

Université du Québec en Outaouais

Lien entre la maltraitance et les difficultés de fonctionnement chez les adolescents ayant un signalement fondé à la protection de la jeunesse.

Mémoire de maîtrise
Présenté au
Département de psychoéducation et psychologie

Comme exigence partielle de la maîtrise en psychoéducation
Programme 2035 Stage-mémoire

Par
© Camille Provencher

Avril 2026

Composition du Jury

Lien entre la maltraitance et les difficultés de fonctionnement chez les adolescents suivis en protection de la jeunesse.

Par
Camille Provencher

Ce mémoire de maîtrise a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Marie-Ève Clément, Ph. D., directrice de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Sonia Hélie, Ph. D., codirectrice de recherche, Institut universitaire Jeunes en difficulté, Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Annie Bérubé, Ph. D., examinatrice interne/externe, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Sophie Tremblay-Hébert, Ph. D., examinatrice interne/externe, Institut universitaire Jeunes en difficulté, Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier chaleureusement mes directrices de mémoire, Marie-Ève Clément et Sonia Hélie, pour leur écoute, leur soutien et leur accompagnement. Leur équilibre entre accompagnement bienveillant et confiance en mes capacités m'a permis de me dépasser, de gagner en assurance et de développer des compétences que je n'aurais pas cru possibles au début de cette aventure.

Je remercie l'équipe de l'IUJD pour leur ouverture, l'accès aux données et leur précieux soutien méthodologique et statistique. Ma gratitude s'adresse également aux membres du jury pour le temps consacré à l'évaluation de ce mémoire et pour leurs commentaires constructifs ayant permis d'en améliorer la version finale.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude envers mes parents, qui ont toujours été là, à chaque étape de ce parcours. Leur patience infinie, leur écoute et leur confiance en moi ont été, malgré ce qu'ils pensent, un pilier dans les moments de doute et d'épuisement. Leur soutien s'est manifesté dans les petits gestes du quotidien, tels que de me servir du thé ou du dessert durant les longues soirées d'écriture, dans leurs encouragements silencieux, tels que de prendre le temps de m'aider à démêler mes idées ou de lire mon travail, et dans leur capacité à me rappeler pourquoi j'ai entrepris ce projet. Je remercie également mes amies, Marie-Pier, Daphnée et Alyson, qui ont su m'accompagner malgré la complexité du processus de recherche. Même lorsqu'elles ne comprenaient pas toujours les défis propres à la rédaction d'un mémoire, elles ont continué à m'écouter, à m'encourager et à m'offrir des moments de répit précieux. Leur présence a été un souffle d'air dans cette aventure exigeante.

Un remerciement tout particulier va à ma partenaire d'écriture, Élise. Nos discussions, nos échanges d'idées et les moments de découragement partagés ont créé un véritable esprit d'équipe et même plus, une véritable amitié. Au-delà des pages rédigées et des analyses complétées, je crois sincèrement que l'un des plus beaux résultats de ce mémoire demeure le lien que nous avons construit. Ta présence et ton soutien ont rendu cette expérience non seulement plus fluide, mais surtout plus humaine. Tu as fait toute la différence.

Enfin, je souhaite remercier Alexandra Stréliski, dont la musique m'a offert des heures de concentration indispensables à l'avancement de ce travail.

Résumé

L'adolescence est une période de transition marquée par une grande vulnérabilité face aux changements développementaux. Parmi les facteurs susceptibles d'affecter cette trajectoire, la maltraitance vécue durant l'enfance constitue un risque important associé à l'émergence de difficultés de fonctionnement. Les services de protection de la jeunesse observent d'ailleurs des taux élevés de troubles psychologiques chez les jeunes suivis pour maltraitance (Vieira et al., 2023). Cette étude utilise les données de l'Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2014 (Hélie et al., 2017) afin de : 1) décrire les difficultés internalisées et externalisées observées chez des adolescents ayant un signalement fondé pour maltraitance, et 2) documenter les associations entre ces difficultés et les différentes formes de mauvais traitements. Dans cette étude, des analyses descriptives et corrélationnelles ont permis d'établir un portrait des difficultés présentes chez ces jeunes. Aussi, des analyses inférentielles bivariées, incluant des tests t et des tests du khi carré, ont ensuite été réalisées pour examiner les liens entre les formes de maltraitance et les difficultés de fonctionnement. Les résultats montrent que la majorité des adolescents présentent au moins une difficulté de fonctionnement, qu'elles soient internalisées ou externalisées (72,9%); ils sont aussi nombreux à vivre simultanément les deux types de difficultés (36,8%). Par ailleurs, les difficultés externalisées présentent davantage d'associations avec les différentes formes de maltraitance comparativement aux difficultés internalisées. La négligence ressort comme la forme la plus systématiquement associée aux difficultés externalisées en présence et en nombre. Contrairement aux attentes, l'abus physique présente des associations négatives avec les difficultés de fonctionnement. Les mauvais traitements psychologiques sont liés aux difficultés internalisées et externalisées. Un effet cumulatif important est observé : l'exposition à plusieurs formes de mauvais traitements augmente la probabilité de présenter au moins une difficulté de fonctionnement. Ceci est d'autant plus marqué avec les difficultés externalisées. Enfin, des différences liées à l'âge suggèrent que les adolescents plus âgés présentent davantage de difficultés externalisées, mais qu'ils sont moins exposés à la violence conjugale que les plus jeunes. Ces constats soulignent la nécessité d'interventions adaptées au profil de victimisation et au stade développemental des jeunes suivis par les services de protection de la jeunesse.

Mots clés : adolescent, service de protection de la jeunesse, maltraitance, difficultés de fonctionnement, santé mentale.

Table des matières

Liste des tableaux.....	7
Introduction.....	8
Chapitre 1 : Problématique et contexte théorique.....	9
1.1 L'adolescence : une période charnière	9
1.1.1 L'adolescence comme période développementale.....	9
1.1.2 Troubles de santé mentale à l'adolescence.....	10
1.2 Facteurs associés aux troubles de santé mentale chez les adolescents	11
1.2.1 Caractéristiques de l'adolescent.....	12
1.2.2 Caractéristiques familiales	14
1.2.3 Expériences de maltraitance	16
1.3 Portrait de la maltraitance au Québec : définition et ampleur	17
1.3.1 Définition de la maltraitance.....	17
1.3.2 Ampleur et cooccurrence	18
1.4 Portrait de la santé mentale des jeunes suivis en protection de la jeunesse	19
1.4.1 Problèmes internalisés	20
1.4.2 Problèmes externalisés.....	21
1.5 Objectifs de recherche.....	21
2 Chapitre 2 : Méthodologie	24
2.1 Présentation de l'ÉIQ	24
2.2 Échantillon	24
2.3 Instrument	25
2.4 Descriptions des variables à l'étude.....	25
2.4.1 Difficultés de fonctionnement de l'adolescent	25
2.4.2 Mauvais traitements subis par l'adolescent	26
2.5 Analyses.....	27
3 Chapitre 3 : Résultats.....	29
3.1 Portrait des difficultés de fonctionnement chez les adolescents suivis par la DPJ	29
3.2 Expériences de maltraitance et difficultés de fonctionnement chez les adolescents suivis par la DPJ	31
Chapitre 4 : Discussion	38

3.3	Difficultés de fonctionnement à l'adolescence	38
3.4	Maltraitance et difficultés de fonctionnement	40
3.5	Limites	44
Conclusion		46
Bibliographie		48

Liste des tableaux

Tableau 1. <i>Cooccurrence des difficultés de fonctionnement internalisées et externalisées chez les adolescents suivis par la DPJ (N=661).</i>	29
Tableau 2. <i>Nombre de difficultés de fonctionnement internalisées et externalisées observées chez les adolescents suivis par la DPJ (N=661).</i>	30
Tableau 3. <i>Types et nature des difficultés de fonctionnement chez les adolescents suivis par la DPJ (N=661).</i>	31
Tableau 4. <i>Répartition des faits rapportés et fondés par forme de mauvais traitement chez les adolescents suivis par la DPJ (N=661).</i>	32
Tableau 5. <i>Séquelles psychologiques et physiques observées chez les adolescents suivis par la DPJ.</i>	32
Tableau 6. <i>Corrélations entre les formes de mauvais traitements et les difficultés de fonctionnement chez les adolescents suivis par la DPJ.</i>	33
Tableau 7. <i>Résultats des tests du khi-carré examinant le pourcentage des difficultés internalisées et externalisées en fonction de la présence des différentes formes de maltraitance.</i>	35
Tableau 8. <i>Nombre de difficulté de fonctionnement selon la présence ou l'absence de chaque forme de mauvais traitement.</i>	37

Introduction

Alors que la population mondiale approche les 8,3 milliards d'habitants, les adolescents, dont la tranche d'âge ne fait pas l'objet d'un consensus universel mais qui est souvent située entre 10 et 19 ans, représentent un peu plus de 16 % de la population mondiale. Pourtant, notre compréhension de leur santé et bien-être a longtemps été négligée (Davids et al., 2017). L'adolescence, perçue pendant longtemps comme une phase transitoire plutôt qu'une étape développementale à part entière, fait l'objet de recherches plus approfondies depuis quelques années. Cette période est désormais reconnue comme un moment charnière, marqué par des transformations rapides sur les plans biologique, cognitif et social. Dans ce contexte, la recherche souligne de plus en plus le rôle fondamental des parents, ainsi que l'influence des expériences actuelles et antérieures dans le développement des adolescents (Dzeidee Schaff et al., 2024).

En effet, il est bien établi que vivre des expériences traumatisantes telles que de la maltraitance constitue un facteur de risque important dans l'apparition de problèmes de santé mentale ou physique d'un individu (Norman et al., 2012). Or, jusqu'à présent, les recherches se sont principalement concentrées sur les impacts de la maltraitance vécue durant la jeune enfance, en examinant son rôle dans le développement à long terme. En revanche, les effets spécifiques de cette maltraitance durant l'adolescence restent peu étudiés, alors même que cette période pourrait amplifier ou modifier l'impact de ces expériences en raison de la sensibilité accrue aux stress sociaux et interpersonnels. Cette lacune limite notre compréhension des difficultés de fonctionnement vécues par les adolescents. De plus, peu d'études se sont attardées à la santé mentale des adolescents suivis par la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) à la suite d'un signalement pour maltraitance. Pourtant, ces adolescents présentent souvent des profils complexes, marqués par des besoins multiples et interreliés. Il est donc essentiel de mieux connaître leurs besoins afin de leur fournir un soutien adéquat, prévenir les effets négatifs à long terme et guider nos interventions (Reinke, 2005).

Dans cette perspective, le présent mémoire s'intéresse aux difficultés internalisées et externalisées des adolescents évalués avec faits fondés par la DPJ pour maltraitance. Les données de l'Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2014 (ÉIQ-2014) (Hélie et al., 2017) ont été utilisées pour répondre aux objectifs du mémoire.

Chapitre 1 : Problématique et contexte théorique

1.1 L'adolescence : une période charnière

1.1.1 *L'adolescence comme période développementale*

Pour plusieurs chercheurs, l'adolescence est plus qu'une simple transition entre l'enfance et l'âge adulte, c'est une véritable transformation (Holzer et al., 2011). D'ailleurs, selon Cloutier & Drapeau, (2008, p.2.), « on peut concevoir l'adolescence comme un stade intermédiaire durant lequel l'individu, qui n'est plus un enfant et pas encore un adulte ». La puberté déclenche une nouvelle phase du développement neurologique qui se poursuit jusqu'au milieu de la vingtaine et s'accompagne de profonds changements dans les expériences émotionnelles (Borschmann & Patton, 2018). Chez les filles, la puberté débute lors des premières menstruations tandis que chez les garçons, elle débute lors de l'augmentation de la taille des organes reproducteurs, autant de changements physiques qui représentent un défi majeur. Cette période se caractérise aussi par de nombreux changements biologiques, cognitifs, affectifs et sociaux. Ces changements sont rapides et intenses (Courtois, 2011) et c'est pourquoi l'adolescence représente une période de grande vulnérabilité (Aouidad, 2021; Ernst & Korelitz, 2009; Holzer et al., 2011). En effet, « l'adolescent doit s'adapter à ces changements, intégrer dans les images de soi ce corps en transformation et assumer son identité de genre » (Courtois, 2011, p.6). Cette appropriation du « nouveau » corps ou du corps en changement est essentielle à l'acquisition de la confiance en soi et de l'estime de soi (Crochelet et al., 2011). Par ailleurs, les modifications cérébrales et hormonales qui surviennent durant cette période influencent considérablement les comportements et les émotions de l'individu (Holzer et al., 2011). C'est souvent à l'adolescence que les trajectoires pathologiques qui perdurent à l'âge adulte débutent (Ernst & Korelitz, 2009; Holzer et al., 2011).

Pendant l'adolescence, l'enfant devient de moins en moins dépendant de ses parents et se confie davantage à ses amis. On observe un désengagement progressif par rapport aux parents et la fratrie (Courtois, 2011; Crochelet et al., 2011; Holzer et al., 2011). L'adolescent accorde une plus grande importance aux relations d'amitié et amoureuses. À travers ce remaniement de relations sociales, le maintien de liens positifs avec les parents, l'école et la communauté favorise un développement sain et positif (Blum et al., 2022). La relation parent-enfant décline en qualité et en influence durant les années de l'adolescence (Lerner & Steinberg, 2009). L'attachement aux parents demeure important, mais l'adolescent doit réduire la dépendance qu'il ressent à leur égard afin d'acquérir son autonomie (Courtois, 2011). Cependant, « l'accroissement des interactions avec les pairs [est] parfois associé aux conflits avec

les parents » (Holzer et al., 2011, p.581). Bien que les parents désirent que leurs enfants soient indépendants, certains ont de la difficulté à s'adapter aux changements de la puberté et à « lâcher prise » (Koepeke & Denissen, 2012). Enfin, le travail que doit accomplir l'adolescent est complexe et peut être une source d'angoisse. Il doit naviguer entre les structures/schémas adultes et infantiles, établir son identité, y compris son identité sexuelle, et passer d'une vie centrée sur la famille à une vie dans le monde extérieur. Cela implique de gérer la séparation, la perte, les choix, l'indépendance et les désillusions. Les deux tâches majeures de l'adolescence sont l'adoption de son « nouveau » corps et la découverte son autonomie (Roussillon, 2018). L'adolescence est considérée comme terminée lorsque l'individu atteint la capacité de procréer, maîtrise la pensée formelle, se définit comme un individu indépendant, exerce une maîtrise de soi dans l'exercice de ses pouvoirs et responsabilités, et atteint l'âge de la majorité légale (Cloutier & Drapeau, 2008).

