant, l'échelle portant sur les pratiques parentales positives, telle que répondu par le parent lui-même, manquait de sensibilité. Une autre échelle du CÉS-C2 que nous avons au départ retenue, « Interactions parent-enfant » a dû être mise de côté lors des analyses en raison d'une asymétrie trop prononcée. Pour ces raisons, nous n'avons pas un portrait global de la situation familiale de l'enfant placé. Il aurait été intéressant de retourner au CÉS-2 pour repérer d'autres informations sur les relations entre le parent d'accueil et l'enfant placé et mettre celles-ci en relation avec les symptômes émotionnels.

Conclusion

Le principal objectif de ce dernier chapitre est de discuter des retombées de cette étude en lien avec l'intervention et la poursuite des travaux de recherche dans ce domaine. Toutefois, avant d'aborder ces aspects, une synthèse des principaux résultats de cette étude permettra de tracer un portrait de l'enfant placé présentant des symptômes émotionnels élevés.

Portrait synthèse des caractéristiques des enfants placés avec des symptômes émotionnels élevés

Les enfants placés qui composent l'échantillon de la présente étude présentent davantage de symptômes émotionnels que les enfants de la population en général. Cependant, la proportion d'enfants présentant des symptômes émotionnels au-delà du seuil clinique est plus basse que ce qui est observé dans d'autres études réalisées auprès d'échantillon d'enfants placés. Les caractéristiques sociodémographiques de l'enfant étudiées dans ce mémoire, soit l'âge et le genre, ne sont pas associées à une présence accrue de symptômes émotionnels, sauf pour quelques variables associées au genre (Tableau 9, annexe 2). Le tableau 12, présenté à la fin de cette section, recense les principales caractéristiques formant le portrait de l'enfant placé présentant des symptômes émotionnels élevés.

Un résultat d'importance de ce mémoire est la très forte présence de troubles extériorisés chez les enfants placés présentant des symptômes émotionnels élevés. En effet, ces enfants présentent un haut niveau de symptômes associés à l'hyperactivité et aux troubles de la conduite. Ce constat démontre que les enfants placés présentant des symptômes émotionnels sont des enfants qui peuvent aussi paraître agités et qui peuvent être impulsifs émotionnellement.

Ces manifestations comportementales expliquent en partie que ces enfants vivent aussi plus de problèmes avec les pairs. En effet, cette variable est très fortement associée aux symptômes émotionnels. Par exemple, les enfants avec des symptômes émotionnels élevés sont davantage tyrannisés ou harcelés par leurs pairs que les enfants qui ne présentent pas de tels symptômes. Ces résultats suggèrent qu'ils peuvent être victimes de harcèlement. D'ailleurs, puisqu'il résulte de cette étude que les enfants placés présentant un taux élevé de symptômes émotionnels sont plus timides que la moyenne des enfants au moment de rencontrer de nouveaux amis et n'ont pas de relations amicales satisfaisantes, il peut être supposé que ces enfants vont moins aller vers les autres pour obtenir de l'aide. Cette difficulté d'aller vers les autres, de demander de l'aide peut aussi se refléter dans leurs capacités à adopter des comportements prosociaux. En effet, les enfants avec de hauts taux de symptômes

émotionnels adoptent moins de comportements prosociaux. Ces associations entre les variables liées à l'intégration sociale et les symptômes émotionnels élevés sont encore plus présentes chez les garçons.

D'autres résultats documentent que l'intensité des symptômes émotionnels est plus élevée selon l'accumulation des motifs de compromission ayant conduit au placement de l'enfant. L'âge de l'enfant au moment d'être retiré pour la première fois de son milieu familial d'origine (à son premier placement) n'est pas significativement associé à la présence de symptômes émotionnels. Cependant, pour les enfants à l'étude pour ce mémoire, le fait d'avoir vécu plus de trois placements (ou changements de personne responsable) est fortement associé à des symptômes émotionnels élevés.

Une fois en milieu d'accueil, les pratiques parentales peuvent influencer positivement ou négativement l'intégration de l'enfant. Dans cette étude, les garçons semblent percevoir davantage de rejet et ressentir plus de symptômes émotionnels lorsque les parents d'accueil emploient des pratiques parentales non appropriées (inconstantes, incohérentes, etc.).

Les enfants placés qui éprouvent plus de symptômes émotionnels présentent aussi plus de troubles d'apprentissage et sont un plus grand nombre à avoir redoublé leur dernière année scolaire.

Ainsi, même s'il n'est pas exhaustif, le portrait des enfants placés présentant des symptômes émotionnels attire notre attention sur des manifestations comportementales, ainsi que sur des caractéristiques propres à l'enfant et à son vécu passé et actuel. Être sensibilisé à ces informations permettrait, d'une part, de le repérer et de planifier des interventions mieux adaptées aux besoins de l'enfant et d'autre part, d'apporter un soutien à la famille d'accueil pour qu'à son tour, elle puisse soutenir l'enfant. Ultiment, ces connaissances permettraient aux adultes qui prennent soin de l'enfant placé de l'aider à s'intégrer de façon plus positive à son environnement familial, scolaire et social.

Tableau 12 : Portrait de l'enfant placé âgé entre 10 ans et 12 ans présentant des symptômes émotionnels élevés

Caractéristiques étudiées	L'enfant placé présentant des symptômes émotionnels élevés :
Symptômes émotionnels	<ul style="list-style-type: none"> • redoute les situations nouvelles, s'inquiète souvent, paraît soucieux
Sociodémographiques	<ul style="list-style-type: none"> • gars et filles se différencient surtout au plan social
Expérience du placement	<ul style="list-style-type: none"> • a été exposé à plusieurs formes de mauvais traitements (2 ou plus) • a vécu plus de 3 placements (près de 4 changements de personne responsable)
Santé physique et mentale des enfants	<ul style="list-style-type: none"> • présente des comportements hyperactifs, des troubles de la conduite (fait des crises, s'empporte facilement) • a une estime de soi moins élevée que les enfants sans symptômes émotionnels élevés
Intégration à la famille d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> • perçoit (surtout les garçons) du rejet parental si les pratiques parentales sont moins cohérentes (ex. applique des règlements qu'ils ont établis quand ça leur convient)
Intégration sociale	<ul style="list-style-type: none"> • vit plus de problèmes avec les pairs • est plus timide lors de nouvelles rencontres (surtout les garçons) • a moins d'ami/rerelations amicales satisfaisantes (surtout les garçons) • est plutôt solitaire • est harcelé ou tyrannisé par ses pairs (harcèlement)
Intégration scolaire	<ul style="list-style-type: none"> • présente des troubles d'apprentissage • a redoublé sa dernière année scolaire

