

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MARIE-PIER NADEAU-NOËL

SYMPTOMATOLOGIE TRAUMATIQUE CHEZ LES ENFANTS MALTRAITÉS :
RÔLES DES TRAUMATISMES MATERNELS ET DU CONTEXTE RELATIONNEL

DÉCEMBRE 2012

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (Ph.D.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES

SYMPTOMATOLOGIE TRAUMATIQUE CHEZ LES ENFANTS MALTRAITÉS :
RÔLES DES TRAUMATISMES MATERNELS ET DU CONTEXTE RELATIONNEL

PAR

MARIE-PIER NADEAU-NOËL

Louise S. Éthier, directrice de recherche Université du Québec à Trois-Rivières

Karine Dubois-Comtois, présidente du jury Université du Québec à Trois-Rivières

Diane St-Laurent, codirectrice de recherche Université du Québec à Trois-Rivières

Tristan Milot, évaluateur Université du Québec à Trois-Rivières

Delphine Collin-Vézina, évaluatrice externe Université McGill

Thèse soutenue le 5 décembre 2012

Ce document est rédigé sous forme d'article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Il sera soumis pour publication au Journal of Aggression Maltreatment and Trauma. Le nom de la directrice et celui de la co-directrice de recherche apparaissent comme co-auteurs de l'article.

Sommaire

La recherche réalisée au cours des deux dernières décennies a permis d'établir un lien significatif entre les mauvais traitements vécus au cours de l'enfance et le développement de symptomatologie traumatique. Tous les enfants maltraités ne présentent cependant pas de tels symptômes. La réponse de la mère à l'enfant est présumée déterminante dans le fait que ce dernier développe une telle symptomatologie. Cette étude s'attarde ainsi à la relation mère-enfant et aux traumatismes maternels afin d'identifier des différences lorsque l'on compare deux groupes d'enfants victimes de mauvais traitements : certains qui présentent une symptomatologie traumatique de niveau clinique et d'autres pas. Les contributions respectives des événements traumatiques de nature interpersonnelle vécus par les mères (au cours de l'enfance et à l'âge adulte), des symptômes traumatiques de celles-ci et de la relation mère-enfant sont également examinées afin d'expliquer le développement de symptomatologie traumatique chez les enfants victimes de mauvais traitements. L'échantillon est composé de 90 dyades mère-enfant suivis en contexte de Protection de la jeunesse. Les enfants (âgés entre 4 et 7 ans) ont été répartis en deux groupes selon qu'ils présentent une symptomatologie traumatique de niveau clinique (n=36) ou sous-clinique (n=54), telle que mesurée par le questionnaire Trauma Symptom Checklist for Young Children. Les événements traumatiques vécus par la mère – maltraitance vécue durant l'enfance et violence interpersonnelle au sein de la relation de couple dans la dernière année – ont été mesurés à l'aide des questionnaires Childhood Trauma Questionnaire et Revised Conflict Tactic Scale. La symptomatologie traumatique de la mère a été mesurée à l'aide

du questionnaire Trauma Symptom Inventory alors que la qualité des interactions mère-enfant a été observée lors d'une période de jeu libre. Les résultats révèlent davantage d'agressions sexuelles sévères subies dans l'enfance chez les mères du groupe clinique. Ces mères présentent également un niveau plus élevée de symptômes traumatiques. Aucune différence significative n'est identifiée quant à la violence interpersonnelle subie par la mère au cours de la dernière année, ni sur le plan de la relation mère-enfant lorsque l'on compare les deux groupes. Des analyses de régression hiérarchique révèlent que les symptômes d'évitement et d'intrusion de la mère sont associés au développement de symptômes d'intrusion chez l'enfant et ce, au-delà du vécu d'événements traumatiques de la mère. Ces résultats apportent un appui empirique aux écrits théoriques (Cook et al., 2005; Lieberman, 2004) qui soulignent l'importance de la symptomatologie maternelle dans le développement de symptomatologie traumatique chez l'enfant maltraité.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Contexte théorique	5
Traumatisme chez l'enfant victime de mauvais traitements	6
Historique.....	6
Controverse diagnostique.....	8
Notion de complexité	13
Dimension intergénérationnelle des traumatismes.....	17
Symptômes traumatiques chez la mère et l'enfant	17
Traumatismes et rôle parental.....	19
Vécu d'évènements traumatique de la mère et symptômes chez l'enfant	22
Vécu traumatique maternel et interactions mère-enfant	24
Modèles théoriques	26
Symptomatologie traumatique maternelle	27
Relation mère-enfant	28
Justification du choix de sujet	31

Chapitre 2: Symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités : Rôles des traumatismes maternels et du contexte relationnel	33
Sommaire	34
Contexte théorique	35
Traumatismes et mauvais traitements	35
Traumatismes et rôle parental.....	38
Interactions parent-enfant	41
Objectifs et hypothèses de l'étude	43
Méthode	45
Participants	45
Déroulement	47
Instruments de mesure	47
Résultats	53
Histoire de mauvais traitements des mères.....	53
Violence conjugale	53
Symptômes de traumatisme chez la mère.....	54
Communication affective mère-enfant	55
Symptomatologie traumatique de l'enfant en lien avec le vécu d'évènements traumatiques de la mère, les symptômes traumatiques maternels et la communication affective mère-enfant	55
Discussion	59
Implications cliniques.....	64
Limites de l'étude	65
Références	67

Discussion générale	86
Rappel des principaux résultats	89
Contribution pour les milieux de pratique.....	93
Conclusion	96
Références	101

Liste des tableaux

Tableau

1 Scores moyens de symptômes traumatiques de l'enfant selon l'appartenance au groupe	78
2 Données socio-démographiques selon l'appartenance au groupe	79
3 Motif de suivi en protection de la jeunesse selon l'appartenance au groupe	80
4 Niveau de sévérité de mauvais traitements vécus par la mère selon l'appartenance au groupe	81
5 Scores moyens de symptômes de traumatisme chez la mère selon l'appartenance au groupe	82
6 Niveau de sévérité des symptômes de traumatisme des mères selon l'appartenance au groupe	83
7 Corrélations entre la symptomatologie traumatique de l'enfant et 1) les évènements traumatiques vécus par la mère, 2) les symptômes traumatiques maternels et 3) la communication affective mère-enfant	84
8 Régression hiérarchique visant à expliquer le développement de symptômes d'intrusion de l'enfant	85

Remerciements

Je désire exprimer ma reconnaissance à Louise S. Éthier Ph.D. et Diane St-Laurent Ph.D., professeures au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui ont dirigé ce travail de recherche. La rigueur dont elles ont fait preuve tout au long du processus de supervision et leur passion pour la recherche ont permis de parfaire ma formation en recherche et influenceront à long terme mon développement professionnel.

La réalisation de cette thèse s'inscrit dans le cadre de projets de recherche plus larges, je tiens donc à remercier les étudiantes et professionnels de recherche qui ont contribué à toutes les étapes de réalisation du projet ETRE et des travaux de la Chaire de recherche du Canada sur l'enfant et ses milieux de vie. Merci spécialement à Jasmine Gaudet-Boulay pour la codification des données d'observation utilisées pour cette thèse. Merci également à Tristan Milot, Ph.D., professeur au département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour ses précieux conseils lors du traitement des données.

Un merci particulier à Alexandre pour son soutien ainsi qu'à Olivia et Arthur, sources d'énergie et d'inspiration.

Introduction

Les mauvais traitements envers l'enfant représentent un risque majeur pour leur développement psychosocial. Des conduites internalisées et externalisées sont ainsi observées plus fréquemment chez les enfants maltraités que chez les enfants qui n'ont pas subi de mauvais traitements (Kim & Cicchetti, 2003; Manly, Kim, Rogosch, & Cicchetti, 2001; Shields & Cicchetti, 2001). Il semble par ailleurs que la présence de symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités interfère avec le développement de ces processus de régulation émotionnelle et comportementale (Milot, Éthier, St-Laurent, & Provost, 2010).

En fait, les deux dernières décennies ont permis de confirmer le lien existant entre mauvais traitements subis et développement de symptomatologie traumatique (Cook, Blaustein, Spinazzola, & van der Kolk, 2003; Cook et al., 2005; Kearney, Wechsler, Kaur, & Lemos-Miller, 2010; Milot, Éthier et al., 2010; Milot, St-Laurent, Éthier & Provost, 2010; Terr, 1991). À l'heure actuelle, des cadres conceptuels sont ainsi proposés afin de rendre compte de la complexité des réactions traumatiques consécutives à des événements traumatiques de nature interpersonnelle, tant chez les enfants (Cook et al., 2005; van der Kolk, 2005; van der Kolk et al., 2009) que chez les adultes ayant subi des mauvais traitements dans l'enfance (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005).

Bien que les enfants victimes de mauvais traitements risquent de développer une symptomatologie traumatique suite aux mauvais traitements vécus, tous ne développent cependant pas de tels symptômes. Il importe ainsi d'approfondir les connaissances actuelles en regard des facteurs déterminants dans le développement ou l'absence de symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités, ce que peu de travaux ont documenté à ce jour (Cloitre et al., 2009). La nature même des mauvais traitements, caractérisés par une altération de la relation parent-enfant, suggère l'importance de s'attarder à cette relation afin de distinguer les enfants maltraités qui développent des symptômes traumatiques de niveau clinique des enfants maltraités qui ne présentent pas une telle symptomatologie.

Parmi différents facteurs, la réponse de la mère est effectivement présumée déterminante dans le développement de symptomatologie traumatique chez l'enfant (Lieberman, Chu, Van Horn, & Harris, 2011). Une association entre les traumatismes de la mère et les réactions traumatiques de l'enfant a été documentée dans un contexte où le parent n'est pas à l'origine de l'évènement traumatique (ex. désastres naturels, exposition à la guerre) (Coates, Schecter, & First, 2003; Feldman & Vengrober 2011; Stuber, Galea, Vandivere, Moore, Pfefferbaum, & Fairbrother, 2005; Scheeringa & Zeanah, 2001). Une telle association est également observée chez des enfants victimes d'agressions sexuelles et physiques (Deblinger, Steer, & Lipmann, 1999; Famularo, Fenton, Kinscherff, Ayoub, & Barnum, 1994) mais n'a pas été explorée chez les enfants victimes de négligence. Les écrits inspirés de la théorie de l'attachement soulignent

l'importance de la relation parent-enfant afin de documenter l'association entre les traumatismes de la mère et de l'enfant (Lieberman, Van Horn, & Ozer, 2005).