1.1.2 Troubles de santé mentale à l'adolescence

La santé mentale des adolescents est une préoccupation croissante à l'échelle mondiale, et les données disponibles sont inquiétantes. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en 2020, un déclin du bien-être mental s'observe avec l'âge, de telle sorte que les adolescents plus âgés ont des niveaux de satisfaction à l'égard de la vie inférieurs à ceux des adolescents plus jeunes. En 2016, aux États-Unis, on rapporte que 16,5% des jeunes de 6 à 17 ans vivent avec un trouble de santé mentale (National Alliance on Mental Illness, 2024). En 2019, à l'échelle mondiale, chez les adolescents de 10 à 19 ans, les troubles anxieux et dépressifs représentent environ 40 % des troubles mentaux suivis par les troubles des conduites (20,1 %) et le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (19,5 %) (UNICEF, 2021). En 2010, une enquête nationale menée aux États-Unis sur la comorbidité des troubles mentaux chez les adolescents démontre que 46,2% des adolescents américains satisfaisaient les critères diagnostiques pour un trouble internalisé tandis qu'ils démontrent un taux de 33,7% pour les troubles externalisés (Merikangas et al., 2010).

Les troubles de santé mentale qui prévalent à l'adolescence peuvent se regrouper en deux catégories, soit les troubles internalisés et les troubles externalisés. Les concepts de « troubles internalisés » et « troubles externalisés » sont des regroupements bien établis en psychologie clinique. La distinction entre troubles internalisés et externalisés est couramment utilisée pour catégoriser les différents types de troubles psychologiques selon l'expression des symptômes, soit vers l'intérieur (internalisation) soit vers l'extérieur (externalisation) (Crocq & Guelfi, 2015). Les troubles internalisés incluent les troubles où prédominent les symptômes anxieux, dépressifs et somatiques tandis que les

troubles externalisés regroupent les troubles où prédominent les symptômes impulsifs, de conduite disruptive et de dépendance à l'usage d'une substance (Crocq & Guelfi, 2015). Dans le cadre de cette étude, les difficultés de fonctionnement désignent des problèmes relatifs au fonctionnement de l'adolescent dans ses différents milieux de vie. Ces difficultés peuvent affecter diverses sphères du fonctionnement quotidien sans pour autant correspondre à un diagnostic de trouble de santé mentale. Ainsi, les termes difficultés de fonctionnement internalisées et externalisées utilisés dans cette étude réfèrent aux symptômes des catégories mentionnées précédemment.

Au Québec, les statistiques révèlent une augmentation significative de la détresse psychologique ressentie chez les jeunes. Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) menée directement auprès des adolescents par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), entre 2014-2015 et 2020-2021, on remarque une augmentation de 15 points de pourcentage de la détresse psychologique chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans. Cette augmentation est autant remarquée chez les garçons que chez les filles, passant de 32,0 % en 2014 à 46,5 % en 2020 chez les garçons et de 53,3 % en 2014 à 69,6 % en 2020 chez les filles (Camirand et al., 2016, 2023). Les données de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes au secondaire (EQSJS) recueillies directement auprès des élèves de secondaire 1 à 5 en 2016-2017 montrent que 17 % de ces jeunes disent avoir reçu un diagnostic d'anxiété, 6 % un diagnostic de dépression, et 2,2 % un diagnostic de trouble de l'alimentation (Plante et al., 2018). L'anxiété et la dépression sont parmi les troubles mentaux les plus fréquents chez les jeunes : entre 2,9% et 33% des enfants et adolescents québécois ont au moins un trouble anxieux alors qu'entre 0,7% et 11,3% ont au moins un trouble dépressif (Piché et al., 2017). De plus, en 2021-2022, environ 8 % des québécois âgés de 15 à 29 ans ont reçu un diagnostic de troubles anxio-dépressifs, avec une prévalence plus élevée chez les femmes que chez les hommes (INSPQ, 2024). La prévalence annuelle des troubles anxio-dépressifs diagnostiqués chez les 15-19 ans a particulièrement augmentée entre 2008-2009 et 2021-2022, période au cours de laquelle elle est passée de 3,7 % à 8,1 %; avec une augmentation de 2 points de pourcentage entre 2020-2021 et 2021-2022 (INSPQ, 2024).

1.2 Facteurs associés aux troubles de santé mentale chez les adolescents

L'apparition des troubles de santé mentale chez les adolescents est influencée par une multitude de facteurs interdépendants. Il est bien connu qu'il n'existe pas un facteur unique capable d'expliquer l'origine d'un trouble de santé mentale (Roberts et al., 2009). Les facteurs associés aux troubles de santé mentale chez les jeunes n'agissent ni de manière isolée ni unidirectionnelle (Dumas, 2013). Au contraire,

ils interagissent de manière complexe et dynamique, influençant le bien-être psychologique des adolescents de diverses façons.

Le modèle écologique de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 2009) postule que le développement et l'adaptation de l'adolescent résultent d'interactions dynamiques entre les caractéristiques individuelles, les environnements dans lesquels il évolue, notamment la famille, ainsi que les expériences vécues au sein de ces environnements. Plus précisément, on retrouve les antécédents génétiques et familiaux, le tempérament, les processus émotionnels et cognitifs ainsi que l'exposition environnementale (Crocq & Guelfi, 2015). De plus, des événements stressants, tels que les traumatismes, le harcèlement ou les transitions de vie, peuvent précipiter l'apparition de troubles mentaux. Dans ce sens, selon Bergeron et al. (2007), la contribution des caractéristiques individuelles et familiales serait supérieure à celle des caractéristiques socioéconomiques bien que plusieurs études soutiennent le lien entre un statut socioéconomique faible et la présence de problème de santé mentale chez les jeunes (Bergeron et al., 2007; Deighton et al., 2019; Plante et al., 2018; Reiss, 2013; Yoon et al., 2023).

Il importe également de souligner que les facteurs personnels, relationnels et familiaux n'agissent pas de manière uniforme chez tous les adolescents, leur influence variant selon les caractéristiques individuelles et le contexte de développement (Meng et al., 2018). Ainsi, pour deux jeunes démontrent une symptomatologie similaire, un jeune peut être particulièrement affecté par des facteurs génétiques, tandis qu'un autre peut ressentir davantage l'impact des influences environnementales comme les relations familiales. En cohérence avec cette perspective, les facteurs associés aux troubles de santé mentale présentés dans cette section sont regroupés selon trois catégories complémentaires : les caractéristiques de l'adolescent, les caractéristiques familiales et les expériences de maltraitance.

1.2.1 Caractéristiques de l'adolescent

Concernant les caractéristiques de l'adolescent, on constate d'abord que l'âge auquel la puberté débute peut avoir un impact sur la santé mentale des jeunes. La puberté survient généralement plus tôt chez les filles que chez les garçons, et cet écart entraîne des répercussions sur le développement des troubles mentaux. Une précocité pubertaire peut entraîner l'apparition de troubles internalisés, comme la dépression et l'anxiété (Bergeron et al., 2007; Conley & Rudolph, 2009; Lerner & Steinberg, 2009; Yoon et al., 2023). Ensuite, diverses études montrent que les filles sont plus à risque que les garçons de développer un problème de santé mentale (Campbell et al., 2021; Cyr et al., 2017). D'autres études indiquent que les troubles internalisés sont plus fréquents chez les filles que chez les garçons, tandis que

c'est l'inverse les troubles externalisés (Esteban-Gonzalo et al., 2020; Merikangas et al., 2010; Piché et al., 2017; Plante et al., 2018; Saluja et al., 2004). Bien que les changements hormonaux puissent influencer la santé mentale à l'adolescence, les données montrent que le risque de détresse et de troubles psychologiques tend à augmenter avec l'âge, indépendamment de ces transformations biologiques (Merikangas et al., 2010; OMS, 2020; Plante et al., 2018; Yoon et al., 2023).

Bien que l'âge et le sexe soient des facteurs influençant la santé mentale des adolescents, d'autres éléments comme leur appartenance ethnoculturelle jouent également un rôle déterminant. Des études populationnelles, menées en Grande-Bretagne, ont révélé que les enfants noirs africains et indiens pourraient présenter une meilleure santé mentale par rapport aux enfants blancs britanniques, tandis que la santé mentale des enfants métis est comparable à celle des enfants blancs (Goodman et al., 2008). Des observations similaires ont été faites par Yoon et al., (2023), qui ont constaté que les jeunes noirs et ceux d'origine asiatique avaient un risque significativement plus faible de rencontrer des difficultés émotionnelles par rapport aux jeunes blancs. En revanche, aux États-Unis, les jeunes autochtones d'Alaska et hispaniques présentent les taux les plus élevés de symptômes dépressifs, suivis des jeunes blancs (Saluja et al., 2004). En plus des différences socioculturelles observées dans la prévalence des symptômes dépressifs chez les jeunes, d'autres facteurs identitaires, comme l'orientation sexuelle, sont également associés à des disparités significatives en matière de santé mentale. Les jeunes de la communauté LGBTQ présentent aussi des taux élevés de détresse émotionnelle, de troubles de l'humeur, d'anxiété, d'automutilation et de comportements suicidaires, bien au-delà de ceux observés chez les jeunes hétérosexuels (Russell & Fish, 2016). Par exemple, près de 18 % des jeunes LGBTQ répondent aux critères de dépression majeure, contre 8,2 % des adolescents de la population générale, et 31 % signalent des comportements suicidaires, comparés à 4,1 % au niveau national (Russell & Fish, 2016).

Bien que ces caractéristiques identitaires puissent jouer un rôle dans l'apparition de symptômes de santé mentale, les compétences personnelles et sociales des jeunes exercent également une influence sur le bien-être psychologique. Un manque de compétences affectives, sociales ou instrumentales (p. ex. : communication, gestion de l'information, résolution de problèmes) peut limiter leur capacité à satisfaire leurs besoins ou à accéder aux ressources nécessaires, ce qui peut également être un facteur de risque lié à la santé mentale (Bergeron et al., 2007; Piché et al., 2017). Dans le même sens, doubler une année scolaire (Bergeron et al., 2007) ou avoir des besoins d'apprentissage supplémentaires (Deighton et al., 2019; Yoon et al., 2023) peut avoir un impact significatif sur la santé mentale des jeunes. Il est intéressant de noter que la perception de ses propres performances scolaires, en comparaison à celles de

ses pairs, influence non seulement le bien-être psychologique, mais influence également l'estime de soi (Plante et al., 2018). Or, lorsque l'estime de soi est faible, elle affecte non seulement le moral, mais aussi les capacités d'adaptation face aux changements (Guillon & Crocq, 2004). Cela peut, à long terme, favoriser l'apparition de symptômes anxieux ou dépressifs (Masselink et al., 2018; Roberts et al., 2009). Cette vulnérabilité liée à une faible estime de soi et ses effets sur l'anxiété ou la dépression peuvent être encore plus marqués en présence de maladies physiques. En effet, des recherches montrent que la présence de maladies physiques peut aggraver les difficultés psychologiques (Bergeron et al., 2007; Deighton et al., 2019).

1.2.2 Caractéristiques familiales

Outre le statut socioéconomique, tel que nommé précédemment, d'autres travaux démontrent que l'exposition à des conditions de vie et expériences défavorables pendant l'adolescence augmente les risques de développer des troubles de santé mentale (Abraham & Walker-Harding, 2022; Yang et al., 2023). Par exemple, l'instabilité familiale, comme les reconfigurations familiales fréquentes, déménagements, divorce des parents, est associée tant à des problèmes d'internalisées qu'externalisées (Bakker et al., 2012). De même, des relations conflictuelles entre les parents séparés ou des conflits conjugaux au sein de la famille constituent des facteurs qui contribuent à l'apparition de troubles du comportement et de troubles anxieux chez les jeunes (Bakker et al., 2012; Robin & Corcos, 2015). Enfin, des études ont démontré qu'un climat émotionnel négatif au sein de la famille peut accroître les symptômes d'anxiété et de dépression chez les adolescents (Luebbe & Bell, 2014). Le fait de subir ces expériences négatives durant l'adolescence a été associé à des conséquences plus graves à l'âge adulte que si elles sont subies durant l'enfance (Andersen, 2021).

Parmi les facteurs influençant le développement de la santé mentale de l'adolescent, on retrouve aussi les caractéristiques parentales qui occupent une place primordiale (Chiang et al., 2023). Elles influencent de manière significative la capacité des jeunes à réguler leurs émotions et leurs comportements (Chiang et al., 2023; Lerner & Steinberg, 2009). Par exemple, les recherches indiquent que les adolescents peuvent présenter une plus grande détresse psychologique et des troubles mentaux lorsque leurs parents eux-mêmes font face à des difficultés psychopathologiques et émotionnelles (Bergeron et al., 2007; Chiang et al., 2023; Piché et al., 2017; Robin & Corcos, 2015). Une moindre stabilité et disponibilité émotionnelle des parents peut être associée à des relations parent-enfant plus instables, ces dernières étant à leur tour associées à un risque accru de troubles internalisés et externalisés à l'adolescence. (Chiang et al., 2023).

Les études récentes soulignent que la qualité des relations familiales est essentielle au développement de la santé mentale des jeunes (Bergeron et al., 2007; Lerner & Steinberg, 2009; Luebbe & Bell, 2014), particulièrement dans les milieux défavorisés (Milteer et al., 2012). La qualité des relations familiales joue un rôle crucial pour soutenir le développement global de l'enfant et atténuer les effets du stress socioéconomique (Milteer et al., 2012). Les études soulignent souvent l'importance du rôle de la mère dans la formation de l'attachement. En raison d'un biais de représentation, les résultats relatifs aux mères doivent être interprétés avec prudence. La majorité des recherches ayant été menées principalement auprès des mères, les pères sont souvent sous-représentés ou exclus des échantillons. Selon Roberts et al., (2009), un attachement insécuré avec la mère est associé à un risque accru de troubles de l'humeur, tandis qu'une relation stressante avec le père augmente les risques de trouble des conduites ainsi que l'usage de substances comme l'alcool et la marijuana. Les jeunes présentant un attachement insécuré avec leur parent rapportaient des taux plus élevés de difficultés externalisées et augmente les risques de difficultés internalisées (Fearon et al., 2010; Groh et al., 2012). Le bris du lien avec un parent, tel que la séparation ou le décès d'un parent, autant avec la mère que le père, peut aussi favoriser l'apparition de troubles de l'humeur (Bergeron et al., 2007; Piché et al., 2017). À l'inverse, les relations familiales positives, chaleureuses et sensibles peuvent atténuer le risque de pathologie (Luebbe & Bell, 2014).

Les pratiques parentales peuvent influencer l'apparition de problèmes d'extériorisation (Chiang et al., 2023) et d'intériorisation (Luebbe & Bell, 2014) chez les jeunes. Par exemple, le manque de chaleur parentale, d'affection, d'encouragement ainsi que la privation d'attention positive et de réconfort auront un effet défavorable sur le développement du jeune et sur l'apparition des troubles de l'humeur et des troubles du comportement (Davids et al., 2017; Yap et al., 2014). La dépression chez les jeunes a aussi été associée à un faible soutien parental de la mère (Luebbe & Bell, 2014) ainsi qu'à un niveau élevé de désengagement parental (Yap et al., 2014). De plus, un manque de réactivité aux besoins de l'enfant est lié à des symptômes dépressifs et anxieux plus marqués à l'adolescence (Davids et al., 2017; Luebbe & Bell, 2014; Piché et al., 2017). À l'inverse, la surveillance ou l'implication excessive est un facteur déclencheur de problèmes de santé mentale chez les adolescents (Dzeidee Schaff et al., 2024; Robin & Corcos, 2015). Les parents qui exercent un contrôle psychologique ont tendance à utiliser la coercition émotionnelle, à restreindre l'autonomie de l'enfant et à limiter le développement de ses compétences comportementales, ce qui peut aussi influencer ses expériences affectives et contribuer, en retour, à l'apparition de symptômes psychologiques (Davids et al., 2017; Luebbe & Bell, 2014). Gruber et al., (2020) mettent en évidence le rôle de ces comportements dans le développement de troubles alimentaires.