Pistes pour l'intervention : formation sur les troubles intériorisés pour les intervenants

Comme il a été démontré dans ce mémoire, les troubles intériorisés partagent un grand nombre de manifestations comportementales avec les troubles extériorisés, tels que les troubles hyperactifs et les troubles de la conduite. Pour mieux les reconnaître, une formation portant spécifiquement sur les troubles anxieux et dépressifs chez l'enfant en lien avec d'autres troubles (TDA/H, SSPT, troubles de l'attachement, etc.) pourrait être pertinente. La formation pourrait accorder une part importante aux comportements qui peuvent être attribués aux troubles extériorisés et aux troubles intériorisés. Si l'intervenant est familiarisé aux manifestations comportementales associées aux troubles intériorisés et aux meilleures façons d'intervenir face à un enfant anxieux ou dépressif, il sera mieux outillé pour soutenir le parent d'accueil vivant avec un enfant qui présente de telles difficultés.

Pistes pour l'intervention : formation et parents d'accueil

Les parents d'accueil se disent peu formés sur les problématiques de santé mentale. Pourtant, ils sont appelés à recevoir des enfants de plus en plus aux prises avec différentes difficultés comportementales et affectives (Turcotte, Dionne & Cloutier, 2008). Kerker et Dore (2006) rapportent que le manque de formation et les croyances des parents d'accueil face

aux troubles de santé mentale peuvent mener à minimiser les difficultés de l'enfant, à nuire à leurs dépistages et mener à l'utilisation de pratiques parentales inadaptées aux besoins de l'enfant placé. Ultiment, ces difficultés peuvent rendre difficiles l'adaptation de l'enfant dans sa famille d'accueil et nuire à l'établissement d'une relation satisfaisante entre le parent d'accueil et l'enfant. D'ailleurs, les résultats de ce mémoire ont permis d'identifier que des pratiques parentales non appropriées et incohérentes pouvaient accentuer des symptômes émotionnels, et ce, particulièrement chez les garçons.

Puisque les parents d'accueil interagissent avec l'enfant au quotidien, mieux connaître les troubles intériorisés permettrait de modifier certaines de leurs croyances et de percevoir l'enfant non seulement comme un enfant obstiné, opposant, mais possiblement comme un enfant qui éprouve de la peur, un mal-être. Cette connaissance, ajoutée à celle de l'apprentissage des pratiques parentales qui influencent positivement ou négativement les troubles intériorisés, pourrait permettre au parent d'accueil d'accompagner l'enfant à mieux vivre avec son anxiété, à l'accompagner vers des pensées moins noires puis à ce qu'une relation satisfaisante de part et d'autre s'établisse.

Pistes pour l'intervention : développement d'outils cliniques et utilisation

Si les formations peuvent contribuer, d'une part, à mieux saisir les difficultés de l'enfant et d'autre part, à intervenir selon les besoins de l'enfant, une meilleure intervention auprès des enfants placés repose aussi sur une évaluation approfondie de leur situation. Cette évaluation devrait permettre d'identifier les besoins des enfants, leurs difficultés, leurs forces, mais également la capacité du milieu dans lequel ils grandissent à y répondre. C'est d'ailleurs pour cette raison que SOCEN s'est doté du CÉS-C2. Cet outil permet d'améliorer les évaluations en permettant d'obtenir un portrait global de la situation de l'enfant placé. Le CÉS-C2 inclut aussi des échelles standardisées telles que le SDQ. Selon les écrits consultés, le SDQ est un outil utile pour aider les intervenants à cibler certaines difficultés comportementales et affectives de l'enfant lors d'une première rencontre ou dans le cadre d'un dépistage. Combinés, le CÉS-C2 et le SDQ offrent une information contextualisée des difficultés de l'enfant. Cependant, à la lumière de l'ensemble des limites associées à l'évaluation des troubles intériorisés par l'échelle des symptômes émotionnels du SDQ, il apparaît que son utilisation devrait être complétée, voire suppléer par un autre outil plus sensible au dépistage des symptômes émotionnels des enfants à haut risque de troubles intériorisés. Par exemple, différents questionnaires offrant des versions courtes,

adaptés aux enfants et simples d'utilisation, comme le « *State Trait Anxiety Inventory for Children, STAI-C* » (Spielberger, 1973; Turgeon & Chartrand, 2003) pourraient, par exemple, faciliter le repérage des enfants qui présentent une anxiété de séparation. Un autre outil de dépistage, tel que le *Dominique Interactif* (Valla et al., 1994; Valla et al., 2000), pourrait être utilisé. Cet outil permet, à partir des réponses de l'enfant, de dépister les symptômes et les troubles les plus fréquents chez les enfants. Bien que l'utilisation d'outils standardisés peut parfois décourager, voire « rebuter » certains professionnels par peur, entre autres, d'« étiqueter » l'enfant (Martin et al., 2011), son utilisation peut favoriser une meilleure compréhension de certaines situations en fournissant des pistes jusque-là non explorées pour ainsi offrir des services mieux adaptés à la situation (Whyte & Campbell, 2008; Martin et al., 2011).

De surcroît, peu importe l'outil utilisé, celui-ci devrait rendre possible la participation de l'enfant. Dans le CÉS-C2, certaines parties n'impliquent pas l'enfant âgé de moins de 11 ans. Selon plusieurs études, les parents sous-estiment souvent la présence de symptômes émotionnels chez leur enfant. L'enfant est une source d'informations importante en ce qui a trait à l'identification des troubles intériorisés.