Dans le cadre de cette thèse, nous nous affairerons à mieux comprendre les liens qui existent entre les traumatismes de la mère, la relation mère-enfant et les réactions traumatiques de l'enfant et ce, notamment chez des enfants négligés. Une présentation du cadre théorique au sein duquel s'inscrivent ces travaux sera d'abord effectuée. Le contexte théorique sera divisé en deux parties. D'abord, le contexte historique et la controverse diagnostique qui sous-tend l'étude des réactions traumatiques auprès des enfants maltraités seront abordés. Ensuite, nous aborderons les connaissances sur la dimension intergénérationnelle des traumatismes. Les écrits scientifiques qui documentent l'association entre les traumatismes du parent et ceux de l'enfant y seront présentés. Cette recension de littérature permettra d'introduire l'article empirique «Symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités : Rôles des traumatismes maternels et du contexte relationnel» », qui constitue le second chapitre de cette thèse.

Contexte théorique

Traumatismes chez l'enfant victime de mauvais traitements

Historique

Le lien établi entre mauvais traitements et réactions traumatiques demeure relativement récent. Bien que des rapports d'enfants présentant des manifestations traumatiques suite à des situations d'agressions sexuelles ou l'exposition à la guerre soient présents dans la documentation depuis au moins 1930 (Crocq, 2001; Silva & Kessler, 2004), le domaine de la psychiatrie a tardé à accepter que certaines réalités puisse occasionner des changements psychologiques et biologiques chez l'humain (van der Kolk, 2007). Selon Crocq, la tradition clinique a par ailleurs longtemps attribué aux enfants une certaine «imperméabilité» aux traumatismes psychiques. Seules les conséquences physiques des évènements traumatiques étaient reconnues chez l'enfant, le psychisme étant présumé protégé tant par l'immaturation intellectuelle que l'univers de jeu et d'imaginaire de l'enfant (Crocq, 2001). Lieberman (2004) souligne que de fausses conceptions sur les capacités de mémorisation des jeunes enfants ont également contribué à retarder l'acceptation qu'ils puissent présenter des réactions traumatiques.

Les études sur les réactions de l'humain aux évènements réels se sont accentuées lors de la seconde guerre mondiale et de la guerre du Vietnam (van der Kolk, 2007). Autour des années 1970, des chercheurs ont effectué un premier parallèle entre les réactions des femmes à des agressions sexuelles de même que l'effet traumatique de la violence sur

les enfants, et ce que l'on appelait alors les *névroses de la guerre* (en anglais : neuroses of war) (van der Kolk, 2007).

L'étude du traumatisme chez l'enfant a été marquée notamment par les travaux de Terr (1979) et de Pynoos (1994). Au cours des deux dernières décennies, Pynoos a insisté sur la complexité du traumatisme chez l'enfant où les souvenirs traumatiques sont en interaction avec le contexte développemental (Pynoos, 1994; Pynoos, Steinberg, Layne, Briggs, Ostrowski, & Fairbank, 2009; Pynoos, Steinberg, & Piacentini, 1999), alors que les travaux de Terr permirent d'organiser les connaissances sur les réactions des enfants aux événements traumatiques (Terr, 1979, 1991, 2006). En effet, lors d'un événement au caractère traumatique indéniable (c.-à-d. l'enlèvement et la prise d'otage de plusieurs enfants et de leur chauffeur d'autobus survenu en 1976 à Chowchilla en Californie), l'observation de la symptomatologie développée permit d'effectuer une première description des manifestations cliniques du traumatisme chez l'enfant (Terr, 2006; van der Kolk, 2007).

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)* propose une entité diagnostique afin de rendre compte de l'exposition et des réactions suite à un événement traumatique. Depuis la parution du *DSM-III* en 1980, professionnels et chercheurs réfèrent à la notion d'État de stress post-traumatique (ÉSPT) afin de rendre compte des événements potentiellement traumatiques et des réactions qui en découlent. Dans le *DSM-I*, publié en 1952, un diagnostic de *réaction de stress grave* (en anglais : gross

stress reaction) avait été intégré afin de classifier des individus exposés à des évènements civils ou militaires ayant donné lieu à des altérations du fonctionnement psychologique (Friedman, Resick, Bryant, & Brewin, 2011). Ce diagnostic, dont les manifestations étaient considérées temporaires, a été éliminé lors de la publication du *DSM-II* (Friedman et al., 2011). Des études épidémiologiques ont depuis permis de confirmer la perspective adoptée dans le *DSM-III* (et poursuivie dans le *DSM-IV*) selon laquelle une psychopathologie sévère peut être la conséquence d'évènements provoquant des stress extrêmes (Friedman et al., 2011).

Controverse diagnostique

Les écrits européens privilégient la notion de *trauma* au terme plus américain de *stress post-traumatique* en raison de sa référence au modèle bio-physiologique de stress (Crocq, 2001). Que l'on parle de trauma ou de stress post-traumatique, ces concepts réfèrent à deux réalités, l'exposition à un évènement extrême et les réactions (ou la symptomatologie) qui découlent de cette exposition (American Psychiatric Association, 1994; Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006; Cook et al., 2003; Cook et al., 2005; Spinazzola et al., 2005).

Malgré l'acceptation que les abus physiques et sexuels puissent occasionner des réactions traumatiques, le fait que la négligence (caractérisée par l'omission de comportements parentaux normalement attendus) puisse occasionner de telles réactions n'a été documenté que récemment (De Bellis, 2005; Hulette, Fisher, Kim, Ganger, &

Landsverk, 2008; Milot, Éthier et al., 2010; Milot, St-Laurent, et al., 2010, 2011). En fait, bien que soit démontrée l'association entre mauvais traitements et réactions traumatiques, ces travaux demeurent en plein essor. À l'heure actuelle, si professionnels et chercheurs reconnaissent l'impact traumatique des mauvais traitements sur l'enfant, plusieurs estiment être mal servis par la classification proposée dans le *DSM-IV* afin de rendre compte de la symptomatologie qui découle de cette exposition (van der Kolk et al., 2009).

Le diagnostic d'ÉSPT, tel que décrit au *DSM-IV*, réfère à trois types de symptômes, soit des symptômes d'évitement (ex. effort pour éviter ce qui rappelle le traumatisme, incapacité de se rappeler un élément de l'évènement traumatique), d'intrusion (ex. souvenirs répétitifs de l'évènement, sentiment intense de détresse lorsqu'exposé à un élément rappelant l'évènement traumatique) et d'hypervigilance (ex. difficultés d'endormissement, difficultés de concentration) (American Psychiatric Association, 1994). Ce diagnostic n'est toutefois pas le plus fréquemment retrouvé dans les situations de mauvais traitements (van der Kolk et al., 2009). Une multiplicité de diagnostics serait en fait retrouvée chez les enfants suivis en contexte de Protection de la jeunesse (Cook et al., 2003, Cook et al., 2005). Par exemple, Putnam (cité dans D'Andrea, Spinazzola, & van der Kolk, 2009) observe que les enfants maltraités reçoivent entre trois et huit diagnostics afin de rendre compte de leurs difficultés.

Deux éléments centraux justifieraient cette sous-représentation du diagnostic d'ÉSPT auprès de la population d'enfants maltraités. D'abord, des restrictions s'appliquent quant aux événements qui peuvent donner lieu à ce diagnostic et le nombre de symptômes requis est jugé trop élevé par certains (Carrion, Weems, Ray, & Reiss, 2002; Scheeringa, Zeanah, Drell, & Larrieu, 1995; Scheeringa, Zeanah, Myers, & Putnam, 2003; Stafford, Zeanah, & Scheeringa, 2003). Le critère A1 prévu au DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) restreint en effet les événements considérés potentiellement traumatiques. Il y est prévu que les événements dont la personne est témoin ou victime et qui constituent une menace à l'intégrité physique puissent donner lieu à une symptomatologie traumatique telle que décrite précédemment. Une classification alternative des troubles mentaux chez les enfants de 0 à 3 ans (la *DC 0-3*) prévoit qu'une menace à l'intégrité psychologique puisse également précéder un diagnostic d'ÉSPT (Egger, Fenichel, Guedeney, Wise, & Wright, 2005). Le DSM-IV demeure cependant l'outil diagnostique le plus répandu.

Le critère d'exposition constitue un enjeu notamment en situation de négligence, principale forme de mauvais traitements retrouvée en contexte de Protection de la jeunesse tant au Québec (Association des centres jeunesse du Québec, 2011) que pour l'ensemble du Canada (Trocmé et al., 2010). La négligence est caractérisée par l'absence de réponse parentale aux besoins fondamentaux de l'enfant (Gouvernement du Québec, 2008). Cette forme de mauvais traitements ne semble pas constituer, du moins à court terme, une menace à son intégrité physique ou à celle de quelqu'un d'autre. Selon De

Bellis (2005), la négligence est cependant un stresser chronique qui peut altérer le développement du système biologique de réponse au stress occasionnant ainsi un développement déficitaire du cerveau, de la cognition, comme du développement psychologique. Le fait que le danger émane du parent, sensé être la source de protection et de régulation du stress pour le jeune enfant qui présente des capacités d'adaptation limitées, aurait des conséquences majeures pour l'enfant en développement (De Bellis, 2005). Dans une recension des écrits portant sur le lien entre négligence et réactions traumatiques, Milot et al. (2011) affirment en fait que l'absence de soins parentaux adéquats et, de manière générale, la faible qualité de la relation parent-enfant, favoriserait le risque pour un enfant négligé de développer des réactions traumatiques. Par ailleurs, tel que rapporté par Hulette et al. (2008), le niveau de symptômes traumatiques retrouvé chez les enfants maltraités ne différerait pas que l'enfant ait été victime d'agression sexuelle, d'abus physique ou de négligence.