Par ailleurs, le rejet et le manque d'acceptation parentale sont des facteurs prédicteurs de détresse psychologique (Dzeidee Schaff et al., 2024; Picard et al., 2007) et de troubles de l'humeur chez les adolescents (Luebbe & Bell, 2014). De même, les comportements parentaux punitifs, incohérents ou sévères sont liés à des troubles anxieux, dépressifs et de comportement chez les adolescents (Bergeron et al., 2007; Dzeidee Schaff et al., 2024; Piché et al., 2017). Une discipline rigide, comme l'affirmation excessive du pouvoir ou les punitions corporelles, augmente le risque de symptômes dépressifs, de comportements agressifs et de problèmes de santé mentale (Dzeidee Schaff et al., 2024).

1.2.3 Expériences de maltraitance

Dans le même sens, la maltraitance a été rapportée comme un facteur de risque associé aux difficultés à identifier, exprimer et gérer les émotions (Gruhn & Compas, 2020; Mills et al., 2015) et aux problèmes de santé mentale (Bergeron et al., 2007; Cyr et al., 2017; Gruhn & Compas, 2020). Les effets de ces expériences varient en fonction de la forme de maltraitance, de la fréquence, de la continuité, de la présence de plusieurs formes cooccurrence et de l'âge auquel l'enfant a été maltraité pour la première fois (Gruhn & Compas, 2020; McCrae & Barth, 2008). Par exemple, Collin-Vézina et al., (2011) ont montré que plus les jeunes avaient subi différentes formes de traumatisme, plus ils étaient susceptibles de présenter des symptômes cliniques de dépression, de colère, de stress post-traumatique et de dissociation. Norman et al. (2012) ont mené une méta-analyse pour examiner le rôle de l'abus physique et psychologique ainsi que de la négligence comme facteur de risque à la santé physique et mentale. Parmi les 124 études sélectionnées, 20 ont été menées auprès de jeunes et les résultats ne révèlent pas de distinction selon l'âge d'occurrence de la maltraitance. Les résultats ont démontré que les trois formes de maltraitance exercent une influence sur l'apparition de certains troubles de santé mentale dont les troubles dépressifs et anxieux, l'abus de substance, les tentatives de suicide ainsi que les pratiques sexuelles à risque. L'abus physique étant pour sa part également associé aux troubles alimentaires et de comportement (Norman et al., 2012). D'autres études montrent aussi que l'abus physique serait la forme de maltraitance la plus fortement associée aux comportements violents chez les jeunes (Cyr et al., 2017; Maas et al., 2008) ainsi qu'aux comportements antisociaux (Ethier & Milot, 2009). Une étude française réalisée par Robin et Corcos (2015) a permis de décrire le phénomène de maltraitance chez des adolescents, garçons et filles, âgés de 13 à 17 ans, hospitalisés en psychiatrie. Cette étude a démontré que les différentes formes de maltraitance sont associées à une aggravation de la santé mentale des adolescents. Par exemple, les abus physiques augmentent de six fois le risque d'état de stress post-

traumatique, la négligence émotionnelle accroît de 14 fois le risque de troubles externalisés et la négligence physique est associée à 2,8 fois plus de traitements médicamenteux post-hospitaliers.

En bref, les études réalisées auprès de la population générale et auprès de certaines populations cliniques indiquent que la maltraitance durant l'enfance constitue un facteur de risque majeur pour les difficultés émotionnelles et les troubles de santé mentale à l'adolescence (Bergeron et al., 2007; Cyr et al., 2017; Gruhn & Compas, 2020). Les effets varient selon la forme de maltraitance subie, sa fréquence, sa continuité, la multiplicité des formes subies et l'âge de la première exposition (Gruhn & Compas, 2020; McCrae & Barth, 2008; Collin-Vézina et al., 2011). Sur cette base, il est pertinent de s'intéresser aux formes de maltraitance subies plus spécifiquement par les adolescents évalués par la DPJ et d'examiner dans quelle mesure ces différentes formes de maltraitance au sein de cette population sont associées aux problèmes de santé mentale mesurés à l'adolescence.

1.3 Portrait de la maltraitance au Québec : définition et ampleur

1.3.1 Définition de la maltraitance

La maltraitance des enfants est un phénomène complexe et multiforme qui touche profondément leur développement et leur bien-être. Selon l'OMS (2002), la maltraitance à l'égard des enfants se définit ainsi :

« La maltraitance ou la maltraitance des enfants constitue toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou émotionnels, d'abus sexuels, de négligence ou de traitement négligent ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé, la survie, le développement ou la dignité de l'enfant dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir ».

Plusieurs pays occidentaux se sont dotés d'un système d'intervention sociojudiciaire qui vise à protéger les enfants de la maltraitance. Au Québec, la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) (Loi sur la protection de la jeunesse, 2026) vise les situations qui compromettent ou peuvent compromettre la sécurité ou le développement d'un enfant et couvre l'ensemble des formes de maltraitance définies par l'OMS. Ce sont des situations qui nécessitent une intervention diligente et adaptée afin de mettre fin à la situation et éviter qu'elle ne se reproduise. Les motifs de compromission qui sont couverts par la LPJ concernent l'abandon, l'abus physique, le risque sérieux d'abus physique, l'abus sexuel, le risque sérieux d'abus sexuels, l'exposition à la violence conjugale, les mauvais traitements psychologiques, la négligence, le risque sérieux de négligence et le trouble du comportement sérieux (Loi sur la protection de la jeunesse, 2026). La LPJ prévoit

que lorsque des suspicions ou des preuves de maltraitance ou de troubles de comportement sérieux sont portées à l'attention des autorités compétentes, que ce soit par un citoyen à titre personnel ou par un professionnel dans le cadre de ses fonctions, un signalement est enregistré. Quant au trouble du comportement sérieux, bien que la LPJ le reconnait comme motif de compromission, il ne s'agit toutefois pas d'une forme de maltraitance, mais d'une condition propre au jeune pouvant justifier une intervention de protection. Si le signalement est retenu après une analyse sommaire de la situation signalée, une enquête est ouverte pour évaluer la situation. Si l'évaluation statue que les faits signalés sont fondés et qu'ils compromettent la sécurité ou le développement de l'enfant, la situation sera prise en charge par la DPJ et des mesures de protection seront appliquées.

1.3.2 Ampleur et cooccurrence

Esposito et al. (2022) démontrent qu'au Québec, plus de 18,6 % des enfants de 0 à 17 ans sont à risque de faire objet d'un signalement à la DPJ retenu pour enquête avant leur 18^e anniversaire, 16,4 % sont à risque d'un signalement évalué avec des faits jugés fondés et 10,1 % sont à risque d'un signalement menant à une prise en charge. Parmi ces cas, plus d'un tiers conduisent à un placement initial hors du foyer en raison d'une compromission de leur sécurité ou développement. En 2019, selon l'Étude d'Incidence québécoise sur les enfants évalués en protection de la jeunesse (ÉIQ-2019), le taux annuel d'enfants évalués par les services de la DPJ au sein de la population québécoise s'élevait à 22,7 pour mille (Hélie et al., 2025). Parmi les 12 à 17 ans, ce taux est passé de 17,8 pour mille en 1998 à 20,7 pour mille en 2019, représentant une augmentation de 16 % pour cette tranche d'âge (Hélie et al., 2025). Parmi les enfants de 12 à 17 ans pour qui l'évaluation concluait que les faits s'avéraient fondés en raison de la sécurité ou du développement compromis, le motif de compromission le plus fréquent était le trouble du comportement avec un taux pour 1000 adolescents de 7,17 suivis par la négligence (3,89 pour 1000), l'abus physique (2,36 pour 1000) et les mauvais traitements psychologiques (2,25 pour 1000) (Hélie et al., 2017).

Chaque année, les DPJ du Québec publient un rapport détaillant les statistiques et tendances sur les signalements de maltraitance envers les enfants et adolescents. Ce bilan, essentiel pour orienter les politiques publiques et les actions sociales, compile des données sur le nombre de signalements, les formes de mauvais traitements et les résultats des évaluations, incluant la proportion de signalements retenus. En 2025-2026, selon le Bilan DPJ, sur un total de 144 321 signalements traités, 39 661 signalements ont été retenus, soit près d'un tiers des cas et parmi ceux-ci, 10 369 signalements concernaient les adolescents (13-17 ans). Chez les adolescents (13-17 ans) dont la situation est prise en

charge, la négligence est le motif de signalement plus fréquemment observée, touchant 32,1 % des jeunes. Par ailleurs, un taux distinct de 10,4 % correspond à des situations de risque sérieux de négligence nécessitant une prise en charge. Ensuite, les troubles du comportements sérieux représentent le deuxième motif le plus fréquent avec 19,2% des prises en charge à l'adolescence. Enfin, les mauvais traitements psychologiques touchent 15% des jeunes de 13 à 17 ans qui sont pris en charge (Directrices et Directeurs de la Protection de la jeunesse, 2026).

1.4 Portrait de la santé mentale des jeunes suivis en protection de la jeunesse

Quelques études, du Québec et d'ailleurs, permettent de dresser un portrait de la santé mentale des jeunes suivis en protection de la jeunesse. Toutefois, en raison de différences conceptuelles et méthodologiques, leurs résultats ne sont pas toujours directement comparables; ces enjeux seront abordés à la section 1.5. Aux États-Unis, les adolescents pris en charge par les services de protection de la jeunesse semblent présenter des taux élevés de difficultés de santé mentale comparativement à la population générale (Baker et al., 2007; Burns et al., 2004; Negriff et al., 2020; Pecora et al., 2009; Tarren-Sweeney, 2013; Vieira et al., 2023). Plus précisément, ceux-ci présentent des taux de diagnostics variant entre 39 % et 80 %, comparativement à 14 % à 25 % dans la population générale des jeunes (Leslie et al., 2000). Dans le même sens, à la suite d'une analyse de dossiers ainsi que la passation du « *Child Behavior Checklist* » (CBCL), Baker et al. (2007) ont montré que le pourcentage de seuil clinique au CBCL était d'environ 2,3% dans la population générale comparativement à une proportion atteignant le seuil clinique entre 8,3% et 55,8% chez les jeunes de 3 à 20 ans vivant en famille d'accueil. Negriff et al. (2020) arrivent aussi à un constat similaire : les jeunes suivis par les services de protection de la jeunesse sont plus nombreux à atteindre le seuil clinique du CBCL pour au moins une mesure des symptômes de santé mentale (p. ex. dépression, anxiété, problèmes d'extériorisation ou atteintes psychologiques) comparativement à ceux du groupe contrôle, hors du système de protection de la jeunesse. D'après la *National Survey of Child and Adolescent Well-Being* (NSCAW), une enquête étatsunienne représentative à l'échelle nationale portant sur 5 504 enfants âgés de 0 à 14 ans ayant fait l'objet d'une investigation par les services de protection de l'enfance, plus de la moitié des jeunes âgés de 7 à 14 ans ont obtenu des scores limites ou cliniques sur au moins une échelle du CBCL, indiquant des difficultés psychologiques significatives (Burns et al., 2004; McCrae & Barth, 2008).

1.4.1 Problèmes internalisés

Les jeunes suivis par la DPJ sont particulièrement touchés par des problèmes de santé mentale, notamment ceux qualifiés d'internalisés, tels que l'anxiété, la dépression ou le repli sur soi. Effectivement, chez des jeunes de 8 à 16 ans pris en charge et placés par la DPJ, l'étude de Vieira et al. (2023) démontre que les problèmes internalisés (p. ex. : anxiété et dépression) varient entre 14,5% à 50%, selon la gravité et la nature des expériences négatives vécues dans le contexte familial. Dans cette étude, les symptômes de stress post-traumatique et d'autres manifestations de santé mentale liées au trauma ont été évalués à l'aide du « *Trauma Symptom Checklist for Children* » (TSCC), tandis que les symptômes de santé mentale des jeunes ont été mesurés à l'aide du « *Behavioral Assessment System for Children, Third Edition* » (BASC-3). La version « *Self-Report of Personality* » (SRP) a été utilisée auprès des jeunes alors que les parents ont complété la version « *Parent Rating Scale* » (PRS).

En 2014, soit 36 mois après le recrutement de l'échantillon du NSCAW, les données du CBCL indiquaient que 15,2% des jeunes âgés de 11-17 ans atteignaient le seuil clinique des troubles internalisés (Casanueva et al., 2014). Baker et al. (2007) démontrent aussi des taux similaires auprès des jeunes âgés en moyenne de 13 ans suivis par la DPJ avec des pourcentages de difficultés internalisées telles qu'un repli sur soi (15%) ou des symptômes anxieux ou dépressifs (13%). En France, chez des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance, les résultats de Hammoud et al. (2018) montrent des taux encore plus élevés : chez les 13 à 17 ans, 44 % ont reçus un diagnostic de troubles anxieux, 7 % présentaient des symptômes psychotiques et 4 % ont reçus un diagnostic de dépression majeure, sur la base des évaluations réalisées lors d'un suivi médical par le médecin traitant. Enfin, au Québec, une étude longitudinale réalisée il y a 15 ans auprès de 83 adolescents suivis par la DPJ démontre que 46% de ces jeunes présentaient un seuil clinique au CBCL pour les difficultés internalisées (Ethier & Milot, 2009). Chez les jeunes Québécois de 14-17 ans vivant actuellement en centre de réadaptation (CR), on observe un pourcentage considérable de niveaux cliniques de problèmes sexuels (34,0 %), de dissociation (28,3 %), de dépression (26,4 %) et de stress post-traumatique (24,5 %) (Collin-Vézina et al., 2011). Par ailleurs, une proportion notable d'entre eux ont également signalé des pensées colériques, sentiment de colère et difficulté de gestion de la colère (18,9 %) de même que des manifestations d'anxiété, caractérisées par de la nervosité, des inquiétudes excessives et des symptômes physiques liés à l'angoisse (11,3 %) (Collin-Vézina et al., 2011). Dans cette étude, l'exposition aux expériences traumatiques a été évaluée à l'aide du « *Childhood Trauma Questionnaire – Short Version* » (CTQ-SF), tandis que les symptômes associés au trauma ont été mesurés au moyen du TSCC.