Pistes pour la recherche

Bien que ce mémoire permette de cibler quelques caractéristiques d'un enfant placé présentant des symptômes émotionnels élevés, plusieurs pistes de recherche et de réflexion restent à explorer pour favoriser une intégration sociale, familiale et scolaire positive.

Premièrement, les problèmes avec les pairs sont fortement corrélés avec les symptômes émotionnels. Puisque la majeure partie de leur vie sociale se déroule dans un milieu scolaire, une étude dans ce milieu pourrait être faite pour mieux comprendre cette relation. Comment se fait l'intégration de l'enfant placé avec ses pairs? L'item sur le harcèlement se révélant très significatif, jusqu'à quel point la présence de symptômes émotionnels est accrue par le harcèlement?

De plus, les recherches sur les différences de genre aux plans comportemental et affectif pourraient aussi mieux informer sur les meilleures façons d'intervenir avec un enfant qui présente des troubles intériorisés. Les garçons « agissent-ils » leurs troubles intériorisés de la même façon qu'une fille? Extériorisent-ils davantage leur anxiété ou leurs symptômes dépressifs que les filles? L'efficacité des interventions est-elle la même selon le genre de l'enfant?

Plus de recherches sur le lien entre la stabilité de placement et les symptômes émotionnels pourraient être entreprises. Nos analyses restent muettes relativement à l'hypothèse que la stabilité du placement est associée à une réduction de symptômes émotionnels. Ce résultat semble étonnant. Pour un enfant anxieux, connaître le plan de la journée, connaître où il sera demain peut contribuer à l'apaiser, à réduire les appréhensions. Une étude appuyée sur une méthodologie de recherche longitudinale permettrait de mieux comprendre les effets de la stabilité du placement sur les symptômes émotionnels.

En plus de la stabilité, d'autres aspects touchant à la vie familiale mériteraient d'être davantage approfondis. Les deux variables à l'étude dans ce mémoire, soit les pratiques parentales non appropriées (PPNA) et les pratiques parentales positives (PPP), semblent bien peu pour tracer un portrait de l'intégration familiale de l'enfant placé. Aussi, d'autres variables pourraient être choisies afin de mieux comprendre la dynamique familiale. Par exemple, en plus d'étudier les PPNA et les PPP, les pratiques parentales surprotectrices devraient être étudiées, particulièrement dans le cadre d'une recherche portant sur les symptômes émotionnels. La surprotection peut amener les parents à ne pas exposer l'enfant à des situations anxiogènes et ainsi contribuer (malgré ceux-ci) à maintenir la problématique, voire à accentuer celle-ci. D'autres questions

pourraient aussi faire l'objet d'études : quelles sont les opportunités (accessibilité aux activités sportives ou artistiques, etc.) présentes dans son environnement familial? Le parent d'accueil encourage-t-il l'enfant à y participer? Quelle est la perspective de l'enfant quant aux différentes pratiques parentales? Les pratiques parentales ont-elles une influence différente selon le genre de l'enfant? Les études portant sur les interactions entre la famille d'accueil et l'enfant, contribueraient à une meilleure compréhension de la situation de l'intégration familiale de l'enfant placé présentant des symptômes émotionnels élevés.

Un autre aspect de la vie familiale intéressant à documenter serait les perceptions des familles d'accueil sur les troubles de santé mentale chez l'enfant placé. Ces croyances, portant par exemple sur les raisons des difficultés de l'enfant, ont des impacts sur la façon dont le parent d'accueil intervient (Bourgie, Ricard & Pelchat, 1998). Dévoilées, cela permettrait aux intervenants et aux parents d'accueil de discuter de ces croyances et d'orienter davantage les formations vers des thèmes qui modifieraient certaines idées préconçues.

Comme le SDQ ne mesure pas les manifestations liées aux troubles de l'attachement et aux troubles de stress post-traumatique, il pourrait être pertinent que d'autres recherches sur les enfants placés incluent aussi ces

variables. La probabilité que ces enfants présentent ces difficultés est grande compte tenu de leur passé. Ces problématiques, telles que les troubles extériorisés, sont souvent associées aux troubles anxieux ou dépressifs chez l'enfant, voire, ont beaucoup de manifestations communes (Berthiaume, Bériault & Turgeon, 2006). Tenir compte de ces variables permettrait de dessiner un portrait plus précis pour ainsi offrir les meilleurs services à un enfant vivant des difficultés.

Avant de conclure, rappelons l'importance d'identifier rapidement les enfants placés présentant des symptômes émotionnels élevés. Ces troubles prédisposent l'enfant à s'adapter plus difficilement aux transitions de vie telles que l'entrée à l'école, l'entrée dans une nouvelle famille et plus tard, avoir un logement ou commencer un nouvel emploi (Dixon, 2008). Frechon et Dumaret (2008) rapportent également qu'à l'âge adulte, les gens qui souffrent d'un trouble intériorisé tel qu'un trouble anxieux déménagent plus souvent, ont davantage de problèmes de santé, vivent plus de divorces ou de séparations et ont un faible réseau social. De plus, le trouble intériorisé durant l'enfance est souvent relié à des problèmes dépressifs rendus à l'âge adulte (Essau, 2003; Goodwin et al., 2004). Pour éviter que ces enfants développent d'autres problématiques à l'adolescence et à l'âge adulte, il est essentiel de leur tendre la main pour les sortir de leur univers menaçant et les accompagner

vers un autre univers plus enveloppant. Un univers où ils pourront aussi à apprendre à connaître leurs forces et leurs champs intérêts.

En conclusion, ce mémoire a permis de mieux comprendre la réalité des enfants placés présentant des symptômes intériorisés. Les enfants qui doivent être confiés à des familles d'accueil en raison des difficultés importantes vécues dans leur milieu familial d'origine sont plus à risques de développer de l'anxiété ou de la dépression. Ces difficultés vont par la suite avoir un impact important sur la qualité de leur intégration familiale, sociale et scolaire. Ces constats témoignent de l'importance d'identifier rapidement les difficultés des enfants afin de mettre en place des interventions permettant de les adresser. Les parents d'accueil ont un rôle essentiel à jouer afin d'offrir aux enfants placés des opportunités de développement qui vont les amener à dépasser leurs difficultés.