Certains émettent également des critiques à l'endroit du nombre de symptômes requis pour poser le diagnostic d'ÉSPT. Scheeringa et al. (1995) constatent ainsi que, chez les jeunes enfants (moins de 48 mois), les symptômes sont rarement présents en quantité suffisante pour poser le diagnostic d'ÉSPT et ce, malgré une détresse évidente et des altérations significatives du fonctionnement qui durent plus d'un mois (Scheeringa et al, 1995). Stafford et al. (2003) citent différentes études auprès de jeunes enfants traumatisés où peu rencontraient le diagnostic d'ÉSPT malgré des signes ou symptômes liés à un vécu traumatique. Carrion et al. (2002) trouvent pour leur part, chez des enfants

âgés entre 7 et 14 ans ayant vécu de la violence interpersonnelle, que ceux qui présentent deux des trois critères requis pour émettre le diagnostic d'ÉSPT ne diffèrent pas de façon significative des enfants rencontrant les trois critères diagnostiques en termes de détresse et de dégradation clinique du fonctionnement. En 2003, Scheeringa et al. concluaient à la nécessité de revoir les symptômes chez l'enfant, notamment en abaissant le nombre de symptômes d'évitement.

Une proposition d'intégrer un diagnostic d'État de stress post-traumatique pour les enfants d'âge préscolaire est actuellement à l'étude pour inclusion au *DSM-5* (Zeanah, 2010; Scheeringa, Zeanah, & Cohen, 2011). On y suggère que le nombre de symptômes requis pour poser le diagnostic soit réduit à un pour les symptômes d'intrusion et d'évitement alors qu'il était de trois au *DSM-IV* (Scheeringa et al., 2011). On propose également que le critère d'intrusion soit divisé afin de rendre compte de façon distincte des symptômes d'intrusion et des symptômes d'altérations négatives des cognitions ou de l'humeur associés à l'évènement traumatique. Ces modifications ciblent les enfants de moins de six ans mais d'autres modifications, proposées au diagnostic d'ÉSPT, suggèrent que le nombre de symptômes requis pour émettre le diagnostic soit moins élevé chez les enfants que chez les adultes (Friedman et al., 2011). Le nombre de symptômes requis pour émettre le diagnostic tant chez l'enfant que chez l'adulte fait actuellement l'objet d'études en vue de la version finale du *DSM-5* (Friedman et al., 2011).

Notion de complexité

Les révisions proposées au diagnostic d'ÉSPT pour la publication du *DSM-5* ne suggèrent pas de modification quant aux évènements pouvant donner lieu à ce diagnostic. Un diagnostic de *traumatisme développemental* a par contre été proposé afin de rendre compte de la présentation clinique d'enfants et d'adolescents exposés à des traumatismes chroniques de nature interpersonnelle (van der Kolk et al., 2009). van der Kolk et al. (2009) estiment que la présence de *traumatisme développemental* chez ces enfants nécessite toutefois la présence de certains symptômes d'évitement, d'hypervigilance ou d'intrusion. La présence de l'ensemble des critères diagnostiques d'ÉSPT n'est donc pas requise (van der Kolk et al., 2009). Les réactions des enfants exposés à des évènements potentiellement traumatiques de nature interpersonnelle diffèreraient de celles des enfants ayant vécu un événement isolé, notamment parce que leurs symptômes sont accompagnés, et parfois obscurcis, par la présence de difficultés cognitives, affectives et sociales (van der Kolk, 2003). Suite à des traumatismes répétés, voire chroniques, on retrouverait en fait, en plus de la symptomatologie traumatique, une incapacité à réguler les états internes (Schore, 2002; van der Kolk & Courtois, 2005; van der Kolk et al., 2009) qui s'exprime par des difficultés de régulation émotionnelle, comportementale et cognitive.

L'étude des réactions traumatiques chez l'enfant maltraité se situe en fait dans un contexte diagnostique en plein essor. Bien que des difficultés de régulation de soi soient au centre du diagnostic proposé de *traumatisme développemental* (van der Kolk et al.,

2009), les manifestations exactes et le seuil clinique de telles difficultés demeurent à être précisés. Le fait que le diagnostic de *traumatisme développemental* soit actuellement «en révision» plutôt qu'à l'étude en vue de la publication du *DSM-5* (American Psychological Association, 2012) risque de retarder d'autant cette opérationnalisation. Il apparaît cependant que les manifestations cliniques d'ÉSPT (évitement, intrusion et hypervigilance) constituent une composante de ces réactions (van der Kolk et al., 2009).

Plusieurs auteurs utilisent la notion de *traumatisme complexe* afin de rendre compte des événements traumatiques de nature interpersonnelle et des réactions subséquentes (Cook et al., 2005). Au-delà de la notion de complexité des réactions traumatiques, la notion de *traumatisme complexe* réfère à la multiplicité des événements pouvant provoquer de telles réactions (Briere & Spinazzola, 2005) et au contexte relationnel au sein duquel surviennent les événements (Cook et al., 2003; Schore, 2001).

Typiquement, le *traumatisme complexe* fait référence aux mauvais traitements qui se produisent de façon simultanée ou séquentielle et qui surviennent tôt dans l'enfance (ces événements incluent l'abus émotionnel, la négligence, l'abus sexuel, l'abus physique et le fait d'être témoin de violence conjugale) (Cook et al., 2003). On réfère souvent, non pas à un événement unique, mais à un caractère ambiant et à des événements cumulatifs (Schore, 2001). Selon Lieberman (2007), plus les expériences sont répétées et envahissantes (particulièrement lorsque ces expériences débutent tôt), plus l'enfant risque de présenter des difficultés chroniques au niveau du fonctionnement cognitif,

social et émotionnel. Copeland, Keeler, Angold et Costello (2007) estiment en fait que les événements traumatiques sont relativement fréquents au cours de l'enfance et que le pronostic est bon après un premier événement. Des événements traumatiques répétés ou une histoire d'anxiété antérieure augmentent cependant le risque de développer une symptomatologie traumatique (Copeland et al., 2007). Ces difficultés risquent de devenir enracinées et de prendre la forme de psychopathologie sévère à l'âge adulte (Lieberman, 2007).

Le contexte relationnel est également un élément central de la notion de complexité des traumatismes. Par définition, les mauvais traitements constituent une altération des relations parent-enfant dont le caractère est continu. van der Kolk (1996) affirme que les traumatismes de nature interpersonnelle placent les individus davantage à risque de développer des problèmes psychiatriques et relationnels. Lieberman (2007) mentionne quant à elle que les conséquences les plus dévastatrices sont celles occasionnées par des traumatismes où le parent est l'agresseur. De plus, selon Schore (2001), les traumatismes induits par le parent sont qualitativement et quantitativement plus psychopathogéniques que les stressors non-relationnels. Le stress accablant que vivent les enfants maltraités serait associé à des influences variées sur le développement du cerveau; le traumatisme relationnel aurait ainsi un impact plus négatif sur le cerveau de l'enfant que les traumatismes causés par des forces de la nature par exemple (Schore, 2002).

Les études sur la complexité des réactions traumatiques associées aux mauvais traitements dans l'enfance ont été réalisées surtout à l'âge adulte. Plusieurs études révèlent que des événements multiples peuvent mener à la complexité des réactions traumatiques à l'âge adulte, un nombre d'événements plus élevé étant associé à plus de symptômes rapportés (Briere, Kaltman, & Green, 2008) ou à un plus grand risque de développer un diagnostic d'ÉSPT (Koenen & Widom, 2009). Les agressions sexuelles et physiques dans l'enfance sont également des prédicteurs uniques de la complexité des réactions traumatiques (Briere et al., 2008; Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk, & Mandel, 1997) et ce, notamment lorsque sont combinées ces deux formes d'agressions (Roth et al., 1997). Une récente étude de Cloitre et al. (2009) révèle que le cumul d'événements traumatiques est associé au cumul de symptômes d'ÉSPT et de difficultés de régulation de soi et ce, tant chez les adultes que chez les enfants et adolescents. Chez les adultes, les travaux de Cloitre et al. (2009) révèlent que ce sont les événements vécus dans l'enfance, et non ceux vécus à l'âge adulte, qui sont associés au cumul de symptômes traumatiques.

Le risque de développer une symptomatologie traumatique suite aux mauvais traitements vécus a été établi. Cependant, outre les travaux sur le cumul d'événements traumatiques (Cloitre et al., 2009), peu ont documenté les facteurs de risque associés au développement d'une telle symptomatologie. Lieberman et al. (2011) proposent que l'enfant développe une symptomatologie si l'événement surcharge ses capacités d'adaptation et en raison de l'incapacité de la figure d'attachement à moduler les

réponses à ce stress, ce qui suggère une perspective intergénérationnelle au développement de symptomatologie traumatique.

Dimension intergénérationnelle des traumatismes

Adopter une vision intergénérationnelle afin de mieux comprendre le développement de symptomatologie traumatique chez l'enfant maltraité réfère à l'étude à la fois du vécu traumatique du parent et de la symptomatologie traumatique de ce dernier. Les écrits portant sur la relation mère-enfant contribuent également à documenter le caractère intergénérationnel des traumatismes. Une recension d'écrits s'intéressant à ces variables et au lien qui les unit au développement de symptomatologie traumatique chez l'enfant est présentée ici.

Symptômes traumatiques chez la mère et l'enfant.

Tel que décrit pour les enfants maltraités, le diagnostic d'ÉSPT présenterait des limites afin de décrire la symptomatologie présentée par les adultes ayant vécu des mauvais traitements dans l'enfance (van der Kolk et al., 2005). Il y a quelques années, des recommandations avaient d'ailleurs été formulées à l'effet qu'un *diagnostic de stress extrême non autrement spécifié* (en anglais : *Disorders of extreme stress not otherwise specified*; DESNOS) soit intégré au *DSM-IV* et ce, afin de rendre compte du caractère multidimensionnel des difficultés d'adaptation à l'âge adulte consécutives à des événements traumatiques de nature interpersonnelle (van der Kolk et al., 2005). Il est

cependant ressorti que seulement 8 % des individus manifestant le diagnostic proposé ne rencontraient pas également les critères diagnostiques d'ÉSPT (Friedman et al., 2011).