1.4.2 Problèmes externalisés

Les jeunes suivis en protection de la jeunesse sont souvent confrontés à des défis comportementaux significatifs tels que l'agressivité, l'opposition, ou encore des comportements à risque. Par exemple, 36 mois après le début de l'étude NSCAW, une enquête longitudinale étatsunienne auprès d'enfants impliqués dans le système de protection de l'enfance, 21% des jeunes de 11-17 ans avaient atteint le seuil clinique des troubles externalisés (Casanueva et al., 2014). Baker et al. (2007) ont obtenu des taux encore plus élevés auprès des jeunes âgés en moyenne de 13 ans recrutés dans les services de protection de la jeunesse : 47,9% de ceux-ci présentaient des symptômes externalisés, dont 24,5% des comportements de délinquance, 20,6% de l'agressivité, 21,8% des problèmes d'attention et 19,9% des difficultés dans le fonctionnement social. En France, Hammoud et al. (2018) concluaient que sur la base des évaluations réalisées par le médecin traitant lors d'un suivi médical concernant les 13 à 17 ans, 44 % ont reçu un diagnostic de troubles des conduites ou du comportement, 18 % de troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et 10 % de troubles des conduites alimentaires. Kugler et al. (2019) rapportent que les jeunes filles ayant fait l'objet d'une enquête par la protection de la jeunesse présentaient un score de consommation de drogue entre 46 et 51 % supérieur à celui des jeunes filles de la population générale. Casanueva et al. (2014) rapportent que 17% des jeunes de 15-17 ans suivis par la protection de la jeunesse présentent des problèmes de toxicomanie. De plus, Maas et al. (2008) ont observé que les jeunes ayant vécu de la maltraitance ou de la négligence présentaient une proportion plus élevée de dossiers officiels pour délinquance juvénile (26 % contre 16,8 % chez les témoins), pour criminalité à l'âge adulte (28,6 % contre 21,1 %) ainsi que pour infractions criminelles violentes (11,2 % contre 7,9 %). Ces jeunes ont également commis un nombre plus élevé d'infractions et ils ont été arrêtés pour la première fois à un âge plus précoce. En outre, au Québec, 69% des jeunes au sein du groupe de 83 jeunes suivis par la DPJ étaient au-dessus du seuil clinique du CBCL pour les difficultés externalisées (Ethier & Milot, 2009).

1.5 Objectifs de recherche

Il est largement reconnu par la communauté scientifique que les expériences de maltraitance vécues durant l'enfance peuvent constituer un facteur de risque important pour le développement de troubles de santé mentale à l'âge adulte. L'impact des expériences de maltraitance a aussi été documenté auprès des enfants et des adolescents, les jeunes ayant été victimes de maltraitance étant plus à risque de développer des problèmes de santé mentale que ceux de la population générale. Bien que certaines études

québécoises aient examiné les liens entre la maltraitance et la santé mentale chez les jeunes, leur portée demeure limitée.

D'abord, les tranches d'âge étudiées sont hétérogènes, couvrant à la fois l'enfance et l'adolescence, ce qui limite l'identification de profils de difficultés propres à l'adolescence comme période développementale distincte. Ensuite, les études diffèrent quant au type de population et à la définition de la maltraitance. Deux études reposent sur des échantillons issus de la population générale (Bergeron et al., 2007; Cyr et al., 2017), dans lesquelles les expériences de maltraitance sont autorapportées et non fondées sur des signalements retenus. À l'inverse, les études fondées sur des signalements à la protection de la jeunesse sont rares, peu récentes et présentent également des limites : celle d'Ethier et Milot (2009) se concentre principalement sur la négligence, avec une prise en compte limitée de la comorbidité avec l'abus physique ou sexuel, tandis que l'étude de Collin-Vézina et al., (2011) porte exclusivement sur des adolescents placés en centre de réadaptation, une population qui ne reflète pas la réalité de tous les jeunes ayant un signalement fondé. Enfin, les difficultés de fonctionnement examinées varient considérablement d'une étude à l'autre. Les études reposant sur des signalements fondés évaluent principalement les problèmes internalisés et externalisés à l'aide du CBCL, alors que celles menées en population générale se concentrent sur des dimensions plus spécifiques, tels que la dépression (Bergeron et al., 2007) ou un ensemble restreint de problématiques incluant la dépression, la colère/agression et le trouble de stress post-traumatique (Cyr et al., 2017). Cette hétérogénéité limite les comparaisons entre études et empêche une compréhension globale des difficultés de fonctionnement associées à la maltraitance à l'adolescence.

Dans ce contexte, la présente étude contribue à l'avancement des connaissances en examinant la nature et la fréquence des problèmes internalisés et externalisés chez une population représentative d'adolescents suivis par la DPJ à la suite d'un signalement évalué et jugé fondé pour maltraitance. En documentant les liens entre les formes de maltraitance subies et les difficultés de fonctionnement des jeunes évalués par les services de la DPJ, cette étude constitue une étape essentielle pour mieux comprendre le lien complexe entre la maltraitance et les difficultés de fonctionnement à l'adolescence. Ces connaissances enrichiront les stratégies d'intervention en aidant les professionnels à adapter leur soutien en fonction des besoins spécifiques de l'adolescent victime.

Le premier objectif de cette recherche vise à dresser un portrait détaillé des difficultés de fonctionnement rencontrées par les adolescents évalués par la DPJ pour un motif de maltraitance fondé (les types de difficultés, leur fréquence et leur cooccurrence). Les difficultés externalisées ainsi que les

difficultés internalisées seront explorées, ce qui permettra de mieux comprendre l'ampleur et la nature des défis rencontrés par les jeunes connus de la DPJ pour un signalement de maltraitance fondée. Le second objectif consiste à analyser les liens entre les différents types de difficultés externalisées et internalisées ainsi que les formes spécifiques de maltraitance subies par les adolescents en tenant compte de la cooccurrence et la sévérité de la maltraitance. L'examen de ces associations permettra d'apporter un éclairage sur les dynamiques complexes entre certaines formes de maltraitance et certaines manifestations de détresse chez les jeunes.

2 Chapitre 2 : Méthodologie

2.1 Présentation de l'ÉIQ

La présente étude s'appuie sur l'utilisation secondaire de données provenant de l'Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2014 (ÉIQ-2014). ÉIQ-2014 est une étude transversale descriptive ayant pour objectif principal de dénombrer et de décrire les situations évaluées par les services de la DPJ du Québec (Hélie et al., 2017). À partir d'un échantillon représentatif d'enfants évalués à la suite d'un signalement à l'échelle du Québec, l'ÉIQ-2014 permet de mieux connaître les enfants québécois en besoin de protection, de tracer un portrait des situations évaluées par la DPJ ainsi que de la décision rendue par la DPJ. La moitié des enfants ayant fait l'objet d'une évaluation après un signalement entre le 1^{er} octobre 2014 et le 31 décembre 2014, ont été choisis au hasard pour faire partie de l'ÉIQ-2014. L'échantillon final comprend 4011 enfants. Pour chaque enfant échantillonné dans l'étude, l'intervenant responsable de l'évaluation devait remplir le formulaire d'enquête de l'ÉIQ au moment où il terminait son évaluation.

2.2 Échantillon

À partir de l'échantillon final de l'ÉIQ-2014, les enfants qui répondent aux deux critères suivants ont été sélectionnés pour la présente étude : 1) les enfants devaient être âgés de 12 à 17 ans au moment du signalement; 2) le signalement devait être jugé fondé après évaluation pour au moins une de ces formes de maltraitance ou risques sérieux, à savoir l'abus physique, la négligence, les mauvais traitements psychologiques (MTP) ou l'exposition à la violence conjugale (EVC). Les jeunes dont le signalement était lié uniquement à des agressions sexuelles ou à des troubles du comportement sérieux ont été exclus de l'échantillon. Cette exclusion repose sur le fait que les agressions sexuelles présentent des caractéristiques et des conséquences spécifiques qui sont généralement étudiées séparément des autres formes de maltraitance afin de tenir compte de leurs particularités cliniques et méthodologiques (Maniglio, 2009; Mathews & Collin-Vézina, 2019). Quant au trouble du comportement sérieux, dans la présente étude ce motif de compromission n'a pas été retenu au même titre que les autres motifs en tant que type de maltraitance. Ce choix vise à éviter un chevauchement conceptuel avec les variables de fonctionnement. Par ailleurs, les jeunes ayant un signalement pour maltraitance fondée en cooccurrence avec un trouble du comportement ou abus sexuel ou risques sérieux d'abus sexuel ont été inclus dans l'échantillon.

L'échantillon final est ainsi composé de 661 jeunes âgés de 12 à 17 ans. La répartition selon le sexe est relativement équilibrée, avec une légère majorité de garçons (346 jeunes, soit 52,3 %) comparativement aux filles (315 jeunes, soit 47,7 %). L'âge moyen des participants est de 13,9 ans (E.T. = 1,5). En ce qui concerne les milieux de vie, la majorité des jeunes (54,8 %) vivent dans une famille monoparentale. Alors qu'il y a environ un quart d'entre eux (26,9 %) qui résident avec leurs deux parents biologiques. D'autres configurations familiales sont également présentes : 11,3 % des jeunes vivent avec un parent biologique et son conjoint (beau-parent), 1 % des jeunes vivent seuls, sans présence parentale, et 5,9 % vivent dans d'autres types de structures familiales (par exemple, avec des membres de la famille élargie ou en milieu substitut). À la suite du signalement, près du quart des jeunes (24,8 %) ont dû être placés à l'extérieur de leur milieu familial. Parmi ces enfants placés, 25 % ont été dirigés vers un centre résidentiel ou un foyer de groupe, 35,4 % ont été accueillis en famille d'accueil, et 38,4 % ont été confiés à une personne significative de leur entourage. Enfin, 1,2 % des jeunes ont été placés dans d'autres types de milieux substituts.

2.3 Instrument

Les données sur chaque enfant échantillonné ont été collectées via un formulaire en ligne rempli par l'intervenant responsable de l'évaluation. Le formulaire et son guide d'accompagnement, adaptés pour le contexte québécois en raison de la langue et du cadre légal, s'inspirent des instruments développés dans les études d'incidence canadiennes et ontariennes (ÉIC-2003, ÉIC-2008, OIS-2013) (Hélie et al., 2017). Environ 700 intervenants ont reçu une formation d'une demi-journée et des directives spécifiques à l'ÉIQ et au formulaire afin de garantir la qualité des données collectées (Hélie et al., 2017). Ce formulaire, complété en ligne et accessible à partir d'une plateforme sécurisée créée spécifiquement pour l'ÉIQ, comprenait 50 questions permettant de collecter des données détaillées sur les situations évaluées par la DPJ. Le formulaire documentait notamment : 1) les caractéristiques de la situation évaluée, de l'historique des services de protection et des décisions prises au stade de l'enquête; 2) les caractéristiques des figures parentales ainsi que les caractéristiques du milieu de vie et 3) les difficultés de fonctionnement identifiées chez l'enfant (Hélie et al., 2017).

2.4 Descriptions des variables à l'étude

2.4.1 Difficultés de fonctionnement de l'adolescent

Cette recherche s'intéresse à la présence de difficultés de fonctionnement des jeunes. Dans le formulaire, les intervenants pouvaient inscrire les difficultés identifiées chez l'enfant durant l'évaluation,

qu'elles soient auto-déclarées, observées par l'intervenant, diagnostiquées par un professionnel ou simplement soupçonnées (soupçon suffisant pour être inscrit au dossier). Les difficultés ayant affecté le fonctionnement de l'enfant dans les six mois précédant le signalement sont documentées. La présence de chaque difficulté de fonctionnement est mesurée par une variable dichotomique (0=absence, 1=présence). Les difficultés de fonctionnement étudiées dans cette recherche se répartissent en deux grands domaines : les difficultés internalisées, telles que la dépression ou l'anxiété, le trouble de l'attachement, les pensées suicidaires et le trouble du spectre de l'autisme (TSA); et les difficultés externalisées, le TDAH ou le TDA, la toxicomanie, les comportements autodestructeurs, l'agressivité, les comportements sexuels inappropriés, la fugue, un dossier actif LSJPA et l'alcoolisme. Pour un total de 12 difficultés de fonctionnement retenues. Le TSA été classé dans cette catégorie aux fins de la présente étude, puisque ses principales manifestations concernent des difficultés intériorisées.

Afin de répondre aux objectifs de la présente étude, six variables additionnelles ont été construites. La première, nommée « au moins une difficulté », est une variable indiquant si le jeune présente au moins une difficulté de fonctionnement, qu'elle soit intériorisée ou extériorisée (0=aucune, 1=au moins une). La deuxième variable créée est une variable de cumul indiquant le nombre de difficultés de fonctionnement. Deux variables concernent les difficultés internalisées : une variable dichotomique indiquant la présence d'au moins une difficulté internalisée parmi les 4 difficultés de fonctionnement retenues (0=aucune, 1=au moins une); ainsi qu'une variable de cumul mesurant le nombre de difficultés (0 – 4). De façon parallèle, deux variables ont été créées pour les difficultés externalisées : une variable dichotomique indiquant la présence d'au moins une difficulté parmi les 8 difficultés de fonctionnement retenues (0=aucune, 1=au moins une); et une variable de cumul quantifiant le nombre de difficultés (0 – 4 et plus).

2.4.2 *Mauvais traitements subis par l'adolescent*

Les formes de mauvais traitements documentés dans le cadre de l'ÉIQ sont basées sur des définitions cliniques et non légales et ainsi, ne correspondent pas exactement aux alinéas des articles 38 et 38.1 de la LPJ, qui définissent les situations couvertes par la Loi (Hélie et al., 2017). Dans l'ÉIQ-2014, chaque incident évalué est classé dans l'une des formes de maltraitance puis qualifié comme étant fondé ou non fondé. La présence de chacune des six formes fondées suivantes ont été mesurée : (a) abus physique : violences physiques directes (frapper, secouer, étrangler) ou utilisation d'objets, (b) risque sérieux d'abus physique: aucune situation actuelle identifiée, mais un danger important est anticipé pour l'enfant (c) négligence : défaut de supervision, négligence des soins physiques, médicaux, psychologiques ou éducatifs, abandon, (d) risque sérieux de négligence : aucune situation actuelle

identifiée, mais un danger important est anticipé pour l'enfant (e) mauvais traitements psychologiques : intimidation, violence verbale, isolement, manque de soutien, comportements corrupteurs et (f) exposition à la violence conjugale : exposition directe ou indirecte à la violence physique ou psychologique. Pour chaque enfant, jusqu'à trois formes de maltraitance pouvaient être documentées. Dans les situations où plus de trois formes étaient évaluées, l'intervenant a reçu la consigne d'inscrire celles qui étaient les plus préjudiciables pour l'enfant.

Afin de répondre aux objectifs de la présente étude, les situations de risque sérieux ont été regroupées avec les cas de maltraitance correspondants. Ainsi, la variable « abus physique (incluant risque) » inclut à la fois les adolescents pour lesquels un abus physique a été fondé et ceux pour qui un risque d'abus physique a été fondé. De la même façon, la variable « négligence (incluant risque) » regroupe les cas de négligence confirmées ainsi que les situations présentant un risque de négligence confirmé. Cette transformation permet de tenir compte de l'ensemble des jeunes potentiellement affectés par ces formes de maltraitance, tout en simplifiant les analyses statistiques subséquentes. Pour les autres formes de maltraitance fondées, soit les MTP et l'EVC, les variables dichotomiques (0=absence, 1=présence) de l'étude originale sont utilisées.