Bibliographie

Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

d'Acremont, M. & Linden, M. V. d. (2008). Confirmatory factor analysis of the Strengths and Difficulties Questionnaire in a community sample of French-speaking adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 24(1), 1-8.

Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1996). Childhood anxiety disorders. Dans E. J. Mash & R. A. Barkley (dir.), *Child psychopathology* (p.279-329). New York: Guilford.

Allen, B. & Vacca, S., J. (2010). Frequent moving has a negative affect on the school achievement of foster children makes the case for reform. *Children and Youth Services Review* 32(6), 829-832.

Allen, E. C., Combs-Orme, T., McCarter, R. J. & Grossman, S., L. (2000). Self-reported Depressive Symptoms in School-age Children at the Time of Entry into Foster Care. *Ambulatory Child Health*, 6(1), 45-57.

American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi & M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.

Anastasi, A. (1990). *Psychological testing* (6e éd.). New York: Macmillan.

Andersson, G. (2005). Family relations, adjustment and well-being in a longitudinal study of children in care. *Child & Family Social Work, 10*(1), 43-56.

Association des Centres jeunesse du Québec (2010). Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / Directeurs provinciaux 2010 : la négligence, faites-lui face. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec. 49 p.

Bailly, D. (2004). *L'angoisse de séparation chez l'enfant et l'adolescent*. Elsevier Masson, 2e éd., 143 pages.

Barbell, K., & Freundlich, M. (2001). *Foster care today*. Washington, DC: Casey Family Programs.

Barber, J. G., Delfabbro, P. H., & Cooper, L. (2001). The predictors of unsuccessful transition to foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 42*(6), 785–790.

Barber, J. G., & Delfabbro, P. H. (2002). The plight of disruptive children in out-of-care. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice, 5*(3), 201–212.

Barber, J. G., & Delfabbro, P. H. (Eds.). (2004). *Children in foster care*. London: Routledge.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature of treatment of anxiety and panic*. (2e ed.). New-York: Guilford Press.

Barth, R. P., Lloyd, C., E. Green, L., G., James, S., Leslie, K., L. & Landsverk, J. (2007). Predictors of Placement Moves Among Children With and Without Emotional and Behavioral Disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15(1), 46-55.

Bergeron, L. & Valla, J. P. (1996a). Variables associées aux troubles anxieux. Dans J.P.Valla, L. Bergeron, P. Lageix, & J. J. Breton (dir.), *L'étude épidémiologique des variables associées aux troubles mentaux des enfants et des adolescents* (p.76-97). Paris: Masson.

Bergeron, L. & Valla, J. P. (1996b). Variables associées aux troubles dépressifs. Dans J.P.Valla, L. Bergeron, P. Lageix, & J. J. Breton (dir.), *L'étude épidémiologique des variables associées aux troubles mentaux des enfants et des adolescents* (p.48-75). Paris: Masson.

Bergeron, L., Valla, J.P. & Gauthier, A. K. (2007). L'épidémiologie des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. Dans L. Turgeon & P.L., Gendreau (dir.), *Les troubles anxieux chez les enfants* (p.11-47). Marseille, France, Solal.

Bergeron, L., Valla, J. P., Smolla, N., Piche, G., Berthiaume, C. & St-Georges, M. (2007). Correlates of depressive disorders in the Quebec general population 6 to 14 years of age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(3), 459-474.

Berthiaume, C., Bériault, M. & Turgeon, L. (2006). L'état de stress post-traumatique chez les enfants : manifestations et traitement. Dans S. Guay & A. Marchand (dir.). Les troubles traumatiques liés aux événements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitements. (p.137-163). Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine. Les Presses de l'Université de Montréal.

Biederman, J., Rosenbaum, J.F., Chaloff, J. & Kagan, J. (1995). Behavioral inhibition as a risk factor. Dans J.S. March (dir.), *Anxiety disorders in children and adolescent*, (p.61-81). New York: Guilford Press.

Blower, A., Addo, A., Hodgson, J., Lamington, L. & Towlson, K. (2004). Mental Health of 'Looked after' Children: A Needs Assessment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1), 117-129.

Bögels, S. M. & Brechman-Toussaint, L., M. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26 (7), 834-856.

Bourgie, C., Ricard, N. & Pelchat, D. (1998). Croyances des parents d'accueil à l'égard de l'enfant qu'ils prennent en charge et de sa famille naturelle. *Santé mentale au Québec*, 23 (1), 149-162.

Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte, vol. 1., Attachement*, Paris, Presses universitaires de France.

Bradley S., J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford Press.

Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., St-Georges, M., Houde, L. & Lépine, S. (1999). Quebec Child Mental Health Survey: Prevalence of DSM-III-R Mental Health Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 375–384.

Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental Ecology Through Space and Time: A Future Perspective. Dans P. Moen, G.H. Elder, Jr., and K. Luscher (dir.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development*. Washington, D.C: APA Books.

Chamberlain, P., Price, M., J., Reid, B., J., Landsverk, J., Fisher, A., P. & Stoolmiller, M. (2006). Who disrupts from placement in foster and kinship care? *Child Abuse & Neglect*, 30(4), 409-424.

Chorpita, F., B. & Barlow, H., D. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3-21.

Costello, E. J., S. Mustillo, Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.

Côté, S. M., Boivin, M., Liu, X., Nagin, D. S., Zoccolillo, M. & Tremblay, R. E. (2009). Depression and anxiety symptoms: onset, developmental course and risk factors during early childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(10), 1201–1208.

Dake, J. A., Price, H., J. & Telljohann, K., S. (2003). The Nature and Extent of bullying at School. *Journal of School Health* 73(5), 173-180.

Department of Health, United Kingdom (2009). Statutory Guidance on Promoting the health and well-being of Looked After Children. Practice Guidance, 93 pages.

Dionne, E. (2005). La protection des jeunes aux prises avec des troubles mentaux : Organisation des services d'hébergement. Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire, 104 pages.

Dixon, J. (2008). Young people leaving care: health, well-being and outcomes. *Child and Family Social Work, 13*, 207–217.