Plusieurs auteurs rapportent une relation entre les symptômes traumatiques du parent et ceux de l'enfant (Famularo et al., 1994; Scheeringa & Zeanah, 2001), que cette réaction ait été suscitée ou non par le même événement. Dans le cadre d'une méta-analyse, Scheeringa et Zeanah (2001) se sont intéressés à dix-sept études où les enfants avaient été exposés à des événements potentiellement traumatiques au sens du *DSM-IV* (ex. désastre naturel, abus). Parmi les études recensées, toutes sauf une identifient une association significative entre les symptômes du parent et de l'enfant. Parmi ces études, celle de Famularo et al. (1994) s'intéresse spécifiquement à des enfants ayant vécu des mauvais traitements et ayant été retirés du milieu familial. Ces auteurs affirment que, chez les familles maltraitantes, un diagnostic d'ÉSPT chez une génération soulève la nécessité d'évaluer la présence de ce diagnostic chez les membres d'autres générations. En fait, une association élevée a été trouvée entre la présence d'état de stress post-traumatique chez la mère et l'enfant (Famularo et al., 1994). Une telle association est également identifiée chez les mères d'enfants victimes d'agression sexuelle, la détresse psychologique de la mère étant associée à celle de l'enfant (Deblinger et al., 1999).

Des travaux publiés suite à la méta-analyse de Scheeringa & Zeanah (2001) identifient également une association entre les réactions du parent et celles de l'enfant. Une telle association est notamment retrouvée suite aux événements terroristes du 11

septembre 2001 (Stuber et al., 2005). Cette relation est également identifiée chez une population d'enfants israéliens vivant à proximité de la bande de Gaza et étant donc exposés fréquemment à des conflits armés (Feldman & Vengrober, 2011).

Lors d'évènements ayant marqué des populations entières et où le parent n'est donc pas directement lié à la situation d'exposition, les études tendent à démontrer une association entre les symptômes de la mère et de l'enfant. Peu d'études (Famularo et al., 1994; Deblinger et al., 1999) se sont cependant intéressées à cette relation exclusivement chez des enfants victimes de mauvais traitements alors même que le parent est souvent impliqué dans la situation traumatique.

Traumatismes et rôle parental

L'étude de la transmission intergénérationnelle des mauvais traitements s'est intéressée au rôle de la symptomatologie traumatique maternelle dans la reproduction du vécu de mauvais traitements. Ces travaux permettent de documenter chez les mères maltraitantes une association entre la symptomatologie traumatique de la mère et son propre vécu traumatique.

Un phénomène de transmission intergénérationnelle des mauvais traitements est effectivement documenté. Pears et Capaldi (2001) observent, par exemple, un taux de transmission des mauvais traitements d'environ 23%, c'est-à-dire que 23% des parents rapportant avoir subi des mauvais traitements dans l'enfance auraient un enfant

rapportant avoir été victime de maltraitance. La symptomatologie traumatique de la mère est présumée être l'un des mécanismes expliquant le lien entre son propre vécu de mauvais traitements et la reproduction de mauvais traitements envers son enfant (Collin-Vézina & Cyr, 2003; Lieberman et al., 2011).

Dans une étude de Widom (1999), un peu plus du tiers des adultes victimes d'abus sexuel dans l'enfance (37,5%), 32,7% de ceux victimes d'abus physique et 30,6% des victimes de négligence dans l'enfance rencontraient (ou avaient à un autre moment rencontré) les critères diagnostiques d'ÉSPT. Les mauvais traitements vécus dans l'enfance du parent augmentent par ailleurs la probabilité d'exposition à des traumatismes ultérieurs (Classen, Palesh, & Aggarwal, 2005) et, notamment, le fait d'être victime de violence conjugale (Crawford & Wright, 2008; Dietrich, 2007) qui est également associé au développement de symptomatologie traumatique (Matlow & De Prince, 2012). Chez les mères victimes de violence conjugale, Lieberman et al. (2005) trouvent cependant que le vécu de stress sévère de la mère au cours de sa vie prédit davantage son fonctionnement psychologique (notamment la présence de symptômes d'ÉSPT) que la quantité de violence dont elle a été victime au cours de la dernière année.

Certains auteurs estiment que des problèmes fréquemment retrouvés chez les adultes présentant un diagnostic d'ÉSPT (c.-à-d. abus de drogue et alcool, gestion inadéquate des émotions, irritabilité et retrait, relations interpersonnelles instables, évitement/déni,

troubles de personnalité, colère) sont des facteurs favorisant les mauvais traitements envers l'enfant et qui nuisent à la protection de ce dernier par le parent (Famularo et al., 1994). Selon d'autres auteurs, le fait que la mère développe une symptomatologie traumatique suite à son propre vécu de maltraitance dans l'enfance entraverait directement ses capacités parentales (Appleyard & Osofsky, 2003; Cohen, Hien, & Batchelder, 2008; Cort, Toth, Cerulli, & Rogosch, 2011; Famularo et al., 1994).

En dépit de l'intérêt théorique et clinique croissant, peu d'études empiriques sur l'ÉSPT et le rôle parental ont à ce jour été réalisées. Essentiellement, des résultats suggèrent que les mères présentant un diagnostic d'ÉSPT sont statistiquement plus à risque d'avoir des enfants dont la maltraitance a débuté en jeune âge (Famularo et al., 1994). Une relation identifiée par Pears et Capaldi (2001) entre l'ÉSPT et l'inconsistance de la discipline parentale suggère également la présence d'un effet délétère de la détresse psychologique associée à l'ÉSPT sur les capacités parentales.

Les études réalisées à ce jour n'ont cependant pas permis de valider ce modèle théorique (Cohen et al., 2008; Cort et al., 2011). Selon une récente étude de Cort et al. (2011), il semble que les expériences traumatiques vécues par la mère dans l'enfance affecteraient directement sa capacité à fournir la sécurité émotionnelle et physique dont son enfant a besoin plutôt que d'avoir un effet indirect à travers la détresse psychologique de la mère. Ces résultats sont cohérents avec d'autres qui lient directement les événements vécus par le parent à son rôle parental (Wekerle, Wall,

Leung, & Trocmé, 2007). Un taux plus élevé d'exposition à des événements traumatiques de nature interpersonnelle (au cours de l'enfance et à l'âge adulte) serait relié, à l'âge adulte, à l'adoption de conduites parentales maltraitantes de nature davantage chronique (Éthier et al., 2006) et à des difficultés à assumer son rôle parental (Cohen et al., 2008), notamment à une diminution de la satisfaction parentale, à des conduites négligentes envers son enfant, à l'utilisation de punitions physiques et à un suivi en Protection de la jeunesse pour l'enfant (Banyard, William, & Siegel, 2003).

La transmission intergénérationnelle de la violence ne se limite cependant pas aux écrits sur le développement de symptomatologie traumatique typique chez le parent. Certains auteurs se sont intéressés à la présence de dissociation chez le parent (réponse possible face à un vécu traumatique) qui s'est avéré être un médiateur entre le vécu de mauvais traitements du parent et ses pratiques parentales (Collin-Vézina, Cy, Pauzé, & McDuff, 2005; Narang & Contreras, 2000; Egeland & Susmand-Stillman, 1996).

Vécu d'évènements traumatiques de la mère et symptômes chez l'enfant

Bien que certains se soient intéressés aux rôles du vécu d'évènements traumatiques et de la symptomatologie traumatique maternels dans la transmission des mauvais traitements (Cohen et al., 2008; Cort et al., 2011) et en dépit de l'association entre la symptomatologie de la mère et de l'enfant (Scheeringa & Zeanah, 2001), l'association entre le vécu traumatique du parent et la présence de symptomatologie traumatique chez l'enfant maltraité a été peu documentée.

Les traumatismes vécus par l'enfant maltraité se distinguent de toute autre forme de traumatisme en ce que le parent maltraitant induit lui-même un état de stress chez l'enfant, voire un traumatisme. Ce stress peut être provoqué par des comportements d'agression de la part du parent, du rejet affectif ou encore un désengagement parental (Milot et al., 2011). L'effet est doublement pervers car il laisse l'enfant dans un conflit insoluble où la personne sensée lui offrir réconfort est aussi celle ayant induit un stress extrême (Main et Hesse 1990). On ne saurait trop insister sur les distinctions qui existent entre ces traumatismes et ceux où le parent n'a pas induit le traumatisme. Cependant, vu la rareté de la littérature qui documente l'association entre la symptomatologie de l'enfant et le vécu traumatique de la mère, la littérature qui documente cette association auprès d'autres populations a été recensée ici.

Une association entre le vécu d'évènements traumatiques de la mère et les symptômes traumatiques de l'enfant a été observée suite à des évènements majeurs ayant marqué des populations entières (ex. 11 septembre 2001, holocauste) (Schechter & Davis, 2007, van IJzendoorn et al., 2003).

Chez les enfants de survivants de l'holocauste, bien que certaines études suggèrent une présence plus élevée de symptomatologie traumatique, une méta-analyse révèle que la transmission intergénérationnelle du traumatisme (définie comme la présence de symptômes d'ÉSPT, de symptômes de maladie mentale ou d'une moins bonne adaptation sociale) à la génération suivante est en fait retrouvée uniquement chez les

populations de participants d'études cliniques (c.-à-d. chez les enfants de survivants de l'holocauste qui ont demandé de l'aide médicale ou psychologique) et qui ont vécu d'autres stress (van IJzendoorn et al., 2003).

D'autres auteurs identifient, face à des événements traumatiques hors du contrôle parental (notamment suite aux événements terroristes du 11 septembre 2001), que les parents ayant vécu antérieurement des expériences de traumatisme sont ceux qui sont le plus affectés par les événements et qui ont le plus de difficultés à détecter et répondre aux réactions de leur enfant (Schechter & Davis, 2007). Chez cette population, le cumul d'événements traumatiques, associé à une moins grande disponibilité du parent envers l'enfant, ressort comme un facteur déterminant dans le développement de symptomatologie traumatique chez la seconde génération.