Ensuite, plusieurs indicateurs sont utilisés pour décrire la sévérité de la maltraitance fondée. Pour décrire la sévérité de la maltraitance fondée, une variable de cumul (0-3) a été créée afin de refléter la cooccurrence de plusieurs formes de mauvais traitements pour chaque jeune. Les autres indicateurs portent sur la sévérité des mauvais traitements en termes de conséquences associées à la situation évaluée. La première variable indique la présence de séquelles psychologiques chez le jeune (0=absence, 1=présence). La seconde précise, chez les jeunes pour lesquelles des séquelles psychologiques ont été rapportées, si un besoin de thérapie a été identifié à la suite de l'évaluation. La troisième variable concerne la présence d'une blessure physique (0=absence, 1=présence). Pour les jeunes présentant une blessure, une quatrième variable indique s'ils ont été examinés par un professionnel de la santé (0=non, 1=oui). Enfin, la cinquième variable précise si les blessures ont nécessité des soins médicaux (0=non, 1=oui).

2.5 Analyses

Deux types d'analyses ont été menées. Dans un premier temps, afin de répondre au premier objectif, des analyses descriptives, telles que la distribution de fréquences ainsi que les pourcentages, seront utilisées pour présenter l'ensemble des variables à l'étude qui permet de décrire les adolescents évalués par les services de la DPJ pour maltraitance fondée. Des corrélations ont ensuite été réalisées

entre l'ensemble des variables, ce qui a permis de dégager un premier portrait des associations présentes. Considérant la nature exploratoire des analyses et la taille de l'échantillon, un seuil de signification statistique de $p < 0,05$ a été retenu pour l'ensemble des analyses. L'analyse se concentre principalement sur les corrélations présentant un coefficient supérieur à 0,1 ou sur les corrélations jugées pertinentes sur le plan pratique. Enfin, des analyses statistiques inférentielles ont été effectuées. Le choix des tests a été guidé par la nature des variables et par le respect des conditions d'application propres à chacun. Ainsi, les tests-t pour échantillons indépendants ont permis de comparer le nombre de difficultés selon la présence de chaque forme de mauvais traitements. Dans le cas de l'abus physique, le test-t avec variances égales a pu être utilisé en raison de l'homogénéité des variances (test de Levene) alors que dans le cas de la négligence, des mauvais traitements psychologiques et de l'exposition à la violence conjugale, le test-t de Welch a été utilisé en raison de l'hétérogénéité des variances détectées. De plus, des tests du khi carré ont été réalisés pour examiner les associations entre les différentes formes de mauvais traitements et les variables dichotomiques de difficultés internalisées et externalisées.

3 Chapitre 3 : Résultats

À titre de rappel, cette recherche vise, d'une part, à dresser un portrait détaillé du nombre, de la cooccurrence ainsi que du type de difficultés de fonctionnement, tant internalisées qu'externalisées, chez les adolescents évalués par la DPJ en raison d'au moins une forme de maltraitance fondée. D'autre part, elle vise à rendre compte des liens entre ces difficultés et les formes de maltraitance subies, en tenant compte de leur cooccurrence et la sévérité des conséquences.

3.1 Portrait des difficultés de fonctionnement chez les adolescents suivis par la DPJ

Dans l'ensemble de l'échantillon, 72,9 % des adolescents ($n = 482$) présentent au moins une difficulté, alors que 27,1 % ($n = 179$) n'en présentaient aucune (Tableau 1). Le Tableau 1 présente la fréquence et la cooccurrence des difficultés de fonctionnement internalisées et externalisées chez les adolescents évalués par les services de la DPJ. Les résultats mettent en évidence que les situations où les deux types de difficultés coexistent constituent le cas de figure le plus fréquent (36,8%).

Tableau 1

Cooccurrence des difficultés de fonctionnement internalisées et externalisées chez les adolescents suivis par la DPJ ($N=661$).

	N	%
Aucune difficulté	179	27,1
Difficultés internalisées seulement	117	17,7
Difficultés externalisées seulement	122	18,4
Difficultés internalisées et externalisées	243	36,8

Le Tableau 2 présente plus spécifiquement le nombre de difficultés de fonctionnement internalisées et externalisées. Un peu moins de la moitié de l'échantillon (48,4 %) présente au moins deux difficultés de fonctionnement, tous types confondus (internalisée ou externalisée). L'analyse du nombre de difficultés de fonctionnement internalisées et externalisées révèle que la plupart des jeunes présentent une seule difficulté par catégorie, soit internalisées (30,6 %) ou externalisées (27,8 %), tandis que les combinaisons de plusieurs types de chacune de ces difficultés sont moins courantes.

Tableau 2

Nombre de difficultés de fonctionnement internalisées et externalisées observées chez les adolescents suivis par la DPJ (N=661).

	Total des difficultés	Difficultés internalisées	Difficultés externalisées
	n (%)	n (%)	n (%)
Aucun	179 (27,1)	301 (45,5)	296 (44,8)
1 type	162 (24,5)	202 (30,6)	184 (27,8)
2 types	104 (15,7)	116 (17,5)	75 (1,3)
3 types	85 (12,9)	40 (6,1)	58 (8,8)
4 types ou +	131 (19,8)	2 (0,3)	48 (7,3)

Le Tableau 3 présente de manière plus détaillée la nature des difficultés de fonctionnement observées chez les adolescents selon le type. Premièrement, les résultats révèlent que les difficultés de fonctionnement internalisées et externalisées ont des prévalences similaires au sein du groupe à l'étude, avec des taux respectifs de 54,5 % (n = 360) et 55,2 % (n = 365). Les fréquences rapportées ne sont pas mutuellement exclusives, dans la mesure où un même adolescent peut vivre plus d'un type de difficulté internalisée ou extériorisée. Plus particulièrement, en lien avec la nature des difficultés internalisées, les résultats révèlent que la dépression ou l'anxiété constitue le type de difficulté internalisée le plus fréquemment rapporté (42,4 %) chez les adolescents victimes de mauvais traitements. Bien que dans une moindre proportion, le trouble de l'attachement demeure tout de même fréquent, avec un taux de 20,9 %. Du côté des difficultés externalisées, le TDAH et le TDA sont les plus courants; ils concernent 36,3 % des jeunes.

Tableau 3

Types et nature des difficultés de fonctionnement chez les adolescents suivis par la DPJ (N=661).

	N	%
Difficultés internalisées (au moins une)	360	54,5
Dépression ou anxiété	280	42,4
Trouble de l'attachement	138	20,9
Pensées suicidaires	117	17,7
Trouble du spectre de l'autisme	27	4,1
Difficultés externalisées (au moins une)	365	55,2
TDAH ou TDA	240	36,3
Toxicomanie	108	16,3
Comportements autodestructeurs	105	15,9
Agressivité	102	15,4
Comportements sexuels inappropriés	56	8,5
Fugue	54	8,2
Dossier LSJPA actif	41	6,2
Alcoolisme	17	2,6

3.2 Expériences de maltraitance et difficultés de fonctionnement chez les adolescents suivis par la DPJ

L'analyse des données révèle que la négligence constitue la forme de mauvais traitement la plus fréquemment recensée chez les adolescents évalués avec faits fondés par les services de la DPJ, avec une prévalence de 53,6 % (Tableau 4). Elle est suivie par l'abus physique (29,8 %) et par les mauvais traitements psychologiques (23,4 %). Il est également à noter que le trouble du comportement, bien qu'il ne constitue pas une forme de maltraitance et qu'il ne soit donc pas inclus dans le tableau, représente un motif de protection reconnu en vertu de la LPJ. À ce titre, il concerne 25 % des adolescents de l'échantillon (N=165), soit une proportion plus élevée que celle observée pour les mauvais traitements psychologiques et l'exposition à la violence conjugale. À titre de rappel, un même adolescent peut avoir jusqu'à un maximum de trois formes de mauvais traitement fondé. Les résultats montrent que 43,9% d'entre eux ont vécu deux catégories ou plus de maltraitance fondée.

Tableau 4

Répartition des faits rapportés et fondés par forme de mauvais traitement chez les adolescents suivis par la DPJ (N=661).

	N	%
Négligence (incluant risque)	354	53,6
Abus physique (incluant risque)	197	29,8
Mauvais traitement psychologique	155	23,4
Exposition à la violence conjugale	96	14,5

Selon les résultats présentés au Tableau 5, on note que plus du tiers des adolescents (38,9 %) présentent des séquelles psychologiques. Parmi eux, plus de la moitié (n=150, soit 59,5%) a eu besoin — ou a encore besoin — d’une thérapie. Sur le plan physique, près de 10 % des jeunes ont subi des blessures. Parmi eux, 52 soit 80% ont dû être examinés par un professionnel de la santé et 13 (20%) ont dû recevoir des soins médicaux.

Tableau 5

Séquelles psychologiques et physiques observées chez les adolescents suivis par la DPJ.

	N	%
Séquelles psychologiques	252	38,9
Blessures physiques	65	9,8

Le Tableau 6 présente l’analyse de corrélations réalisée entre les différentes formes de maltraitance et les difficultés de fonctionnement. Les coefficients de corrélation ont été interprétés selon des seuils conventionnels, où une corrélation est dite faible ($|r| \approx 0,10-0,29$), modérée ($|r| \approx 0,30-0,49$) et forte ($|r| \geq 0,50$). Ces seuils sont utilisés à titre indicatif pour faciliter l’interprétation des résultats. Seules les corrélations significatives au seuil de $p < 0,05$ seront prises en considération dans les prochains paragraphes. Les difficultés internalisées et externalisées sont associées entre elles de manière faible à modeste, avec des coefficients de corrélations variant entre $r = 0,27$ et $0,35$, suggérant qu’il s’agit de phénomènes distincts pouvant coexister. Les corrélations entre le nombre de difficultés internalisées et les difficultés externalisées, autant la présence que le nombre, sont légèrement plus élevées. Quant aux résultats concernant les formes de mauvais traitements entre elles, une corrélation se démarque : les

résultats indiquent une corrélation négative modérée à forte entre la négligence et l'abus physique ($r = -0,58$, $p < 0,001$).

Dans l'ensemble, les corrélations entre les types de difficultés et les formes de maltraitance prises individuellement sont généralement faibles, allant de $r = 0,08$ à $0,18$. Les associations les plus marquées concernent le cumul des formes de maltraitance, soit le nombre de formes de maltraitance qui est positivement associé à la présence et au nombre de difficultés, tant internalisées qu'externalisées. À cet égard, la force du lien est légèrement plus élevée avec les difficultés externalisées ($r = 0,23$ et $0,28$) qu'avec les difficultés internalisées ($r = 0,21$ et $0,22$). Les quatre formes de maltraitance présentent quelques liens avec les difficultés de fonctionnement. D'abord, une corrélation faible et positive est observée entre la présence d'au moins une difficulté de fonctionnement et la négligence ($r = 0,12$). À l'inverse, on note une corrélation négative faible avec l'abus physique ($r = -0,08$) et l'EVC ($r = -0,10$). Lorsqu'on considère spécifiquement les difficultés externalisées, tant en termes de présence que de nombre, une association positive faible est observée avec la négligence ($r = 0,14$ et $r = 0,18$), tandis que des relations négatives de faible ampleur sont relevées avec l'abus physique ($r = -0,10$ et $r = -0,13$) et l'EVC ($r = -0,12$ et $r = -0,15$). Quant aux difficultés internalisées, les résultats révèlent une association positive faible entre la présence ainsi que le nombre de difficultés internalisées et les MTP ($r = 0,10$ et $r = 0,09$). Les difficultés internalisées, autant en présence qu'en nombre, présentent un lien négatif faible avec l'EVC ($r = -0,08$ et $r = -0,09$).

Par ailleurs, l'abus physique est la seule forme de mauvais traitement qui n'est pas associée au cumul des formes de maltraitance. Enfin, on note que l'âge des adolescents présente une corrélation faible avec le nombre de difficultés externalisées ($r = 0,11$); ceux plus âgés présenteraient davantage de difficultés. Notons aussi qu'il y a un lien négatif faible de l'âge avec l'EVC ($r = -0,08$).

Tableau 6

Corrélations entre les formes de mauvais traitements et les difficultés de fonctionnement chez les adolescents suivis par la DPJ.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Âge (r Pearson)	-	0,04	0,06	0,08	0,07	0,11**	-0,05	0,03	0,04	-0,08*	0,05
2.Au moins une difficulté		-	0,66***	0,62***	0,68***	0,62***	0,12**	-0,08*	0,04	-0,10*	0,24***
3.Difficultés internalisées			-	0,92***	0,27***	0,28***	0,06	-0,05	0,10*	-0,08*	0,21***
4.Nombre de difficultés internalisées				-	0,33***	0,35***	0,06	-0,05	0,09*	-0,09*	0,22***
5.Difficultés externalisées					-	0,92***	0,14***	-0,10*	-0,02	-0,12**	0,23***
6.Nombre de difficultés externalisées						-	0,18***	-0,13***	-0,06	-0,15***	0,28***
7.Négligence (incluant risque)							-	-0,59***	-0,23***	-0,24***	0,24***
8.Abus physique (incluant risque)								-	-0,11**	-0,15***	-0,07
9.Mauvais traitement psychologique									-	-0,09*	0,31***
10.Exposition à la violence conjugale										-	0,16***
11.Cumul des formes de maltraitance											-

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

Le Tableau 7 présente les résultats des analyses de khi carré sur l'association entre la présence d'au moins une difficulté internalisée ou externalisée et la présence formes de mauvais traitement. D'abord, les résultats montrent que les adolescents qui ont un signalement fondé pour négligence sont plus susceptibles de présenter des difficultés externalisées ($\chi^2 (1, N = 661) = 12,48, p < 0,001$). En revanche, les adolescents qui ont un signalement fondé pour abus physique sont moins susceptibles de présenter des difficultés externalisées ($\chi^2 (1, N = 661) = 6,39, p = 0,011$). Quant aux mauvais traitements psychologiques, les résultats montrent que les adolescents qui ont un signalement fondé pour mauvais traitement psychologique sont plus susceptibles de présenter au moins une difficulté internalisée que ceux qui ne pas de signalement fondé pour cette forme de maltraitance ($\chi^2 (1, N = 661) = 6,269, p = 0,012$). Enfin, les adolescents avec un signalement fondé pour exposition à la violence conjugale sont moins susceptibles de présenter des difficultés internalisées ($\chi^2 (1, N = 661) = 4,236, p = 0,040$) et externalisées ($\chi^2 (1, N = 661) = 9,67, p = 0,002$).

Tableau 7

Résultats des tests du khi-carré examinant le pourcentage des difficultés internalisées et externalisées en fonction de la présence des différentes formes de maltraitance.