Dozier, M., Stovall, K. C., Albus, K. E. & Bates, B. (2001), Attachment for Infants in Foster Care: The Role of Caregiver State of Mind. *Child Development, 72*(5), 1467–1477.

Dozier, M., Albus, K., Fisher, P.A. & Sepulveda, S. (2002). Interventions for foster parents: Implications for developmental theory. *Development and Psychopathology, 14*(4), 843-860.

Dozier, M., Higley, E., Albus, K. E. and Nutter, A. (2002). Intervening with foster infants caregivers: Targeting three critical needs. *Infant Mental Health Journal, 23*(5), 541–554.

Dozier, M., Manni, M., Gordon, K., Peloso, E., Gunnar, M., Chase Stovall, K., Eldreth, D., & Levine, S. (2006). Foster children's diurnal production of cortisol: An exploratory study. *Child Maltreatment, 11*(2), 189-197.

Dozier, M., Peloso, E., Lindhiem, O., Gordon, M. K., Manni, M., Sepulveda, S., Ackerman, J., Bernier, A. & Levine, S. (2006), Developing Evidence-Based Interventions for Foster Children: An Example of a Randomized Clinical Trial with Infants and Toddlers. *Journal of Social Issues*, 62, 767–785.

Dumas, J. (2007). Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, De Boeck Université, 3^e éd., Bruxelles, 740 pages.

Dumas, J. (2008). L'enfant anxieux. Comprendre la peur de la peur et redonner du courage. De Boeck, 2^e ed., Paris, 224 pages.

Eley, T. C., & Gregory, A. M. (2004). Behavioral genetics. Dans T. L. Morris & March, S. J. (dir.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (p.71-97). New York: Guilford.

Essau, A., C. (2003). Comorbidity of anxiety disorders in adolescents. *Depression and Anxiety*, 18(1), 1-6.

Essau, A., C. & Barrett, P. (2001). Developmental issues in the assessment of anxiety. Dans C.A Essau, F Petermann (dir.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Epidemiology, risk factors, and treatment*. London: Harwood Academic Publishers.

Éthier, L. S. & Milot, T. (2009). Effet de la durée, de l'âge d'exposition à la négligence parentale et de la comorbidité sur le développement socioémotionnel à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(2), 136-145.

Fisher, P. A., Gunnar, M. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (2000). Preventive intervention for maltreated preschool children: Impact on children's behavior, neuroendocrine activity, and foster parent functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1356-1364.

Fisher, P.A., Gunnar, M.G., Dozier, M., Bruce, J. & Pears. K.C. (2006). Effects of Therapeutic Interventions for Foster Children on Behavioral Problems, Caregiver Attachment, and Stress Regulatory Neural Systems. *Annals of the New York Academy of Sciences (1094: Issue Resilience in Children)*, 215-225.

Flynn, R. J., Ghazal, H., & Legault, L. (2003). Looking After Children: Assessment and Action Records (2ed. Canadian adaptation ed.). Ottawa, ON & London: Centre for Research on Community Services, University of Ottawa & HMSO.

Fong, R., Schwab, J. & Armour, M. (2006). Continuity of activities and child well-being for foster care youth. *Children and Youth Services Review, 28*(11): 1359–1374.

Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *The British Journal of Psychiatry, 190*(4), 319-325.

Frechon, I. & Dumaret, A., C. (2008). Bilan critique de 50 ans d'études sur le devenir des enfants placés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 56*, 135-147.

Garel, P., (1998). Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent. Continuité, comorbidité, chronicité. Prescrire une médication chez l'enfant: entre miracle et sacrilège, *La revue P.R.I.S.M.E.*, 8(1), 94-109.

Gaumont, C. (2010). Prévalence des problématiques de santé mentale chez la clientèle du Centre jeunesse de la Montérégie. Longueuil: Centre jeunesse de la Montérégie, Direction des services professionnels, 41 pages.

Gauthier, B. & Turgeon, J. (2002). Les données secondaires. Dans Gauthier B. (dir), *Recherche sociale*, Presses de l'Université de Québec.

Gilligan, R. (2000). Promoting resilience in children in foster care. Dans G., Kelly & R., Gilligan (dir.). *Issues in foster care: policy, practice and research*, (p.107-126). London: Jessica Kingsley Publishers.

Golding, S., K. (2008). *Nurturing attachments: supporting children who are fostered or adopted*. Jessica Kingsley Publishers, 237 p.

Goodman, A., Lamping, D., L. & Ploubidis, B., G. (2010). When to Use Broader Internalising and Externalising Subscales Instead of the Hypothesised Five Subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British Parents, Teachers and Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1179–1191.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology, Psychiatry, and Allied Disciplines*, 38, 581-586.

Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study of the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.

Goodman, R. & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 17-24.

Goodman R, Ford, T, Richards, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000a). The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 645-55.

Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000b). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.

Goodman, R., Renfrew, D. & Mullick, M. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 129-134.

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.

Goodman, R., Ford, T., Corbin, T. & Meltzer, H. (2004). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry (Suppl 2)*, 13, 11/25-11/31.

Goodwin, R. D., Fergusson, D. M. & Horwood, J. (2004). Early anxious/withdrawn behaviours predict later internalising disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45(4), 874–883.

Gunnar, M., & Vazquez, D. (2001). Low cortisol and a flattening of the expected daytime rhythm: Potential indices of risk in human development. *Development and Psychopathology*, 13, 516-538.

Gunnar, R., M. & Fisher, P., A. (2006). Bringing basic research on early experience and stress neurobiology to bear on preventive interventions for neglected and maltreated children. *Developmental Psychopathology*, 18, 651-677.

Gunnar, R., M. & Vazquez, D. (2006). Stress neurobiology and developmental psychopathology. Dans D., Cicchetti & D., J. Cohen (dir.). *Developmental Psychopathology* (p.533-574). Developmental Neuroscience, 2nd Edition.

Hadwin, J.A., Garner, M. & Perez-Olivas, G. (2006). The development of information processing biases in childhood anxiety: A review and exploration of its origins in parenting. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 876-894.

Havnen, K. S., Jakobsen, R. & Stormark, K., M. (2009). Mental Health Problems in Norwegian School Children Placed Out-of-home: The Importance of Family Risk Factors. *Child Care in Practice* 15(3), 235-250.