Vécu traumatique maternel et interactions mère-enfant

Les écrits dans le domaine de l'attachement ont permis de définir à la fois une altération des comportements maternels associés au vécu de la mère et en quoi ces comportements peuvent entraver le développement de l'enfant.

Les conduites du parent maltraitant placeraient en fait l'enfant dans un dilemme insoluble où le parent est à la fois source de réconfort et de peur (Hesse et Main, 2006; Main et Solomon, 1990). Pour certains parents traumatisés, un état de peur continué provoquerait des comportements apeurés ou épouvantés pour l'enfant (Main & Hesse,

1990). Ces comportements parentaux engendreraient chez une proportion importante d'enfants victimes de violence et de négligence le développement de l'attachement désorganisé (Barnett, Ganiban, & Cicchetti, 1999; Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2010; Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum, & Botein, 1990; van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). Ce type d'attachement insécurisant est caractérisé par un échec de la part de l'enfant à utiliser une stratégie d'attachement cohérente pour faire face à l'inaccessibilité du parent et à ses comportements apeurés et épeurant (Main & Solomon, 1986, 1990).

L'enfant peut développer un attachement désorganisé lorsque confronté à des événements où le parent, supposé lui offrir sécurité, est également source de détresse (Cassidy & Mohr, 2001). L'enfant peut également être confronté indirectement au traumatisme de son parent, lorsque des comportements apeurés du parent (liés à son propre vécu traumatique) sont effrayants pour l'enfant. À travers ces deux mécanismes, l'enfant risque de développer un attachement désorganisé (Cassidy & Mohr 2001). En somme, si l'expérience traumatique surcharge les capacités d'adaptation de l'enfant ou si le parent est incapable de fournir la protection ou la réassurance requise, on peut s'attendre à ce que l'enfant présente des manifestations comportementales d'attachement désorganisé et des difficultés à réguler sa peur (Lyons-Ruth, Bronfman, & Parsons, 1999).

L'attachement désorganisé, qui en soi n'est pas considéré comme un diagnostic de maladie mentale, est lié au développement de psychopathologie (Cassidy & Mohr, 2001). La validité prédictive de l'attachement désorganisé est d'ailleurs établie en termes de difficulté à gérer le stress, un risque accru de problèmes de comportement externalisés et la tendance des enfants à présenter des comportements de dissociation plus tard (Carlson, 1998; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008; Moss, Smolla, Cyr, Dubois-Comtois, Mazzarello, & Berthiaume, 2006; van IJzendoorn et al., 1999), ce qui rappelle le diagnostic de traumatisme développemental proposé par van der Kolk et al. (2009). Les comportements apeurés ou épeurant décrits chez les mères d'enfants présentant un attachement désorganisé sont par ailleurs cohérents avec des manifestations de reviviscence, d'hypervigilance et d'évitement décrits comme symptômes traumatiques (Lieberman, 2004).

Modèles théoriques

Le vécu de maltraitance dans l'enfance a été associé au développement de symptomatologie traumatique à l'âge adulte (Éthier et al., 2006; Koenen & Widom, 2009; van der Kolk et al., 2005; Widom, 1999; Yanos, Czaja, & Widom, 2010). Le vécu traumatique de la mère contribue également à expliquer des perturbations au sein de la relation mère-enfant (Lieberman et al., 2005; Main & Hesse, 1990). La symptomatologie de la mère et la relation mère-enfant sont associés aux symptômes de l'enfant (Scheeringa & Zerah, 2001; Milot, St-Laurent et al., 2010). Il semble ainsi que la symptomatologie de l'enfant puisse être associée au vécu traumatique de la mère à

travers la réponse de la mère au stress, tant par le fonctionnement individuel de la mère qu'à travers une perturbation de la relation mère-enfant. Ces constats sont à la base des deux modèles théoriques présentés ici.

Symptomatologie traumatique maternelle. Un premier modèle théorique suggère que la symptomatologie traumatique de la mère, consécutive à son propre vécu, la rendrait non-disponible pour l'enfant. Les parents d'enfants maltraités ont souvent eux-mêmes vécu des mauvais traitements dans l'enfance (Pears & Capaldi, 2001) et ils sont nombreux à présenter une symptomatologie traumatique. En fait, il semble que, sans intervention, les symptômes traumatiques développés chez les enfants maltraités ne se résolvent pas spontanément (Famularo, Fenton, Augustyn, & Zuckerman, 1996; Terr, 1991). On retrouve ainsi des symptômes traumatiques à l'âge adulte associés à un vécu de mauvais traitements dans l'enfance (Éthier, St-Laurent, & Milot, 2006; Koenen & Widom, 2009; van der Kolk et al., 2005; Widom, 1999; Yanos, Czaja, & Widom, 2010).

Afin d'expliquer l'association qui existe entre la symptomatologie de la mère et de l'enfant, Scheeringa et Zeanah (2001) estiment notamment que les symptômes d'évitement, d'intrusion et d'hypervigilance des mères traumatisées peuvent limiter leur disponibilité et fausser la réponse offerte à leur enfant. Ces mères seraient centrées sur leurs propres peurs, ce qui les rendraient non-disponibles pour l'enfant.

Selon Lieberman et al. (2005), la symptomatologie traumatique de la mère, consécutive à son propre vécu, serait associée au développement de difficultés comportementales chez l'enfant. Chez des enfants d'âge préscolaire exposés à de la violence conjugale, Lieberman et al. (2005) trouvent effectivement 1) que les événements potentiellement traumatiques vécus par la mère au cours de son existence (ex. désastres naturels, événements de nature interpersonnelle, maladie sévère) prédisent les problèmes de comportement de l'enfant et 2) que ce risque s'explique par la présence de symptômes d'ÉSPT chez la mère. En somme, selon Lieberman et al. (2005), le vécu de la mère peut être un facteur de risque prédisposant l'enfant témoin de violence conjugale à développer des problèmes de comportement mais le mécanisme par lequel s'actualise ce risque est la réponse psychologique de la mère à ces événements.

Relation mère-enfant. Un second modèle théorique, inspiré de la théorie de l'attachement, suggère que des altérations au sein de la relation mère-enfant laisseraient l'enfant seul pour faire face au stress. La théorie de l'attachement suggère effectivement des patrons d'interactions qui diffèrent au sein des dyades maltraitantes. Peu d'écrits permettent cependant de documenter les différences qui existent au sein des interactions mère-enfant chez ces dyades. À l'heure actuelle, des divergences sont même trouvées entre les études qui comparent les interactions mère-enfant de dyades maltraitantes et non-maltraitantes. Des caractéristiques du contexte d'observation de la dyade expliqueraient cependant cette disparité entre les résultats obtenus (Milot et al., 2011; Wilson, Rack, Shi, & Norris, 2008). Des contextes interactionnels non-structurés

favoriseraient l'observation de différences au sein de la relation mère-enfant. Une tâche moins structurée est considérée plus stressante puisqu'elle nécessite que les mères structurent elle-même l'interaction. Il s'agirait selon Milot et al. (2011) d'un contexte particulièrement difficile pour les mères plus vulnérables qui disposent de capacités limitées pour structurer l'interaction avec leur enfant.

En plus d'être définie par une absence de réponse aux besoins de base de l'enfant, la négligence se caractérise par une altération de la communication affective mère-enfant. Milot, St-Laurent et al., (2010) trouvent effectivement que la qualité de la communication affective mère-enfant est moindre chez les enfants négligés que chez les enfants non-négligés. En contexte de négligence, les patrons persistants de communication affective dysfonctionnelle laisseraient les enfants seuls pour faire face au stress, augmentant le risque pour ces derniers de développer une symptomatologie traumatique (Milot et al, 2011). Wilson, Kuebli et Hughes (2005) identifient cependant cinq groupes de mères négligentes suggérant ainsi que les mères négligentes ne constituent pas un ensemble homogène. Certaines présenteraient par exemple des caractéristiques positives en interaction avec leur enfant (Wilson et al., 2005). Ainsi, vu les différences observées au sein de la relation mère-enfant, certains enfants négligés seraient plus à risque de développer une symptomatologie traumatique.

Malgré les idées théoriques avancées concernant l'importance de la relation mère-enfant dans le développement de symptomatologie traumatique chez l'enfant, rares sont

les études qui ont mesuré directement cette relation. Celles qui l'ont fait trouvent cependant que des variables associées à la relation parent-enfant sont liées à des symptômes traumatiques chez l'enfant (Feldman & Vengrober, 2011; Lieberman et al., 2005; Milot, St-Laurent et al., 2010).

Ainsi, Feldman et Vengrober (2011) rapportent que les enfants exposés à la guerre qui ne développent pas de symptômes d'ÉSPT se caractérisent par l'utilisation du parent comme base de sécurité, alors que les enfants qui développent une symptomatologie traumatique présentent davantage de comportements d'évitement à l'égard de la figure parentale. Milot, St-Laurent et al. (2010) se sont quant à eux intéressés à des enfants négligés et trouvent qu'au-delà de la négligence subie, la qualité de la communication affective mère-enfant est un prédicteur des symptômes traumatiques chez l'enfant.

Lieberman et al. (2005) rapportent que l'association entre le vécu d'évènements traumatiques de la mère et les difficultés de comportement de l'enfant s'explique, tel que mentionné précédemment, par la présence de détresse psychologique chez la mère, mais également par la relation qu'elle entretient avec l'enfant. En effet, les analyses effectuées par les auteurs révèlent un effet médiateur de la symptomatologie de la mère et de la relation mère-enfant : ainsi, lorsque ces deux variables sont incluses, elles expliquent une portion significative de la variance de problèmes de comportement de l'enfant, alors que le vécu d'évènements traumatiques de la mère n'est plus un prédicteur significatif. La symptomatologie de la mère aurait cependant une contribution

plus importante que la relation mère-enfant dans l'explication du lien entre le vécu d'évènements traumatiques de la mère et les difficultés comportementales de l'enfant (Lieberman et al., 2005). Ces résultats devraient cependant être reproduits afin de valider l'importance relative de ces deux variables.