	Négligence N = 354		Abus physique N = 197		MTP N = 155		EVC N = 96	
	Prés.	Abs.	Prés.	Abs.	Prés.	Abs.	Prés.	Abs.
Difficultés internalisées	57,1	42,9	50,8	49,2	63,2*	36,8	44,8	55,2*
Difficultés externalisées	61,6***	38,4	47,7	52,3*	53,5	46,5	40,6	59,4**

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

Au Tableau 8, des tests-t pour échantillons indépendants ont été réalisés afin d'examiner le lien entre le nombre de difficultés de fonctionnement internalisées et externalisées selon la présence ou l'absence de chaque forme de mauvais traitement. En premier lieu, les résultats montrent que le nombre de difficultés internalisées diffère significativement selon la présence de MTP et d'EVC, mais pas selon la présence de négligence ou d'abus physique. Plus précisément, les adolescents ayant un signalement fondé pour MTP présentent un nombre plus élevé de difficultés internalisées ($M = 0,99, \text{ÉT} = 0,95$) que

ceux n'ayant pas de signalement fondé pour cette forme de maltraitance ($M = 0,81$, $ÉT = 0,93$), ($t(251,14) = -2,16$, $p = 0,032$). À l'inverse, les adolescents exposés à l'EVC présentent un nombre de difficultés internalisées plus faible ($M = 0,65$, $ÉT = 0,86$) que ceux non exposés ($M = 0,88$, $ÉT = 0,95$), ($t(137,37) = 2,44$, $p = 0,014$). Par ailleurs, on note un lien significatif entre le nombre de difficultés externalisées et l'ensemble des formes de maltraitance. Plus précisément, les adolescents ayant un signalement fondé pour négligence présentant un nombre plus élevé de difficultés externalisées que ceux n'ayant pas de signalement pour négligence ($M = 0,82$, $ÉT = 1,13$) ($t(647,91) = -5,07$, $p < 0,001$). D'autre part, les associations sont inversées pour les autres formes de maltraitance soit, l'abus physique, les MTP et l'EVC. En effet, les adolescents exposés à l'abus physique présentent un nombre de difficultés externalisées plus faibles ($M = 0,82$, $ÉT = 1,15$) que les jeunes non exposés ($M = 1,21$, $ÉT = 1,42$) ($t(450,97) = 3,68$, $p < 0,001$). On observe un résultat similaire chez les adolescents ayant un signalement fondé pour MTP ($M = 0,87$, $ÉT = 1,04$) comparativement à ceux n'en ayant pas ($M = 1,16$, $ÉT = 1,43$) ($t(349,72) = 2,78$, $p = 0,006$). Finalement, le nombre de difficultés externalisées diffère significativement selon la présence d'EVC ($t(176,05) = 5,22$, $p < 0,001$), avec des moyennes plus faibles en présence d'EVC (présence : $M = 0,59$, $ÉT = 0,94$, absence : $M = 1,18$, $ÉT = 1,40$).

Tableau 8

Nombre de difficulté de fonctionnement selon la présence ou l'absence de chaque forme de mauvais traitement.

	Présence			Absence			t (ddl)	(IC 95%)	p
	n	M	ET	n	M	ET			
	Présence de négligence			Absence de négligence					
Nb. Difficulté internalisée	354	0,90	0,957	307	0,79	0,912	-1,505 (653,164)	-0,253 ; 0,033	0,133
Nb. Difficulté externalisée	354	1,33	1,483	307	0,82	1,126	-5,071 (647,912)	-0,715 ; -0,316	<0,001
	Présence d'abus physique			Absence d'abus physique					
Nb. Difficulté internalisée	197	0,78	0,910	464	0,88	0,948	1,338 (384,057)	-0,049 ; 0,259	0,189
Nb. Difficulté externalisée	197	0,82	1,149	464	1,21	1,416	3,683 (450,968)	0,180 ; 0,593	<0,001
	Présence de MTP			Absence de MTP					
Nb. Difficulté internalisée	155	0,99	0,950	506	0,81	0,930	-2,157 (251,140)	-0,358 ; -0,016	0,032
Nb. Difficulté externalisée	155	0,87	1,036	506	1,16	1,430	2,779 (349,724)	0,085 ; 0,497	0,006
	Présence de EVC			Absence de EVC					
Nb. Difficulté internalisée	96	0,65	0,858	565	0,88	0,947	2,485 (137,367)	0,049 ; 0,429	0,014
Nb. Difficulté externalisée	96	0,59	0,936	565	1,18	1,395	5,220 (176,046)	0,364 ; 0,806	<0,001

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

Chapitre 4 : Discussion

Cette étude visait à documenter les difficultés de fonctionnement chez les adolescents ayant un signalement fondé par la DPJ en raison de maltraitance ainsi que d'interroger les relations entre les types et le cumul des difficultés de fonctionnement des jeunes et les formes spécifiques de maltraitance vécues. Les résultats discutés proviennent d'analyses secondaires réalisées à partir des données de l'ÉIQ-2014 (Hélie et al., 2017). Le caractère représentatif de l'échantillon sur le plan provincial permet de situer les conclusions dans le contexte plus large des situations évaluées par la DPJ au Québec.

3.3 Difficultés de fonctionnement à l'adolescence

Les résultats indiquent que la grande majorité (72,9%) des adolescents 12-17 ans connus pour maltraitance à la DPJ présentent au moins une difficulté de fonctionnement. Cette proportion est nettement plus élevée que celle observée dans la population générale, où la prévalence de telles difficultés est estimée entre 8 % et 17 % selon les études populationnelles (INSPQ, 2024; Plante et al., 2018). Ce résultat rejoint les constats des travaux antérieurs soulignant l'impact durable de la maltraitance sur le bien-être des jeunes (Baker et al., 2007; Burns et al., 2004; Negriff et al., 2020; Pecora et al., 2009; Tarren-Sweeney, 2013; Vieira et al., 2023). Il importe toutefois d'interpréter les résultats présentés à la lumière de leur période de collecte, soit 2014. Plusieurs travaux récents indiquent une augmentation des problématiques de santé mentale chez les adolescents (Camirand et al., 2023; INSPQ, 2024). Dans ce contexte, il est possible qu'une collecte de données actuelle puisse mettre en évidence des proportions plus élevées.

Au sein de l'échantillon, une minorité des jeunes ont nécessité des soins médicaux ou psychologiques. Ces résultats pourraient témoigner de la présence d'intervention précoce auprès des jeunes afin de prévenir une détérioration de leur fonctionnement. Néanmoins, une autre explication plausible est que certains besoins de soins ne soient pas détectés durant l'évaluation du signalement, notamment parce que l'autonomie accrue à l'adolescence peut masquer certaines difficultés et retarder leur repérage. Les résultats montrent aussi que 27,1 % des adolescents ne présentent aucune difficulté de fonctionnement, ce qui invite à s'interroger sur les facteurs pouvant contribuer à un fonctionnement adaptatif malgré l'exposition aux mêmes contextes de maltraitance. Rappelons d'ailleurs que la présente étude inclut des situations de risques d'abus

physique et de risques de négligence; situations qui pourraient être associées à moins de difficultés de fonctionnement chez les adolescents. Par ailleurs, il est aussi possible que ces adolescents présentent des facteurs de protection non documentés dans l'étude, tels que la résilience individuelle (p. ex. : stratégies d'adaptation, régulation émotionnelle, persévérance, capacité de donner un sens à l'adversité) ou la présence d'un environnement familial ou social plus favorable (Afifi & MacMillan, 2011; Meng et al., 2018). De plus, les résultats montrent que les adolescents plus âgés présentent davantage de difficultés de fonctionnement, un résultat qui s'inscrit aussi dans la tendance observée dans la population générale (Merikangas et al., 2010; Plante et al., 2018). Plus précisément, les adolescents plus âgés rapportent davantage de difficultés externalisées que les plus jeunes. Cette différence peut notamment s'expliquer par le fait que les adolescents plus âgés ont été exposés plus longtemps à une période développementale durant laquelle ces difficultés sont susceptibles d'émerger.

Les difficultés de fonctionnement, qu'elles soient externalisées ou internalisées, comme rapportées par les intervenants (soupçonnées, observées ou dépistées), se manifestent souvent de façon combinée dans l'étude (36,8%). Cela traduit une grande variabilité dans les expressions du traumatisme, allant de réactions silencieuses à explosives. Par ailleurs, les résultats montrent que les difficultés de fonctionnement internalisées sont un plus présentes chez les jeunes suivis par la DPJ pour maltraitance : la dépression ou l'anxiété (42,4%) sont celles les plus fréquemment rapportées, suivi par le trouble de l'attachement (20,9%). Ce constat rejoint la tendance observée chez les jeunes dans la population générale qui présentent des prévalences légèrement plus élevées de difficultés internalisées comparativement aux difficultés externalisées (Merikangas et al., 2010; UNICEF, 2021). Les résultats montrent aussi que les difficultés internalisées tendent à se présenter davantage de manière cumulée (deux types ou plus : 23,9%) comparativement aux difficultés de fonctionnement externalisées (deux types ou plus : 17,4%). Ces dernières se présentant davantage sous forme de TDAH ou TDA (36,3%). De plus, la corrélation légèrement plus faible entre la présence d'au moins une difficulté (tous types confondus) et le nombre de difficultés externalisées laisse penser que ces difficultés peuvent, dans certains cas, se présenter de façon plus circonscrite ou isolée. Enfin, les corrélations légèrement plus élevées observées lorsque les difficultés internalisées sont mesurées selon leur nombre, plutôt que selon leur présence ou leur absence, pourraient refléter que les adolescents chez qui les difficultés internalisées sont suffisamment

marquées pour être repérées font également l'objet d'une évaluation plus approfondie, ce qui pourrait favoriser l'identification de difficultés externalisées concomitantes.

3.4 Maltraitance et difficultés de fonctionnement

Les données relatives à la fréquence des différentes formes de maltraitance chez les adolescents s'avèrent comparables à celles obtenues dans des collectes de données plus récentes. En effet, chez les adolescents, la négligence demeure la forme de maltraitance la plus répandue (DPJ, 2025; Clément et al., 2016; Hélie et al., 2025) suivie de l'abus physique et des mauvais traitements psychologiques. Les constats quant à la négligence rejoignent d'autres études réalisées un peu partout dans le monde (Bland et al., 2018; Wang et al., 2026). Au chapitre 2 de leur rapport, Clément et al., (2025) indiquent aussi que, dans la population générale, comparativement aux enfants plus jeunes, les adolescents sont davantage à risque ou victimes de négligence. Également, cette prédominance de la négligence dans le groupe à l'étude pourrait contribuer à expliquer la faible proportion de jeunes ayant présenté des blessures physiques (9,8 %), celles-ci étant davantage susceptibles d'être observées chez les jeunes enfants victimes de mauvais traitements physiques.

De manière générale, les résultats montrent que les difficultés internalisées sont peu associées aux diverses formes de maltraitance, à l'exception de la cooccurrence de mauvais traitements, ce qui suggère que l'accumulation d'expériences de maltraitance pourraient être davantage liée à ces difficultés que l'exposition à une forme spécifique. Cela fait écho à l'étude de Slopen et al., (2014), qui montre que l'exposition cumulative et chronique à plusieurs adversités sociales dans l'enfance est plus fortement associée aux symptômes internalisés et externalisés que des adversités prises isolément. Dans la présente étude, les analyses montrent aussi que les difficultés externalisées présentent des associations plus fortes et plus systématiques avec les différentes formes de maltraitance (négligence, abus physique, mauvais traitement psychologique, exposition à la violence conjugale) que les difficultés internalisées.

Lorsque l'on examine chacune des formes de mauvais traitement séparément, certaines nuances apparaissent. Par exemple, la négligence se distingue par des corrélations significatives et constantes avec les difficultés externalisées ainsi que par le nombre de difficultés plus élevé au test-t et une plus grande proportion de jeunes présentant au moins une difficulté externalisée. Ces résultats s'inscrivent dans le prolongement de l'étude de Clément et al., (2009), car ils mettent en

évidence un lien étroit entre la négligence, possiblement de supervision, et les difficultés externalisées à l'adolescence. Cela pourrait s'expliquer en partie par le fait que les adolescents victimes de négligence soient davantage laissés à eux-mêmes et ainsi plus à risque de suivre une trajectoire déviante en consommant davantage ou en adoptant des comportements délinquants (Kobulsky et al., 2022; Snyder & Merritt, 2016). En revanche, aucun lien n'est ressorti entre la négligence et les difficultés internalisées tant dans les analyses de corrélation que de khi carré et de test-t.

Bien que la présente étude mette en évidence une association entre la négligence et les difficultés externalisées, elle ne permet pas de préciser les mécanismes expliquant cette relation. Afin de mieux comprendre l'association entre la négligence et les difficultés externalisées, plusieurs auteurs soulignent l'importance de considérer l'ensemble des dimensions sociales et environnementales en jeu plutôt que de considérer les facteurs de manière isolée (Dufour et al., 2019; Snyder & Merritt, 2015). Les difficultés liées à la négligence ne se limitent pas à la sphère familiale : le manque de ressources et de soutien tend à isoler les parents et à nuire à leur capacité à répondre adéquatement aux besoins de l'enfant (Lacharité, 2014; Pétrin et al., 2024).

Concernant les mauvais traitements psychologiques, les résultats montrent de faibles corrélations positives avec la présence d'au moins une difficulté internalisée ainsi qu'avec le nombre de difficultés internalisées. Les résultats indiquent également une faible association négative avec le nombre de difficultés externalisées. Considérant que les analyses corrélationnelles soulèvent une association positive avec le cumul de formes de maltraitance, ceci pourrait suggérer que les difficultés sont davantage expliquées par la combinaison de MTP avec d'autres formes de mauvais traitements. Cela dit, ces résultats peuvent aussi s'expliquer par des enjeux de mesure, une temporalité différente des effets ou encore une expression plus subtile des difficultés associées à cette forme de maltraitance. De plus, les mauvais traitements psychologiques sont souvent plus difficiles à reconnaître que les autres formes de maltraitance en raison de leur caractère subtil, chronique et moins directement observable, ce qui peut influencer leur identification et leur signalement à la DPJ. Par ailleurs, leurs conséquences, qui se manifestent fréquemment de manière intériorisée, diffuse ou progressive, peuvent également être moins facilement détectées par les instruments de mesure utilisés dans le contexte d'évaluation de la LPJ.

Quant à l'exposition à la violence conjugale, les résultats obtenus vont à l'encontre des attentes théoriques et des connaissances actuelles dans le domaine. En effet, les analyses de khi carré indiquent que l'EVC est associée à un pourcentage moins élevé de difficultés internalisées ainsi qu'à un pourcentage moins élevé de difficultés externalisées. Cette tendance est également observée dans les analyses de test-t, où les adolescents exposés à la violence conjugale présentent un plus faible cumul de difficultés internalisées et externalisées. Le fait que les associations négatives entre l'EVC et le nombre de difficultés soient observées de manière cohérente à travers plusieurs analyses et pour différentes variables (présence et cumul) réduit néanmoins la probabilité qu'elle soit attribuable au hasard ou à une fluctuation statistique.

Enfin, l'abus physique est associé à des résultats inverses à ceux anticipés, car il est faiblement et négativement associé aux difficultés de fonctionnement. Cette relation est observée pour les difficultés externalisées, autant dans leur forme dichotomique que cumulative. Les constats qui ressortent des analyses présentes diffèrent de ceux rapportés par Norman et al. (2012), qui observent plutôt que l'abus physique exerce une influence positive sur l'apparition de troubles de santé mentale. Il est possible que ce résultat contre-intuitif soit lié à des mécanismes de résilience particuliers (p. ex., régulation émotionnelle efficace, engagement scolaire, estime de soi préservée). D'ailleurs, peu de blessures physiques sont rapportées chez les adolescents dans la présente étude, et encore moins ont nécessité des soins médicaux. Ceci témoigne peut-être d'une faible gravité des expériences vécues, qui incluent dans la présente étude les situations de risque d'abus physique. En effet, lorsqu'elles sont présentes, les blessures témoignent d'une violence physique plus sévère, laquelle est associée dans la littérature à un risque accru de traumatismes psychologiques et de troubles de santé mentale (Norman et al., 2012).