Heflinger, C., A., Simpkins, G., C. & Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22(1), 55-73.

Hussey, D. L. & Guo, S. (2005). Characteristics and trajectories of treatment foster care youth. *Child welfare*, 84 (4), 485-506.

Kaplan, B. J. & Sadock, A., V. (2003). Synopsis of psychiatry (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Kerker, D., B. & Dore, M., M. (2006). Mental Health Needs and Treatment of Foster Youth: Barriers and Opportunities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 138-147.

Knott, T. & Barber, J. (2005). Do placement stability and parental visiting lead to better outcomes for children in foster care? Implications from the Australian Tracking Study. CECW Information Sheet #19E. Toronto, ON: University of Toronto, Faculty of Social Work.

Kufeldt, K., Simard, M. & Vachon, J. (2000). *Looking after children in Canada: Final report*. Human Resources Development Canada.

La Greca, M., A. (2001). Friends or foe? Peer influences on anxiety among children and adolescents. Dans W.K. Silverman and P.D. Treffers (dir.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (p.159–186). New York: Cambridge University Press.

La Greca, M., A. & Stone, L., W. (1993). Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor Structure and Concurrent Validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 17-27.

Lambert, M.-J. (2011). L'enfant adopté en difficulté d'apprentissage. Guide d'accompagnement pour les parents adoptifs et les parents d'accueil. Éditions De Boeck Université, Bruxelles, 188 pages.

Lawrence, R., C., Carlson, A., E. & Egeland, B. (2006). The impact of foster care on development. *Development and Psychopathology*, 18(1), 57-76.

Leslie, L., Gordon, J., Meneken, L., Premji, K., Michelmore, K., & Ganger, W. (2005). The physical, developmental and mental health needs of young children in child welfare by initial placement type. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 177–185.

Lessard, G., Damant, D., Hamelin Brabant, L., Pépin-Gagné, J. & Chamberland, A. (2009). L'exposition à la violence conjugale, Dans Clément, M.E., Dufour, S. (dir.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (p.79-97). Montréal, Édition CEC.

Léveillé, S., Chamberland, C., & Tremblay-Renaud, A. (2007). Quand le développement personnel des parents compromet aussi celui de leurs enfants. État de la situation. Dans Chamberland, Léveillé et Trocmé (dir.), *Enfants à protéger, parents à aider : deux univers à rapprocher* (p.vii à Lxvi). Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec. Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants. Symposium (6^e 2005 : Montréal, Québec). Collection Problèmes sociaux & interventions sociales.

Lindhiem, O., & Dozier, M. (2007). Caregiver commitment to foster children: the role of child behavior. *Child Abuse & Neglect*, 31(4), 361-374.

Luthar, S. S., & Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience: An integrative review. Dans S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (p. 510–549). New York: Cambridge University Press.

MacLean, K. & Gunion, M. (2003). Learning with care: The education of children looked after away from home by local authorities in Scotland. *Adoption & Fostering Journal*, 27(2), 20-31.

Mahoney, J. L., & Stattin, H. (2000). Leisure activities and adolescent antisocial behavior: The role of structure and social context. *Journal of Adolescence*, 23, 113–127.

Marcotte, D., Cournoyer, M., Gagné, M.E. & Bélanger, M. (2005). Comparaison des facteurs personnels, scolaires et familiaux associés aux troubles intériorisés à la fin du primaire et au début du secondaire. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 2(8), 57-67.

Marquis, R. A. & Flynn, J., P. (2009). The SDQ as a mental health measurement tool in a Canadian sample of looked-after young people. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 4(2), 114-121.

Marquis, R. A., Paquet, M. P. & R. J. Flynn (2008). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire to aid in the early identification of looked after children's mental health needs in Ontario, Canada. Conference of Care Matters: Transforming Lives – Improving Outcomes Conference, incorporating the 8th International Looking After Children 7-9 July 2008, Keble College, Oxford UK: printed by Centre for Child and Family Research, Loughborough University, Department of Social Sciences, Loughborough University.

Martin, A.-M., Fishman, R., Baxter, L. & Ford, T. (2011). Practitioners' attitudes towards the use of standardized diagnostic assessment in routine practice: A qualitative study in two Child and Adolescent Mental Health Services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(3), 407-420.

McCann, B., J., James, A., Wilson, S. & Dunn, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *BMJ*, 313(7071), 1529-1530.

Meltzer, H., Corbin, T., Gatward, R. Goodman, R. & Ford, T. (2003). *The Mental Health of Young People looked after by Local Authorities in England*. London: The Stationery Office.

Milan, A., Hou, F., Wong, I. (2006). Troubles d'apprentissage et altruisme, anxiété et comportements agressifs chez les enfants. Dans Statistique Canada, *Tendances sociales canadiennes* (p.18-25). Ottawa, ON: Gouvernement du Canada.

Milburn, L., M., Lynch, M. & Jackson, J. (2008). Early Identification of Mental Health needs for Children in Care: A Therapeutic Assessment Program for Statutory Clients of Child Protection, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(1), 31-47.

Milot, T., Éthier, S., L. & St-Laurent, D. (2009). La négligence envers les enfants. Dans Clément et Dufour. *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (p.113-126). Montréal : Les Éditions CEC.

Millward, R., Kennedy, E., Towlson, K., & Minnis, H. (2006). Reactive attachment disorder in looked-after children. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 11(4), 273-279.

Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A. J., Dunn, J. & Knapp, M. (2006). Children in foster care: Mental health, service use and costs. *European Child Adolescent Psychiatry*, 15(2), 63-70.

Mood Disorders Society of Canada (2009). Quick facts: Mental illness and addiction in Canada, 3e edition. Repéré le 3 avril 2010 sur <http://www.moordisorderscanada.ca>.

Mount J, Lister A. & Bennun, I. (2004). Identifying the Mental Health Needs of Looked After Young People. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(3), 363-382.

Munro, E. R. & Hardy, A. (2007). Placement Stability - a review of the literature. Loughborough, Loughborough University. Centre for Child and Family Research.