Tel que rapporté précédemment, les écrits inspirés de la théorie de l'attachement contribuent à expliquer le lien qui existe entre le vécu d'évènements traumatiques de la mère et les interactions mère-enfant (Cassidy & Mohr, 2001). D'autres auteurs associent la qualité des interactions mère-enfant au développement de symptomatologie traumatique (Feldman & Vengrober, 2011; Milot, St-Laurent et al., 2010). D'autres suggèrent finalement que la relation mère-enfant puisse constituer un mécanisme par lequel le vécu de la mère engendre une symptomatologie chez l'enfant (Lieberman et al., 2005).

Justification du choix de sujet

La relation qui existe entre les mauvais traitements subis et le développement de symptômes traumatiques chez les enfants maltraités n'est plus à démontrer. Cette relation est acceptée, notamment en ce qui concerne les abus physiques et les agressions sexuelles et ce, bien qu'une controverse diagnostique demeure quant à l'identification et l'évaluation des symptômes traumatiques (van der Kolk et al., 2009; van der Kolk, et al., 2005). Des écrits plus récents soulèvent également le lien qui existe entre la négligence (forme la plus prévalente de mauvais traitements) et le développement de

symptomatologie traumatique (De Bellis, 2005; Hulette et al., 2008; Milot, St-Laurent et al., 2010). Une large proportion d'enfants victimes de mauvais traitements est donc à risque de développer une symptomatologie traumatique, ce qui représente un risque majeur pour leur adaptation future. Tous les enfants maltraités ne développent cependant pas une telle symptomatologie.

La réponse du système d'attachement est présumée déterminante dans le fait que l'enfant devienne symptomatique suite à des situations de maltraitance (Lieberman et al., 2011). Un approfondissement des connaissances concernant les liens entre les traumatismes maternels (incluant à la fois les événements traumatiques vécus et les symptômes traumatiques), la relation mère-enfant et les réactions traumatiques chez l'enfant devrait ainsi bonifier la compréhension des processus associés au développement d'une symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités.

Titre courant : SYMPTOMATOLOGIE TRAUMATIQUE ET MALTRAITANCE

Symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités :
Rôles des traumatismes maternels et du contexte relationnel

Marie-Pier Nadeau-Noël, Diane St-Laurent et Louise S. Éthier
Université du Québec à Trois-Rivières

Note des auteurs

Marie-Pier Nadeau-Noël, Diane St-Laurent et Louise S. Éthier, Département de psychologie,
Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada.

Cet article s'inscrit dans le cadre de la thèse de doctorat de la première auteure.

Toute correspondance ayant trait à cet article devrait être adressée à Marie-Pier Nadeau-Noël,
Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières,
Québec, Canada, G9A 5H7. Courriel : marie-pier.nadeaunoel@uqtr.ca

Sommaire

Les mauvais traitements subis durant l'enfance ont été associés au développement de symptomatologie traumatique. Tous les enfants maltraités ne développent cependant pas de tels symptômes. Cette étude s'intéresse à la relation mère-enfant et aux traumatismes de la mère afin de documenter les différences entre deux groupes d'enfants victimes de mauvais traitements : certains chez qui la mère observe des réactions traumatiques qui atteignent un seuil clinique (n=36) et d'autres pas (n=54). Les contributions respectives des événements traumatiques de nature interpersonnelle vécus par la mère, des symptômes traumatiques de celle-ci et de la relation mère-enfant sont également examinés afin de mieux comprendre le développement de symptomatologie traumatique chez l'enfant. Les résultats révèlent davantage d'agressions sexuelles sévères subies dans l'enfance et un niveau plus élevé de symptômes traumatiques chez les mères dont les enfants présentent un niveau clinique de symptômes traumatiques. Aucune différence entre les groupes n'est identifiée quant à la violence interpersonnelle subie par la mère au cours de la dernière année, ni sur le plan de la qualité des interactions mère-enfant. La symptomatologie traumatique d'évitement et d'intrusion de la mère est par ailleurs significativement associée au développement de symptômes traumatiques d'intrusion chez l'enfant et ce, au-delà du vécu d'événements traumatiques de la mère.

Contexte théorique

Des travaux publiés au cours des deux dernières décennies ont permis d'établir la relation existant entre les mauvais traitements et le développement de symptômes traumatiques chez les enfants qui en sont victimes (Cook, Blaustein, Spinazzola, & van der Kolk, 2003; Cook et al., 2005; Kearney, Wechsler, Kaur, & Lemos-Miller, 2010; Milot, Éthier, St-Laurent, & Provost, 2010; Milot, St-Laurent, Éthier, & Provost, 2010; Terr, 1991). Des réactions traumatiques à l'âge adulte ont également été associées à des expériences de mauvais traitements dans l'enfance (Éthier, St-Laurent, & Milot, 2006; Koenen & Widom, 2009; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005; Widom, 1999; Yanos, Czaja, & Widom, 2010) et peuvent altérer la capacité parentale (Banyard, William, & Siegel, 2003). Les taux de prévalence élevés de mauvais traitements (Trocmé et al., 2010) suggèrent ainsi un large effectif d'enfants à risque de développer une symptomatologie traumatique. Néanmoins, bien que les expériences de mauvais traitements et le développement de symptômes traumatiques soient inter-reliés, l'ensemble des enfants ayant subi de la violence ou de la négligence ne développent pas de telles réactions (Cook et al., 2005). L'objectif de la présente étude est de préciser certains facteurs associés au développement d'une symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités. Nous nous intéresserons particulièrement aux événements traumatiques de nature interpersonnelle vécus par la mère, aux symptômes de cette dernière et à la qualité de la communication affective mère-enfant.

Traumatisme et mauvais traitements

La notion de traumatisme réfère en fait à une double réalité, soit l'exposition à un ou plusieurs événement(s) potentiellement traumatique(s) et les réactions (ou la symptomatologie) qui

découlent de cet évènement (American Psychiatric Association, 1994; Cook et al., 2005; Spinazzola et al., 2005). Cette réalité est traduite dans la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)* à travers le diagnostic d'*État de stress post-traumatique* (ÉSPT) (American Psychiatric Association, 1994). On y prévoit que les évènements dont la personne est victime ou témoin et qui constituent une menace à son intégrité physique ou à celle de quelqu'un d'autre peuvent engendrer un diagnostic d'ÉSPT, dont les principales manifestations sont des symptômes d'évitement, d'hypervigilance et d'intrusion (American Psychiatric Association, 1994). Certains auteurs estiment que des évènements qui menacent l'intégrité psychologique peuvent également provoquer une symptomatologie traumatique (Egger, Fenichel, Guedeney, Wise, & Wright, 2005). Chez l'enfant victime de mauvais traitements, les évènements potentiellement traumatiques sont multiples et surviennent, le plus souvent, dans le cadre de la relation parent-enfant (Cook et al., 2003; Cook et al., 2005), ce qui les distingue des évènements uniques d'autre nature (ex. désastres naturels, accidents), pouvant donner lieu à une symptomatologie traumatique. Les principales manifestations cliniques du diagnostic d'ÉSPT seraient d'ailleurs présentes chez des enfants victimes de mauvais traitements tout en étant accompagnées d'autres difficultés, principalement des déficits de régulation affective, physiologique, comportementale et cognitive (Beers & De Bellis, 2002; van der Kolk et al., 2009).

On constate que, bien que la négligence soit la principale forme de mauvais traitements retrouvée dans les services de protection de l'enfance (Trocmé et al, 2010), rares sont les travaux qui ont inclus les enfants négligés dans l'étude des réactions traumatiques. Ce n'est en fait que récemment qu'a été documentée la présence de réactions traumatiques chez les enfants victimes

de négligence (Hulette, Fisher, Kim, Ganger, & Landsverk, 2008; Milot, St-Laurent et al., 2010). En fait, selon Hulette et al. (2008) le niveau de symptômes traumatiques retrouvé chez les enfants maltraités ne différerait pas que l'enfant ait été victime d'agression sexuelle, d'abus physique ou de négligence. La négligence est caractérisée par l'omission ou l'absence de comportements parentaux normalement adoptés par une majorité de parents pour assurer le bien-être de l'enfant. Selon De Bellis (2005), l'enfant victime de négligence serait ainsi confronté à un stress élevé dû au fait de ne pas avoir accès à un parent réconfortant. Milot, St-Laurent, Éthier et Provost (2011) soulignent en fait que l'absence de soins parentaux adéquats et, de manière générale, la faible qualité de la relation parent-enfant, favoriserait le risque pour un enfant négligé de développer des réactions traumatiques.

Le fait que les mauvais traitements, particulièrement la négligence, ne correspondent pas systématiquement à la définition d'évènements potentiellement traumatiques décrits au *DSM-IV*, tout comme le fait que les symptômes de ces enfants dépassent la symptomatologie qui y est décrite, font en sorte que ce diagnostic est controversé pour rendre compte des réactions suite à des épisodes de violence interpersonnelle ou de mauvais traitements (Carrion, Weems, Ray, & Reiss, 2002; Harris, Lieberman, & Marans, 2007; Pynoos, Steinberg, & Piacentini, 1999; Scheeringa, 2007; Scheeringa, Peeble, Cook, & Zeanah, 2001; Scheeringa, Wright, Hunt, & Zeanah, 2006; Scheeringa, Zeanah, Myers, & Putman, 2003; Stafford, Zeanah, & Scheeringa, 2003; van der Kolk et al., 2005). Des appellations telles que *traumatisme complexe* (Briere & Spinazzola, 2005 ; Cook et al., 2005; Spinazzola et al. 2005) ou *traumatisme développemental* (D'Andrea, Spinazzola, & van der Kolk, 2009 ; De Angelis, 2007; van der Kolk, 2005 ; van der Kolk et al., 2009) sont ainsi proposées afin de rendre compte de l'ensemble des réactions

observées chez les enfants victimes de mauvais traitements et les adultes qu'ils deviennent (van der Kolk & Courtois, 2005; van der Kolk, et al., 2005). van der Kolk et al. (2009) estiment que la mesure du traumatisme chez l'enfant nécessite notamment la présence d'évitement, d'hypervigilance et d'intrusion, sans que l'ensemble des critères diagnostiques d'ÉSPT soit requise.