Rappelons qu'en raison des caractéristiques de la population à l'étude, les résultats du présent mémoire renseignent sur la présence/absence de différentes formes de maltraitance parmi des enfants ayant au moins une forme de maltraitance fondée. Ainsi, ces résultats ne signifient pas que les jeunes ayant subi de l'abus physique ne sont pas à risque de présenter des difficultés externalisées comparativement à des jeunes non maltraités; ils indiquent plutôt que, dans le cadre de comparaisons entre formes de maltraitance au sein de cette population, la présence d'abus physique apparaît associée à un profil relativement moins chargé en difficultés externalisées, comparé à l'absence de cette forme de maltraitance (et donc, la présence d'une ou plusieurs autres

formes). À cet effet, il est intéressant de noter que l'abus physique est la seule forme de maltraitance qui ne présente pas de relation avec le cumul de maltraitance. Ces constats font écho aux observations de Larrivée, Tourigny et Bouchard (2007) qui montrent que les situations d'abus physique sans cooccurrence sont généralement moins associées à un dysfonctionnement familial global. Cependant, lorsque l'abus physique se produit en cooccurrence avec d'autres formes de maltraitance, il reflète un contexte familial plus détérioré (Larrivée et al., 2007).

Les résultats de la présente étude confirment la persistance d'un effet cumulatif de l'exposition à plusieurs formes de maltraitance : plus le nombre de formes de maltraitance est élevé, plus les difficultés le sont également ; ce constat rejoint celui de nombreuses études antérieures (Haahr-Pedersen et al., 2020; Hardi et al., 2025; Stein et al., 2022). La variable de cumul de maltraitance ressort comme ayant des associations globalement positives avec l'ensemble des variables liées aux difficultés de fonctionnement. Ce constat soutient l'idée d'un effet additif ou synergique du cumul de maltraitance, confirmant la pertinence d'une approche globale dans l'étude des conséquences de la maltraitance. Ces résultats s'inscrivent dans la continuité des travaux de Collin-Vézina et al. (2011), qui montrent qu'un cumul plus élevé de formes de maltraitance est associé à un risque accru de difficultés de fonctionnement. En plus du cumul des mauvais traitements qui accentue le risque de difficultés, certaines formes de mauvais traitements individuels présentent aussi des liens avec la présence de difficultés de fonctionnement.

Au-delà des résultats observés, il est pertinent de replacer ces constats dans un cadre plus large concernant la reconnaissance de la maltraitance à l'adolescence. Les résultats relatifs aux difficultés externalisées invitent à réfléchir à la visibilité des adolescents maltraités dans les systèmes de protection. Les études montrent que les adolescents présentant des comportements dérangeants ou délinquants sont souvent moins reconnus comme victimes de maltraitance, moins pris en charge par les services de protection et davantage orientés vers la justice juvénile (Hicks & Stein, 2015; Naughton et al., 2017). Cette dynamique contribue à la sous-détection de la maltraitance à l'adolescence (Naughton et al., 2017) ainsi qu'au repérage insuffisant des difficultés internalisées et externalisées qui en résultent. Le contexte québécois diffère toutefois, car le motif « troubles de comportement sérieux » (TC) est encadré par la DPJ, ce qui permet à certains jeunes présentant des manifestations externalisées d'entrer dans les services de protection même lorsque la maltraitance n'est pas immédiatement reconnue. Dans l'échantillon, bien que les jeunes admis

uniquement pour TC aient été exclus, 25 % des jeunes retenus pour un autre motif présentaient tout de même un TC fondé comme motif d'intervention sous la LPJ. Parmi les jeunes ayant un TC fondé, 86 % présentent effectivement des difficultés externalisées, ce qui montre la forte convergence entre ces deux dimensions. Ainsi, même si l'étude porte sur de jeunes suivis pour maltraitance, la présence importante de difficultés externalisées reflète possiblement la particularité du système québécois, qui permet de rendre visibles des adolescents qui, ailleurs, seraient plus facilement considérés comme « délinquants » plutôt que comme jeunes à protéger. Cette particularité représente une opportunité d'intervenir pour prévenir l'aggravation de ces difficultés.

3.5 Limites

Une limite importante de la présente étude réside dans son caractère bivarié et corrélationnel. Bien que des associations significatives aient été observées entre les expériences de maltraitance et les difficultés de fonctionnement à l'adolescence, le devis utilisé ne permet pas d'établir un lien de causalité ni de conclure que la maltraitance constitue un facteur à l'origine de ces difficultés. Des analyses multivariées et longitudinales, qui tiennent compte simultanément de plusieurs facteurs, permettraient d'approfondir notre compréhension des liens entre le type de maltraitance subit et les difficultés de fonctionnement. De plus, il importe de souligner que les corrélations observées sont de faible ampleur, ce qui limite la portée des associations mises en évidence et invite à la prudence dans leur interprétation.

De plus, cette étude repose sur une utilisation secondaire des données issues de l'ÉIQ-2014, ce qui entraîne différentes limites. Premièrement, une contrainte découle de la population ciblée : l'ÉIQ-2014 ne recense que les situations signalées puis retenues pour évaluation par les services de protection de la jeunesse. Par conséquent, les cas de mauvais traitements qui n'ont pas été signalés, ou qui ont été signalés, mais jugés non admissibles selon les critères légaux de la LPJ ne sont pas inclus dans l'échantillon (Hélie et al., 2017). Plusieurs facteurs contribuent à la sous-déclaration des cas de maltraitance : absence de preuves tangibles, crainte de représailles, méconnaissance des mécanismes de signalement ou encore normalisation de comportements abusifs ou négligents (Dufour et al., 2019; Hélie et al., 2017). Ces éléments favorisent une invisibilisation partielle des situations de maltraitance vécue par les enfants et les adolescents. De plus, certains comportements parentaux, bien qu'ils exercent un impact réel sur leur bien-être et

leur développement, ne correspondent pas nécessairement aux critères juridiques stricts requis pour une intervention LPJ. Deuxièmement, la mesure des difficultés de fonctionnements repose sur l'évaluation des intervenants et se limite ainsi aux difficultés observables au moment de l'évaluation du signalement. Cette dépendance au jugement clinique de l'intervenant implique que certaines difficultés puissent ne pas être relevées, ce qui pourrait entraîner une sous-estimation de leur fréquence réelle.

Finalement, il est important de considérer la dimension temporelle et transversale des données. L'ÉIQ-2014 s'appuie sur un échantillon datant de plus d'une décennie, ce qui peut limiter la pertinence actuelle des constats, compte tenu de l'évolution dans la prévalence des difficultés de fonctionnement dans la population, de l'évolution des pratiques professionnelles, des politiques publiques ainsi que des sensibilités sociales liées à la protection de l'enfance. Ces contraintes rappellent la nécessité de compléter ce type de recherche par d'autres sources d'information qualitatives et populationnelles.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'examiner les difficultés de fonctionnement chez les adolescents connus des services de la DPJ en raison de situations de maltraitance retenues et fondées, ainsi que d'explorer les relations entre ces difficultés et les formes spécifiques de mauvais traitements vécus. La présente étude contribue à une compréhension plus fine des liens entre la maltraitance et les difficultés de fonctionnement. Étant transversale et corrélationnelle, elle offre un portrait de la nature et du nombre de difficultés présentes chez les adolescents victimes de maltraitance connus de la DPJ. Afin d'approfondir la compréhension des trajectoires de victimisation et de leurs répercussions, il serait toutefois nécessaire de privilégier des méthodes longitudinales. L'analyse de l'évolution des impacts de la maltraitance, depuis l'enfance jusqu'à l'adolescence puis à l'âge adulte, permettrait de mieux cerner la persistance, la transformation ou l'atténuation des difficultés au fil du temps. Des méthodes longitudinales pourraient aussi permettre d'explorer l'évolution des troubles du comportement chez les jeunes victimes de maltraitance et examiner dans quelle mesure ils reflètent des réponses au traumatisme plutôt qu'un motif de signalement.

Un apport majeur réside dans l'identification des difficultés en fonction de la forme de maltraitance. La négligence apparaît liée de façon particulièrement marquée aux difficultés externalisées, alors que l'abus physique, souvent présent comme motif de signalement unique plutôt que concomitant, ne s'associe pas aux difficultés de fonctionnement comme on aurait pu le prévoir. Par ailleurs, les associations négatives de l'abus physique et de l'exposition à la violence conjugale avec les difficultés de fonctionnement soulignent la nécessité d'explorer davantage les mécanismes de résilience ou les possibilités de limites de détection des difficultés. Cette approche favoriserait une lecture plus nuancée des facteurs de protection susceptibles d'expliquer les variations dans les conséquences observées.

Le cumul de formes de maltraitance demeure l'indicateur le plus fortement corrélé à l'ensemble des types de difficultés, ce qui souligne l'importance de mieux comprendre les trajectoires complexes de polyvictimisation. Les résultats mettent en évidence que les impacts sur le fonctionnement des jeunes ne sont pas homogènes, mais qu'ils varient considérablement selon les caractéristiques propres à chaque situation. Dans ce prolongement, la distinction entre un signalement pour troubles de comportement et la présence de difficultés externalisées soulève une

question centrale : lequel de ces indicateurs reflète le mieux la détresse réelle des adolescents, et dans quelle mesure le motif « troubles de comportement » permet-il d'atteindre, des jeunes qui, autrement, pourraient demeurer invisibles aux services de protection? Des recherches futures gagneraient à explorer ces dynamiques pour mieux saisir comment les systèmes de protection identifient et soutiennent les adolescents plus vulnérables.

Sur le plan pratique, ces observations montrent qu'il ne suffit pas de considérer la maltraitance en termes génériques. Les interventions doivent tenir compte de la diversité des formes, de l'âge auquel surviennent l'événement, le type précis de difficultés auquel l'enfant est confronté et l'effet potentiel du cumul des formes de mauvais traitements. Ces paramètres doivent être intégrés dans la planification de mesures préventives ou thérapeutiques. Ces perspectives constituent des leviers essentiels pour renforcer la protection, la réparation et le rétablissement des jeunes ayant vécu de la maltraitance.

Enfin, il apparaît essentiel de réactualiser les analyses avec des données récentes, afin de dresser un portrait plus fidèle et reflétant mieux la situation actuelle. Une telle démarche permettrait d'intégrer l'évolution des contextes sociaux et des pratiques de signalement, tout en affinant les stratégies d'intervention.

Bibliographie

- Abraham, A., & Walker-Harding, L. (2022). The key social determinants of mental health : Their effects among children globally and strategies to address them: a narrative review. *Pediatric Medicine*, 5, 7-7. <https://doi.org/10.21037/pm-20-78>
- Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment : a review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 266-272. <https://doi.org/10.1177/070674371105600505>
- Andersen, S. H. (2021). Association of youth age at exposure to household dysfunction with outcomes in early adulthood. *JAMA Network Open*, 4(1), e2032769. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.32769>
- Aouidad, A. (2021). *Conséquences développementales de la maltraitance infantile : De la résilience à la psychopathologie. Exemple du trouble de personnalité borderline à l'adolescence* [Thèse de doctorat]. Université Paris-Saclay.
- Baker, A. J. L., Kurland, D., Curtis, P., Alexander, G., & Papa-Lentini, C. (2007). Mental health and behavioral problems of youth in the child welfare system : residential treatment centers compared to therapeutic foster care in the Odyssey Project Population. *Child Welfare*, 86(3), 97-123.
- Bakker, M. P., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Oldehinkel, A. J. (2012). Childhood family instability and mental health problems during late adolescence : a test of two mediation models—The TRAILS Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(2), 166-176. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.651990>
- Bergeron, L., Valla, J.-P., Smolla, N., Piché, 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. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9103-x>
- Bland, V. J., Lambie, I., & Best, C. (2018). Does childhood neglect contribute to violent behavior in adulthood? A review of possible links. *Clinical Psychology Review*, 60, 126-135. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.02.001>
- Blum, R. W., Lai, J., Martinez, M., & Jessee, C. (2022). Adolescent connectedness : Cornerstone for health and wellbeing. *BMJ*, 379, e069213. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069213>
- Borschmann, R., & Patton, G. C. (2018). The outcomes of adolescent mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(1), 3-5. <https://doi.org/10.1111/acps.12833>
- Bronfenbrenner, U. (2009). *Ecology of human development : Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., & Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare : a national survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960-970. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000127590.95585.65>
- Camirand, H., Conus, F., Davison, A., Dupont, K., Gonzalez-Sicilia, D., Joubert, K., & Niyibizi, J. (2023). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021* (p. 328). Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-population-2020-2021.pdf>
- Camirand, H., Traoré, I., & Baulne, J. (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : Pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. (p. 208). Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la>

sante-de-la-population-2014-2015-pour-en-savoir-plus-sur-la-sante-des-quebecois-
resultats-de-la-deuxieme-edition.pdf

- Campbell, O. L. K., Bann, D., & Patalay, P. (2021). The gender gap in adolescent mental health : A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM - Population Health*, 13, 100742. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100742>
- Casanueva, C., Tueller, S., Smith, K., Dolan, M., & Ringeisen, H. (2014). *National Survey of Child and Adolescent Well-Being II - Wave 3* (N^{os} 2013-43; Numéros 2013-43). U.S. Department of Health and Human Services.
- Chiang, S.-C., Ting, S.-J., Chen, W.-C., & Liu, T.-H. (2023). Parent and adolescent emotional variability and adolescent psychopathology. *Journal of Family Psychology*, 37(4), 538-546. <https://doi.org/10.1037/fam0001069>
- Clément, M.-È., Bérubé, A., & Chamberland, C. (2016). Prevalence and risk factors of child neglect in the general population. *Public Health*, 138, 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.03.018>
- Clément, M.-È., Chamberland, C., Tourigny, M., & Mayer, M. (2009). Taxinomie des besoins des enfants dont les mauvais traitements ou les troubles de comportement ont été jugés fondés par la direction de la protection de la jeunesse. *Child Abuse & Neglect*, 33(10), 750-765. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.08.001>
- Clément, M.-È., Morin, A., Gagné, M.-H., Lévesque, S., Bérubé, A., Flores, J., & Lecours, C. (2025). *La violence et la négligence familiales dans la vie des enfants du Québec, 2024. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 5e édition de l'enquête* (p. 197). Institut de la statistique du Québec. statistique.quebec.ca/fr/fichier/violence-negligence-familiales-enfants-2024.pdf