Nelson, M., J. & Harwood, H. (2011). Learning Disabilities and Anxiety: A Meta-Analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 44(1), 3-17.

Newton, R., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1363-1374.

O'Connor, T.G. & Rutter, M. (2000), Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 703-712.

Organisation mondiale de la Santé (2006). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement: Descriptions cliniques et Directives pour le diagnostic (CIM-10)*, Genève, OMS.

Pagani, L., Tremblay, E., R., Vitaro, F., Boulerice, B. & McDuff, M. (2001). Effects of grade retention on academic performance and behavioral development. *Development and Psychopathology* 13(2), 297-315.

Pallanca, D. (2008). *Les caractéristiques des mères d'accueil et leur niveau de sensibilité maternelle dans le développement d'une nouvelle relation d'attachement chez les enfants placés* (Thèse en psychologie, Université du Québec à Montréal). Repérée à <http://www.archipel.uqam.ca/1952/1/D1739.pdf>.

Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M. & Hotte, J.-P. (1996). Étude des caractéristiques sociofamiliales et personnelles associées au placement d'enfants en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation dans la région de Montréal. Rapport de recherche, 119 p.

Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Joly, J., Cyr, M., et al. (2004). Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps. Sherbrooke, QC: Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance.

Pears, K., C. & Fisher, A., P. (2005a). Developmental, Cognitive, and Neuropsychological Functioning in Preschool-aged Foster Children: Associations with Prior Maltreatment and Placement History. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26(2), 112-122.

Pears, C., K. & Fisher, A., P. (2005b). Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence of deficits. *Development and Psychopathology*, 17, 47-65.

Perkins-Mangulabnan, J. & Flynn, J., R. (2006). Foster parenting practices foster youth outcomes. Dans R., J. Flynn, P., M. Dudding, J., G. Barber (dir.), *Promoting Resilience in child welfare* (p.231-246). Ottawa: University of Ottawa Press.

Piché, G., Bergeron, L. & Cyr, M. (2008). Transmission intergénérationnelle des troubles intériorisés : modèles théoriques et recherches empiriques. *Canadian Psychology*, 49(4),309-322.

Piché, G., Bergeron, L., Cyr, M., & Berthiaume, C. (2011a). Interaction Effects between Maternal Lifetime Depressive/Anxiety Disorders and Correlates of Children's Externalizing Symptoms. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 596-604.

Piché, G., Bergeron, L., Cyr, M., & Berthiaume, C. (2011b). Maternal Lifetime Depressive/Anxiety Disorders and Children's Internalizing Symptoms: The Importance of Family Context. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(3), 176-185.

Poirier, M.-A., Simard, M. C., Decaluwe, B., Beaumier, I., Chamberland, C., Normandeau, S. (2010). *Rapport final du projet S'occuper des enfants au Québec (SOCEN)*. Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada.

Rao, V. & Simkiss, D. (2007). Bullying in schools: a survey of the experience of looked after children. *Adoption & Fostering*, 31(3), 49-57.

Rosenthal, A., J. & Villegas, S. (2010). Living situation and placement change and children's behavior. *Children and Youth Services Review*, 32(12), 1648-1655.

Ross, W., J., Hooper, L., Stenhouse, E. & Sheaff, R. (2009). What Are Child-Care Social Workers Doing in Relation to Infant Mental Health? An Exploration of Professional Ideologies and Practice Preferences

within an Inter-Agency Context. *British Journal of Social Work*, 39(6), 1008-1025.

Rushton, A., & Minnis, H. (2002). Residential and foster care. Dans M. Rutter & E. Taylor (dir.), *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell.

Rutter, M. (2002). La résilience en face de l'adversité. Facteurs de protection et résistance aux désordres psychiatriques. *Études sur la mort*, 122, 123-146.

Schofield, G. & Beek, M. (2006). Attachment for foster care and adoption. A training program.

Sempik, J., Ward, H. & Darker, I. (2008). Emotional and Behavioural Difficulties of Children and Young People at Entry into Care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 221-233.

Shonk, S., & Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology*, 37, 3-17.

Sinclair, I. & Wilson, K. (2003). Matches and Mismatches: The contribution of carers and children to the success of foster placements. *British Journal of Social Work*, 33(7), 871-884.

Spielberger, C. D., & Edwards, C. D. (1973). *STAIC preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children ("How I Feel Questionnaire")*: Consulting Psychologists Press.

Strijker, J. & Knorth, E., J. (2009). Factors associated with the adjustment of foster children in the Netherlands. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(3), 421-429.

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford.

Statistique Canada. (2005). *Guide de l'utilisateur des microdonnées. Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (Cycle 5 - septembre 2002 à juillet 2003)*. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada.

Stovall, K. C., & Dozier, M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for ten foster infants. *Development and Psychopathology*, 12(2), 133-156.

Taggart, L., Cousins, W. & Milner, S. (2007). Young People with Learning Disabilities Living in State Care: Their Emotional, Behavioural and Mental Health Status. *Child Care in Practice* 13(4), 401-416.

Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and youth services review*, 30 (1), 1-25.

Teggart, T. & Menary, J. (2005). An investigation of the mental health needs of children looked after by craigavon and banbridge health and social services trust. *Child Care in Practice*, 11(1), 39-49.

Toupin, J., Pauzé, R., Frappier, J.-Y., Cloutier, R. & Boudreau, J. (2004). La santé mentale et physique des adolescents québécois des Centres jeunesse : une étude cas-témoin. Association des Centres jeunesse du Québec. Rapport final d'une étude financée dans le cadre du programme d'Initiative sur la Santé de la Population Canadienne (ISPC).

Toth S., L. & Cicchetti, D. (2005). La maltraitance envers les enfants et ses impacts sur le développement psychosocial. Dans R., E. Tremblay, R., G., Barr, R., V. Peters (dir), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* (p.1-8). Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. Repéré le 20 avril 2010 sur <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Toth-CicchettiFRxp.pdf>.

Turcotte, D., Dionne, E., & Cloutier, R. (2008). Recruitment and retention of foster families. Le recrutement et la retention des familles d'accueil: un défi pour les organismes de services a l'enfance. *Canadian Social Work*, 10(1), 64-83.