Ainsi, malgré la controverse diagnostique qu'elle sous-tend, la prémisse selon laquelle les mauvais traitements peuvent induire des réactions traumatiques n'est plus à démontrer. Les facteurs qui contribuent au développement ou à l'absence de telles réactions chez les enfants victimes de mauvais traitements sont cependant mal connus. Des facteurs biologiques (ex. conditions génétiques) ou cognitifs (ex. style d'attribution négatif, biais attentionnel envers les événements menaçants) ont été associés à la présence de symptômes traumatiques chez des enfants et adolescents maltraités (Kearney et al., 2010). Selon Lieberman, Chu, van Horn et Harris (2011) la capacité de la figure d'attachement à répondre au stress vécu par l'enfant exposé à des événements traumatiques serait cruciale dans le fait que l'enfant devienne symptomatique et certains soulèvent l'importance de la détresse psychologique de la mère et de la relation mère-enfant au-delà du niveau d'exposition à de la violence à la maison et dans la communauté afin de prédire les difficultés socio-affectives chez des enfants d'âge préscolaire exposés à de la violence conjugale (Lieberman, Van Horn, & Ozer, 2005).

Traumatismes et rôle parental

Une association entre les réactions traumatiques du parent et celles de l'enfant a été documentée auprès de diverses populations (Dekel & Goldblatt, 2004; Famularo, Fenton,

Kinscherff, Ayoub, & Barnum, 1994; Scheeringa & Zeanah, 2001; Stuber, Galea, Vandivere, Moore, Pfefferbaum, & Fairbrother, 2005; van der Kolk et al., 2009). La présence de symptômes traumatiques chez le parent serait un facteur associé au développement de telles réactions chez l'enfant. Scheeringa et Zeanah (2001), dans le cadre d'une méta-analyse, se sont intéressés à dix-sept études où les enfants avaient été exposés à des événements potentiellement traumatiques au sens du *DSM-IV* et ce, sans distinction quant au type d'évènement (par exemple : accidents nucléaires, conflits armés, agressions sexuelles, violence conjugale). Parmi les études recensées, toutes sauf une identifient une association significative entre les symptômes du parent et de l'enfant, que cette réaction ait été suscitée ou non par le même événement.

Les traumatismes vécus par l'enfant maltraité se distinguent de toute autre forme de traumatisme en ce que le parent maltraitant induit lui-même un état de stress chez l'enfant, voire un traumatisme. L'enfant fait face à un dilemme insoluble où la personne sensée lui offrir réconfort est aussi celle ayant induit un stress extrême (Main & Hesse, 1990). Les interprétations à tirer de résultats obtenus auprès d'autres populations sont ainsi limités d'où l'importance de documenter le phénomène spécifiquement auprès des enfants maltraités.

Dans le cas des familles maltraitantes, Famularo et al. (1994) affirment qu'un diagnostic d'ÉSPT chez une génération soulève la nécessité d'évaluer la présence de ce diagnostic chez les membres d'autres générations. Chez un échantillon d'enfants qui ont vécu des mauvais traitements sévères et qui ont été retirés du milieu familial, une corrélation élevée a été trouvée entre la présence du diagnostic d'ÉSPT chez la mère et l'enfant (Famularo et al., 1994). La présence de symptomatologie traumatique chez les mères soulève le fait que celles-ci aient elles-

mêmes un vécu traumatique. Peu d'écrits ont cependant étudié l'association entre le vécu traumatique du parent et la symptomatologie traumatique de l'enfant. Dans une recension des écrits portant sur le rôle parental lors d'évènements traumatiques (notamment suite aux évènements terroristes du 11 septembre 2011), Schechter et Davis (2007) affirment cependant que les parents ayant cumulé antérieurement des évènements traumatiques sont ceux qui ont le plus de mal à répondre aux réactions traumatiques de leur enfant, étant eux-mêmes plus affectés par les évènements.

Un tel cumul d'évènements traumatiques a été documenté chez les parents maltraitants. Ceux-ci ont souvent eux-mêmes vécu des mauvais traitements (Pears & Capaldi, 2001), qui ont été associés à la présence de symptomatologie traumatique à l'âge adulte (Éthier et al., 2006; Koenen & Widom, 2009; van der Kolk et al., 2005; Widom, 1999; Yanos et al., 2010). Un phénomène de revictimisation à l'âge adulte chez les victimes de mauvais traitements durant l'enfance a par ailleurs été documenté (Dietrich, 2007). La violence conjugale dont certaines mères maltraitantes sont ainsi victimes est également associée au développement de symptômes d'ÉSPT (Matlow & De Prince, 2012). Les symptômes traumatiques et le diagnostic d'ÉSPT seraient cependant davantage présents chez les adultes ayant vécu à la fois des mauvais traitements et de la revictimisation à l'âge adulte (Dietrich, 2007).

Ainsi, il semble d'une part que la symptomatologie traumatique de la mère est associée à celle de l'enfant et d'autre part que la symptomatologie traumatique serait présente chez les mères ayant elles-mêmes un vécu traumatique au cours de l'enfance ou à l'âge adulte. Lieberman et al. (2005) estiment ainsi que la symptomatologie de la mère pourrait expliquer l'association entre le

vécu du parent et le développement de difficultés socio-affectives chez l'enfant. Chez des enfants exposés à de la violence conjugale, Lieberman et al. (2005) trouvent que les événements potentiellement traumatiques vécus par la mère au cours de son existence (ex. désastres naturels, événements de nature interpersonnelle, maladie sévère) prédisent les problèmes de comportement de l'enfant et que ce risque s'explique par la réponse psychologique de la mère, les mères qui présentent une symptomatologie traumatique plus élevée ayant des enfants manifestant plus de problèmes de comportement. Vu le cadre conceptuel qui considère les difficultés de régulation de soi comme un élément caractéristique de la réponse traumatique chez l'enfant maltraité (van der Kolk et al., 2009), un tel modèle théorique pourrait prédire également le développement de symptômes traumatiques chez les enfants victimes de mauvais traitements.

Interactions parent-enfant

Des écrits du domaine de l'attachement avancent par ailleurs que chez des parents traumatisés, un état de peur continué provoquerait des comportements apeurés ou épeurant (Main & Hesse, 1990). Ces comportements parentaux engendreraient chez une proportion importante d'enfants victimes de violence et de négligence le développement d'un attachement désorganisé (Barnett, Ganiban, & Cicchetti, 1999; Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2010; Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum, & Botein, 1990; van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). Ce patron d'attachement se manifeste à la petite enfance par un échec de la part de l'enfant à utiliser une stratégie d'attachement cohérente pour faire face à l'inaccessibilité du parent et à ses comportements apeurés et épeurant (Main & Solomon, 1986, 1990). Tous les enfants maltraités ne présentent cependant pas un tel patron d'attachement. L'attachement désorganisé a été associé à la présence d'événements potentiellement traumatiques au sein de la

famille (hospitalisation du parent suite à un accident ou une maladie sévère ou chronique, décès d'un parent ou grand-parent de l'enfant) ainsi qu'à une piètre qualité des interactions avec la mère (Moss, Cyr, & Dubois-Comtois, 2004).

La maltraitance se caractérise par une altération de la relation mère-enfant. Milot, St-Laurent et al. (2010) observent effectivement une qualité de la communication affective mère-enfant moindre chez les enfants négligés que chez les enfants non-négligés. Cependant, Wilson, Kuebli et Hughes (2005) identifient cinq groupes de mères négligentes suggérant ainsi que ces mères ne constituent pas un ensemble homogène (Wilson et al., 2005). Les patrons de communication affective dysfonctionnelle chez certaines dyades pourraient ainsi faire en sorte que les enfants sont laissés seuls pour faire face au stress, augmentant le risque pour ces derniers de développer une symptomatologie traumatique (Milot et al, 2011). Chez un échantillon d'enfants négligés, Milot, St-Laurent et al. (2010) trouvent d'ailleurs qu'au-delà de la négligence subie, la qualité de la communication affective parent-enfant est un prédicteur des symptômes traumatiques chez l'enfant.

En somme, la faible qualité de la relation parent-enfant favoriserait pour certains enfants maltraités le risque de développer des réactions traumatiques (Milot et al., 2011). À travers les écrits sur l'attachement désorganisé, cette piètre qualité des interactions mère-enfant est associée au fait que le parent ait lui-même un vécu traumatique (Main & Hesse, 1990).

Objectifs et hypothèses de l'étude

Afin de mieux comprendre le contexte relationnel qui entoure le développement ou l'absence de symptomatologie traumatique chez les enfants victimes de mauvais traitements, deux objectifs sont poursuivis dans le cadre de cette étude. Le premier est de documenter les différences qui existent lorsque l'on compare deux groupes d'enfants victimes de mauvais traitements : certains présentant des réactions traumatiques qui atteignent un seuil clinique et d'autres pas. Le second objectif vise à évaluer les rôles des symptômes traumatiques de la mère, des événements traumatiques de nature interpersonnelle vécus par cette dernière et de la communication affective mère-enfant dans le développement de symptômes traumatiques chez l'enfant maltraité.

En lien avec les travaux sur l'impact du cumul d'évènements potentiellement traumatiques (Schechter & Davis, 2007), nous posons l'hypothèse qu'en comparaison avec des enfants qui présentent un niveau sous-clinique de symptômes traumatiques, les enfants chez qui on observe des symptômes traumatiques de niveau clinique devraient avoir des mères ayant vécu davantage de mauvais traitements sévères dans l'enfance. De plus, en lien avec la revictimisation à l'âge adulte (Dietrich, 2007) et l'association entre la violence conjugale et le développement de symptômes traumatiques (Matlow & De Prince, 2012), nous formulons l'hypothèse que les enfants qui présentent des symptômes traumatiques de niveau clinique devraient avoir des mères qui subissent davantage de violence interpersonnelle dans le couple que les mères d'enfants qui présentent un niveau sous-clinique de symptômes traumatiques.