- Cloutier, R., & Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescence* (3e éd). G. Morin.
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., & Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), Article 5. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9323-8>
- Conley, C. S., & Rudolph, K. D. (2009). The emerging sex difference in adolescent depression : Interacting contributions of puberty and peer stress. *Development and Psychopathology*, 21(2), 593-620. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000327>
- Courtois, R. (2011). *Les conduites à risque à l'adolescence : Repérer, prévenir, prendre en charge*. Dunod.
- Crochelet, A., Zdanowicz, N., Jacques, D., & Reynaert, C. (2011). Enjeux de la sexualité à l'adolescence. *Louvain Med*, 6(130), 188-192.
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (avec American psychiatric association). (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.
- Cyr, K., Chamberland, C., Clément, M.-È., Wemmers, J.-A., Collin-Vézina, D., Lessard, G., Gagné, M.-H., & Damant, D. (2017). The impact of lifetime victimization and polyvictimization on adolescents in Québec : mental health symptoms and gender differences. *Violence and Victims*, 32(1), 3-21. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00020>
- Davids, E. L., Roman, N. V., & Leach, L. (2017). The link between parenting approaches and health behavior : A systematic review. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 27(6), 589-608. <https://doi.org/10.1080/10911359.2017.1311816>

- Deighton, J., Lereya, S. T., Casey, P., Patalay, P., Humphrey, N., & Wolpert, M. (2019). Prevalence of mental health problems in schools : Poverty and other risk factors among 28 000 adolescents in England. *British Journal of Psychiatry*, 215(3), 565-567. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.19>
- Directrices et Directeurs de la Protection de la jeunesse. (2025). *BILAN DES DIRECTRICES ET DIRECTEURS DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Directrices et Directeurs de la Protection de la jeunesse. (2026). *BILAN DES DIRECTRICES ET DIRECTEURS DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE*.
- Dufour, S., Clément, M.-È., & Trocmé, N. M. (2019). *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (2e édition). Les Éditions CEC.
- Dumas, J. E. (2013). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (4e éd. revue et augmentée). De Boeck.
- Dzeidee Schaff, A. R., Zulkefly, N. S., Ismail, S. I. F., & Mohd Nazan, A. I. N. (2024). Linking parental self-efficacy, parenting behaviour and mental health of Malaysian early adolescents. *Current Psychology*, 43(23), 20754-20768. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05878-w>
- Ernst, M., & Korelitz, K. E. (2009). Maturation cérébrale à l'adolescence : Vulnérabilité comportementale. *L'Encéphale*, 35, S182-S189. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(09\)73469-4](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(09)73469-4)
- Esposito, T., Caldwell, J., Chabot, M., Blumenthal, A., Trocmé, N., Fallon, B., Hélie, S., & Afifi, T. O. (2022). Childhood prevalence of involvement with the child protection system in

- Quebec : a longitudinal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 622. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010622>
- Esteban-Gonzalo, S., Esteban-Gonzalo, L., Cabanas-Sánchez, V., Miret, M., & Veiga, O. L. (2020). The investigation of gender differences in subjective wellbeing in children and adolescents : The UP&DOWN Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2732. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082732>
- Ethier, 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. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.12.004>
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A.-M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Development*, 81(2), 435-456. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01405.x>
- Goodman, A., Patel, V., & Leon, D. A. (2008). Child mental health differences amongst ethnic groups in Britain: A systematic review. *BMC Public Health*, 8(1), 258. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-258>
- Groh, A. M., Roisman, G. I., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study. *Child Development*, 83(2), 591-610. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01711.x>
- Gruber, M., König, D., Holzhäuser, J., Castillo, D. M., Blüml, V., Jahn, R., Leser, C., Werneck-Rohrer, S., & Werneck, H. (2020). Parental feeding practices and the relationship with

- parents in female adolescents and young adults with eating disorders : A case control study. *PLOS ONE*, 15(11), e0242518. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242518>
- Gruhn, M. A., & Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence : A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 103, 104446. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104446>
- Guillon, M.-S., & Crocq, M.-A. (2004). Estime de soi à l'adolescence : Revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52(1), 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2003.12.005>
- Haahr-Pedersen, I., Ershadi, A. E., Hyland, P., Hansen, M., Perera, C., Sheaf, G., Bramsen, R. H., Spitz, P., & Vallières, F. (2020). Polyvictimization and psychopathology among children and adolescents : A systematic review of studies using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 107, 104589. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104589>
- Hammoud, M., Prudhomme, J., Champsaur, L., & Jegou, M. (2018). L'état de santé psychique et le handicap des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance des Bouches-du-Rhône. *Santé publique*, 30(3), 349-359.
- Hardi, F. A., Peckins, M. K., Mitchell, C., McLoyd, V., Brooks-Gunn, J., Hyde, L. W., & Monk, C. S. (2025). Childhood adversity and adolescent mental health : Examining cumulative and specificity effects across contexts and developmental timing. *Development and Psychopathology*, 37(4), 1954-1970. <https://doi.org/10.1017/S0954579424001512>
- Hélie, S., Collin-Vézina, D., Trocmé, N., Esposito, T., Fallon, B., Morin, S., & Cardin, J.-F. (2025). *Étude d'incidence québécoise sur les enfants évalués en protection de la jeunesse entre 1998 et 2019 (ÉIQ-2019) : Rapport final*. (p. 67). Institut universitaire Jeunes en

- difficulté. <https://iujd.ca/fr/etude-dincidence-quebecoise-sur-les-enfants-evalues-en-protection-de-la-jeunesse-en-2019-eiq-2019>
- Hélie, S., Collin-Vézina, D., Turcotte, D., Trocmé, N., & Girouard, N. (2017). *Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2014* (p. 132). Ministère de la Santé et des services sociaux.
- Hicks, L., & Stein, M. (2015). Understanding and working with adolescent neglect: perspectives from research, young people and professionals. *Child & Family Social Work*, 20(2), 223-233. <https://doi.org/10.1111/cfs.12072>
- Holzer, L., Halfon, O., & Thoua, V. (2011). La maturation cérébrale à l'adolescence. *Archives de Pédiatrie*, 18(5), 579-588. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2011.01.032>
- INSPQ. (2024, mai 24). Troubles anxio-dépressifs [Statistique Québec]. *Vitrine statistique sur les jeunes de 15 à 29 ans*. <https://statistique.quebec.ca/vitrine/15-29-ans/theme/sante/troubles-anxio-depressifs>
- Kobulsky, J. M., Villodas, M., Yoon, D., Wildfeuer, R., Steinberg, L., & Dubowitz, H. (2022). Adolescent neglect and health risk. *Child Maltreatment*, 27(2), 174-184. <https://doi.org/10.1177/10775595211049795>
- Koepke, S., & Denissen, J. J. A. (2012). Dynamics of identity development and separation-individuation in parent-child relationships during adolescence and emerging adulthood – A conceptual integration. *Developmental Review*, 32(1), 67-88. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2012.01.001>
- Kugler, K. C., Guastaferrro, K., Shenk, C. E., Beal, S. J., Zadzora, K. M., & Noll, J. G. (2019). The effect of substantiated and unsubstantiated investigations of child maltreatment and

- subsequent adolescent health. *Child Abuse & Neglect*, 87, 112-119.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.06.005>
- Lacharité, C. (2014). Transforming a wild world : helping children and families to address neglect in the province of Quebec, Canada. *Child Abuse Review*, 23(4), 286-296.
<https://doi.org/10.1002/car.2347>
- Larivée, M.-C., Tourigny, M., & Bouchard, C. (2007). Child physical abuse with and without other forms of maltreatment : dysfunctionality versus dysnormality. *Child Maltreatment*, 12(4), 303-313. <https://doi.org/10.1177/1077559507305832>
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. D. (Éds.). (2009). *Handbook of adolescent psychology* (3rd ed). John Wiley & Sons.
- Leslie, L. K., Landsverk, J., Ezzet-Lofstrom, R., Tschann, J. M., Slymen, D. J., & Garland, A. F. (2000). Children in foster care : Factors influencing outpatient mental health service use. *Child Abuse & Neglect*, 24(4), 465-476. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00116-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00116-2)
- Loi sur la protection de la jeunesse, c. P-34.1 RLRQ (2026).
<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/P-34.1>
- Luebbe, A. M., & Bell, D. J. (2014). Positive and negative family emotional climate differentially predict youth anxiety and depression via distinct affective pathways. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 897-911. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9838-5>
- Maas, C., Herrenkohl, T. I., & Sousa, C. (2008). Review of research on child maltreatment and violence in youth. *Trauma, Violence, & Abuse*, 9(1), 56-67.
<https://doi.org/10.1177/1524838007311105>
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health : A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>

- Masselink, M., Van Roekel, E., & Oldehinkel, A. J. (2018). Self-esteem in early adolescence as predictor of depressive symptoms in late adolescence and early adulthood : the mediating role of motivational and social factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(5), 932-946. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0727-z>
- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child sexual abuse : Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 131-148. <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>
- McCrae, J. S., & Barth, R. P. (2008). Using cumulative risk to screen for mental health problems in child welfare. *Research on Social Work Practice*, 18(2), 144-159. <https://doi.org/10.1177/1049731507305394>
- Meng, X., Fleury, M.-J., Xiang, Y.-T., Li, M., & D'Arcy, C. (2018). Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment : A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(5), 453-475. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1485-2>
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents : results from the National comorbidity survey replication-adolescent supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- Mills, P., Newman, E. F., Cossar, J., & Murray, G. (2015). Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents : Testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 156-166. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.05.011>

- Milteer, R. M., Ginsburg, K. R., COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, Mulligan, D. A., Ameenuddin, N., Brown, A., Christakis, D. A., Cross, C., Falik, H. L., Hill, D. L., Hogan, M. J., Levine, A. E., O’Keeffe, G. S., & Swanson, W. S. (2012). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bond : focus on children in poverty. *Pediatrics*, 129(1), e204-e213. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2953>
- NAMI. (2024, mai 16). *Mental health by the numbers* [National Alliance on Mental Illness]. <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-By-the-Numbers/>
- Naughton, A. M., Cowley, L. E., Tempest, V., Maguire, S. A., Mann, M. K., & Kemp, A. M. (2017). Ask Me! self-reported features of adolescents experiencing neglect or emotional maltreatment : A rapid systematic review. *Child: Care, Health and Development*, 43(3), 348-360. <https://doi.org/10.1111/cch.12440>
- Negriff, S., Gordis, E. B., Susman, E. J., Kim, K., Peckins, M. K., Schneiderman, J. U., & Mennen, F. E. (2020). The young adolescent project : a longitudinal study of the effects of maltreatment on adolescent development. *Development and Psychopathology*, 32(4), Article 4. <https://doi.org/10.1017/S0954579419001391>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect : a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- OMS. (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International*

- report : Summary. WHO. (WHO/EURO:2020-5747-45512-65149).
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2020-5747-45512-65149>
- Pecora, P. J., Jensen, P. S., Hunter Romanelli, L., Jackson, L. J., & Ortiz, A. (2009). Mental health services for children placed in foster care : an overview of current challenges. *Child Welfare*, 88(1), Article 1.
- Pétrin, R., Bérubé, A., Turgeon, J., Boudreault, M., Pichette, V., Dicaire, N., Lafantaisie, V., & Lacharité, C. (2024). Intervenir au Québec auprès des familles en contexte de négligence: *Enfance*, n° 3(3), 311-329. <https://doi.org/10.3917/enf2.243.0311>
- Picard, L., Claes, M., Melançon, C., & Miranda, D. (2007). Qualité des liens affectifs parentaux perçus et détresse psychologique à l'adolescence: *Enfance*, Vol. 59(4), Article 4. <https://doi.org/10.3917/enf.594.0371>
- Piché, G., Cournoyer, M., Bergeron, L., Clément, M.-È., & Smolla, N. (2017). Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 19-42. <https://doi.org/10.7202/1040242ar>
- Plante, N., Courtemanche, R., Berthelot, M., Neill, G., & Traoré, I. (2018). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017 : Résultats de la deuxième édition*. Institut de la statistique du Québec.
- Reinke, D. C. (2005). Age effects of reported child maltreatment in a Canadian sample of children and adolescents. *Developmental Disabilities Bulletin*, 33(1-2), 20-43.
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents : A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>

- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Chan, W. (2009). One-year incidence of psychiatric disorders and associated risk factors among adolescents in the community. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 405-415. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01969.x>
- Robin, M., & Corcos, M. (2015). *RECUEIL DES PHENOMENES DE MALTRAITANCES CHEZ DES ADOLESCENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE : Rapport final – Réponse à appel d'offre ouvert ONED 2014* (p. 98). Institut Mutualiste Montsouris.
- Roussillon, R. (2018). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (3e éd). Elsevier Masson.
- Russell, S. T., & Fish, J. N. (2016). Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153>
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P. C., Overpeck, M. D., Sun, W., & Giedd, J. N. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(8), 760. <https://doi.org/10.1001/archpedi.158.8.760>
- Slopen, N., Koenen, K. C., & Kubzansky, L. D. (2014). Cumulative adversity in childhood and emergent risk factors for long-term health. *The Journal of Pediatrics*, 164(3), 631-638.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.11.003>
- Snyder, S. M., & Merritt, D. H. (2015). The influence of supervisory neglect on subtypes of emerging adult substance use after controlling for familial factors, relationship status, and individual traits. *Substance Abuse*, 36(4), 507-514. <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.997911>

- Snyder, S. M., & Merritt, D. H. (2016). The effect of childhood supervisory neglect on emerging adults' drinking. *Substance Use & Misuse*, 51(1), 1-14.
<https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1073321>
- Stein, C. R., Sheridan, M. A., Copeland, W. E., Machlin, L. S., Carpenter, K. L. H., & Egger, H. L. (2022). Association of adversity with psychopathology in early childhood : Dimensional and cumulative approaches. *Depression and Anxiety*, 39(6), 524-535.
<https://doi.org/10.1002/da.23269>
- Tarren-Sweeney, M. (2013). The Brief Assessment Checklists (BAC-C, BAC-A) : Mental health screening measures for school-aged children and adolescents in foster, kinship, residential and adoptive care. *Children and Youth Services Review*, 35(5), 771-779.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.01.025>
- UNICEF. (2021, octobre). Mental health. *UNICEF*. <https://data.unicef.org/topic/child-health/mental-health/>
- Vieira, A., Sheerin, K. M., Modrowski, C., & Kemp, K. (2023). The intersection of adverse childhood experiences and mental health concerns for youth involved in the child welfare system. *Journal of Community Psychology*, 51(5), 2229-2245.
<https://doi.org/10.1002/jcop.23024>
- Wang, Y., Ren, B., Pan, B., Fang, H., Sun, J., Feng, Z., Yuan, K., Xu, P., Xiao, B., & Li, Y. (2026). The relationship between parental childhood neglect and children's behavioral problems : The mediating role of punitive responses and parent-child conflict. *Children and Youth Services Review*, 184, 108831. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2026.108831>
- Yang, P., Hernandez, B. S., & Plastino, K. A. (2023). Social determinants of mental health and adolescent anxiety and depression : Findings from the 2018 to 2019 National Survey of

Children's Health. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(3), 795-798.
<https://doi.org/10.1177/00207640221119035>

Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., & Jorm, A. F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156, 8-23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.007>

Yoon, Y., Eisenstadt, M., Lereya, S. T., & Deighton, J. (2023). Gender difference in the change of adolescents' mental health and subjective wellbeing trajectories. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(9), 1569-1578. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01961-4>