Turcotte, D., Drapeau, S., Hélie, S., Turcotte, G., Carignan, A.-J., Royer, M.-N. [et al.]. (2010). Évaluation des impacts de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse au Québec : programme Actions concertées : rapport synthèse. Québec : Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque. 142 p.

Turgeon, L. & Brousseau, L. (2000). Prévention des problèmes d'anxiété chez les jeunes. Dans Vitaro, F., Gagnon, C., (dir). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents - Tome 1 : Les problèmes internalisés*, (p.189-220). Québec: Les Presses de l'Université du Québec.

Turgeon, L., & Chartrand, É. (2003). Psychometric properties of the French-Canadian version of the State-Trait Anxiety Inventory for Children. *Educational and Psychological Measurement, 63* (1), 172-181.

Tyrrell, C., & Dozier, M. (1999). Foster parents' understanding of children's problematic attachment strategies: The need for therapeutic responsiveness. *Adoption Quarterly, 2*, 49-64.

Vacca, J. S. (2008). Breaking the cycle of academic failure for foster children. What can the schools do to help? *Children and youth services review, 30*, 1081-1087.

Valla, J. P., Bergeron, L., Berube, H., Gaudet, N. & St-Georges, M. (1994). A structured pictorial questionnaire to assess DSM-III-R-based diagnoses in children (6-11 years): development, validity, and reliability. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22*(4), 403-423.

Valla, J. P., Bergeron, L. & Smolla, N. (2000). The Dominic-R: a pictorial interview for 6- to 11-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(1), 85-93.

Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). An introduction to the developmental psychopathology of anxiety. Dans M. W. Vasey, & M. R. Dadds (dir.), *The developmental psychopathology of anxiety* (p.3-26). New York: Oxford University Press.

van der Kolk, B.A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 293-317.

Ward, H., Holmes L., Dyson P. & McDermid, S. (2008). *The Costs and Outcomes of Child Welfare Interventions: Mapping Children in Need Services*, Interim Report to the Department of Children, Schools and Families, Loughborough University, Centre for Child and Family Research.

Whenan, R., Oxlad, M. & Lushington, K. (2009). Factors associated with foster carer well-being, satisfaction and intention to continue providing out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 31(7), 752-760.

Whyte, S. & Campbell, A. (2008). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Useful Screening Tool to Identify Mental Health Strengths and Needs in Looked After Children and Inform Care Plans at Looked After Children Reviews? *Child Care in Practice*, 14(2), 193-206.

Wotherspoon, E., M. O'Neill-Laberge & Pirie, J. (2008). Meeting the emotional needs of infants and toddlers in foster care: The collaborative mental health care experience. *Infant Mental Health Journal* 29(4), 377-397.

Annexe 1

Tableau 13 : Corrélations et analyses de variance entre l'ensemble des variables à l'étude et la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ selon le genre de l'enfant

Tableau 13 : Corrélations et analyses de variance entre l'ensemble des variables à l'étude et la sous-échelle des symptômes émotionnels du SDQ selon le genre de l'enfant

	Garçons (n=28)	Filles (n=34)
Symptômes émotionnels	M : 2,5 ÉT : 1,99 Min :0 Max : 7	M : 2,4 ÉT : 2,36 Min :0 Max : 8
Variables à l'étude :		
*Expérience placement		
Motif admission (compromission)	F(2,24)=0,892 p=0,423 $\eta^2=0,069$	F(2,29)=0,202 p=0,818 $\eta^2=0,014$
Nb motifs compromission	F(1,25)= 4,713 p=0,040 $\eta^2=0,159$	F(1,30)=0,612 p=0,440 $\eta^2=0,020$
Âge du premier placement	r= -0,216 p=0,280	r=0,071 p=0,713
Nombre de placements vécus	r=0,463 p=0,020	r=0,396 p=0,021
Durée du placement actuel	r= -0,263 p=0,177	r= -0,031 p=0,860
*Comportements extériorisés		
Problèmes de conduite	r=0,529 p=0,004	r=0,466 p=0,005
Hyperactivité	r=0,683 p<0,001	r=0,459 p=0,006
Estime de soi	r= -0,745 p<0,001	r= -0,301 p=0,088
*Intégration familiale		
Prat.parentales non appropriées	r=0,409 p=0,030	r=0,214 p=0,232
Prat. parentales positives	r= -0,076 p=0,706	r= -0,009 p=0,961
* Intégration scolaire		
Trouble d'apprentissage	F(1,27)=7,527 p=0,011 $\eta^2=0,225$	F(1,32)=0,260 p=0,614 $\eta^2=0,008$
Redoublement scolaire (12 derniers mois)	F(1,26)=2,937 p=0,098 $\eta^2=0,102$	F(1,32)=1,748 p=0,196 $\eta^2=0,052$
Absentéisme	F(2,23)=1,393 p=0,269, $\eta^2=0,108$	F(2,31)=1,321 p=0,282 $\eta^2=0,079$
Performances académiques	F(2,22)=1,941 p=0,167 $\eta^2=0,150$	F(2,28)=0,429 p=0,655 $\eta^2=0,030$
Participation aux sorties scolaires	F(1,26)=4,326 p=0,048 $\eta^2=0,143$	F(2,31)=2,337 p=0,136 $\eta^2=0,068$
* Intégration sociale		
Timidité	F(2,25)=6,433 p=0,006 $\eta^2=0,340$	F(2,31)=2,850 p=0,073 $\eta^2=0,155$
Relations amicales	F (2,27)=7,022 p=0,004 $\eta^2=0,360$	F (2,30)=2,317 p=0,116 $\eta^2=0,134$
Comportements prosociaux	r= -0,574 p=0,001	r= -0,098 p=0,582
Problèmes avec les pairs	r=0,828 p<0,001	r=0,583 p<0,001
Activités sportives	F(1,24)=5,378 p=0,029 $\eta^2=0,183$	F(1,32)=0,807 p=0,376 $\eta^2=0,068$
Activités artistiques	F(1,24)=0,050 p=0,824 $\eta^2=0,002$	F(1,32)=3,943 p=0,056 $\eta^2=0,110$