Sur la base des résultats des études sur la co-occurrence des symptômes traumatiques chez le parent et l'enfant (Scheeringa & Zeanah, 2001), nous émettons également l'hypothèse que les

mères d'enfants qui présentent un niveau clinique de symptômes traumatiques présenteront davantage de symptômes traumatiques que les mères d'enfants chez qui on observe un niveau sous-clinique de symptômes traumatiques (Lieberman et al., 2005; Milot, St-Laurent et al., 2010). Les travaux inspirés de la théorie de l'attachement (Lieberman, 2004, 2007; Lieberman & Amaya-Jackson, 2005; Milot, St-Laurent et al., 2010) nous incitent par ailleurs à poser l'hypothèse que la qualité des interactions parent-enfant devrait être moins problématique chez les dyades mère-enfant dont l'enfant présente un niveau sous-clinique de symptômes traumatiques que chez les dyades dont l'enfant présente un niveau clinique de symptômes traumatiques.

Dans un deuxième temps, afin de documenter le développement de symptomatologie traumatique chez les enfants victimes de mauvais traitements, les contributions respectives des événements traumatiques de nature interpersonnelle vécus par les mères (au cours de l'enfance et à l'âge adulte), des symptômes traumatiques de celles-ci et des interactions mère-enfant seront examinées. À ce jour, on a associé le vécu d'événements traumatiques de la mère à des difficultés comportementales chez l'enfant (Lieberman et al., 2005). Nous émettons donc l'hypothèse que les mauvais traitements vécus par la mère au cours de l'enfance et la violence interpersonnelle sévère subie dans le couple au cours de la dernière année seront associés à la présence de symptômes traumatiques chez l'enfant. En lien avec les travaux de Lieberman et al. (2005), nous émettons également l'hypothèse que les symptômes traumatiques de la mère et la qualité des interactions mère-enfant apporteront une contribution unique, au-delà du vécu d'événements traumatiques de cette dernière, dans le développement des symptômes traumatiques de l'enfant.

Bien qu'on ait documenté le caractère relationnel des traumatismes auprès de diverses populations (Scheeringa & Zeanah, 2001), et notamment auprès d'enfants maltraités (Famularo et al., 1994), on a rarement inclus les enfants victimes de négligence (Milot, St-Laurent et al., 2010), dont l'incidence est pourtant la plus élevée parmi les différentes formes de mauvais traitements. La présente étude inclut ainsi principalement des enfants qui ont un suivi en contexte de Protection de la jeunesse pour négligence.

Méthode

Participants

L'échantillon est composé de 90 enfants âgés entre 4 et 7 ans (52 garçons et 38 filles; âge moyen : 69 mois, ÉT : 12,15 mois) suivis en contexte de Protection de la jeunesse ainsi que de leur mère. Ces 90 dyades mère-enfant ont été recrutées dans des centres de Protection de la jeunesse de régions urbaines et rurales de la province de Québec (Canada). Avant leur participation, un consentement écrit a été obtenu de la part des mères.

Les participants de cette étude proviennent d'échantillons de deux recherches distinctes. La première est une étude clinique qui porte sur les effets d'une intervention psychothérapeutique sur le développement socio-affectif d'enfants maltraités âgés entre 5 et 7 ans ($n = 33$). Toutes les mesures utilisées pour la présente étude ont été administrées avant l'intervention. La seconde recherche est une étude longitudinale qui examine les liens entre la relation parent-enfant et le développement socio-affectif d'enfants âgés entre 4 et 6 ans maltraités et non-maltraités issus de familles à faible revenu. Tous les enfants recrutés en contexte de Protection de la jeunesse dans le cadre de l'étude longitudinale en raison de leur vécu de mauvais traitements ($n = 57$) ont été

inclus à l'échantillon de la présente étude. Ces projets de recherche ont tous deux été approuvés par le comité éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'étude clinique a également obtenu l'approbation du comité éthique du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.

L'échantillon ainsi composé a été divisé en deux groupes de dyades mère-enfant selon le niveau (clinique ou sous-clinique) de symptômes traumatiques typiquement associés à l'ÉSPT présentés par l'enfant et ce, tels que mesurés par le questionnaire Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) (Briere, 2005), administré à la mère. Les enfants qui composent le groupe clinique ($n = 36$) présentent un score qui atteint le seuil clinique ($T \geq 70$) proposé par Briere (2005) à au moins une des échelles mesurant ces manifestations traumatiques (intrusion, évitement et hypervigilance). Les enfants dont le score à ces trois échelles n'atteint pas ce seuil critique composent le groupe sous-clinique ($n = 54$). Une comparaison des moyennes obtenues au TSCYC par les deux groupes d'enfants est présentée au Tableau 1.

Les deux groupes ne diffèrent pas quant aux données socio-démographiques récoltées (voir Tableau 2). Il n'y a pas de différence significative en ce qui a trait à l'âge des enfants lorsque l'on compare les enfants du groupe clinique et ceux du groupe sous-clinique. Les deux groupes ne diffèrent pas non plus en ce qui a trait à la répartition selon le sexe des enfants, la composition familiale (monoparentale ou biparentale), le fait que la mère occupe un emploi, ni en ce qui concerne le revenu familial.

Au moment de l'étude, toutes les familles recevaient des services en protection de la jeunesse et les enfants vivaient avec leur mère. De l'information concernant les types de mauvais

traitements subis par l'enfant a été obtenue à partir des dossiers en protection de la jeunesse (avec accord écrit de la mère). La répartition des motifs de suivi en protection de la jeunesse selon l'appartenance au groupe est présentée au Tableau 3.

Deux catégories (négligence seule vs au moins une forme d'abus avec ou sans négligence) ont été créées afin de déterminer si les groupes se distinguent quant au motif de suivi en protection de la jeunesse. Les analyses effectuées ne révèlent aucune différence significative entre les deux groupes quant à la répartition des motifs de suivi ($X^2(1, N = 90) = 1,60, p = 0,21$).

Déroutement

Les dyades mère-enfant ont été rencontrées lors d'une visite à domicile. Des informations sur les caractéristiques socio-démographiques, sur les symptômes traumatiques de la mère et de l'enfant, de même que sur les mauvais traitements vécus par la mère dans l'enfance et sur la présence de violence conjugale dans la dernière année ont été recueillies au moyen de questionnaires administrés à la mère sous forme d'entrevue. Ces questionnaires ont été administrés par des étudiantes au baccalauréat ou au doctorat formées et supervisées par les principaux chercheurs ou par des étudiants seniors au doctorat en psychologie. Lors de cette visite, les dyades mère-enfant ont également participé à une séance de jeu libre filmée d'une durée de 10 minutes.

Instruments de mesure

Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC). Le TSCYC (Briere, 2005) a été complété par les mères composant l'échantillon. Il s'agit d'un questionnaire composé de 90

énoncés qui mesurent des symptômes de traumatisme chez des enfants âgés de 3 à 12 ans. Dans le cadre de cette étude, les trois échelles (27 items) mesurant les principales manifestations de réactions traumatiques chez l'enfant (hypervigilance, évitement et intrusion) ont été utilisées. Le TSCYC permet également d'obtenir un score global de réactions traumatiques composé de la somme de ces trois échelles. Les deux échelles de l'instrument permettant de déterminer la validité des questionnaires (niveau de réponse et réponses atypiques) ont également été utilisées. Une échelle de likert en 4 points où 1 correspond à «jamais» et 4 à «toujours» constitue les réponses possibles. Des normes permettent la conversion de scores bruts en scores T. Le TSCYC possède de bonnes qualités psychométriques (Briere 2005; Gilbert, 2004). Dans le cadre de cette étude, la consistance interne (alpha de Cronbach) est de 0,91 pour l'échelle intrusion, 0,89 pour l'échelle évitement et 0,77 pour l'échelle hypervigilance.

Les scores T obtenus aux échelles de ce questionnaire ont permis d'effectuer la composition des groupes. Un score T de 70 et plus représente un niveau clinique de symptômes. Les enfants qui présentaient un score T de 70 et plus à au moins l'une des trois échelles du TSCYC composent le groupe clinique. En ce qui a trait à la validité des réponses, un score T de 70 ou plus à l'échelle *niveau de réponse* (tendance à sous-rapporter des problèmes normaux chez l'enfant) ou un score T supérieur ou égal à 90 à l'échelle *réponses atypiques* (tendance à rapporter des symptômes non-usuels chez l'enfant) rendrait le questionnaire invalide. Tous les questionnaires de l'échantillon sont considérés valides.

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Le CTQ (Bernstein & Fink, 1998) est un inventaire auto-rapporté composé de 28 items qui permet de repérer des expériences d'abus et de

négligence dans l'enfance. Le CTQ s'intéresse à cinq types de mauvais traitements (abus émotionnel, physique et sexuel ainsi qu'à la négligence physique et émotionnelle). On répond au CTQ sur des échelles de likert en 5 points (jamais vrai, rarement vrai, quelques fois vrai, souvent vrai, très souvent vrai). Les scores sont additionnés afin d'obtenir un résultat à chaque catégorie de mauvais traitement. Ce score reflète la fréquence d'évènements rapportés et peut ensuite être comparé à des seuils critiques reflétant la sévérité des mauvais traitements vécus dans l'enfance. Le score de sévérité ainsi créé varie entre 0 et 3, où 0 signifie aucun, 1 faible, 2 modéré et 3 sévère. Le questionnaire a été élaboré de sorte à faciliter le dévoilement (plusieurs items par échelle; des termes tels que *agresseur* ou *agression* sont maintenus à un niveau minimal; on évite de demander qui est l'agresseur). La validité, la fidélité et la consistance interne de l'instrument ont été démontrés (Bernstein & Fink, 1998, Scher, Stein, Asmundon, McCreary, & Forde, 2001). Dans le cadre de cette étude, la consistance interne (alpha de Cronbach) des différentes échelles est de 0,87 pour l'échelle abus émotionnel, 0,84 pour l'échelle abus physiques, 0,95 pour l'échelle agressions sexuelles, 0,79 pour l'échelle négligence physique et 0,86 pour l'échelle négligence émotionnelle.

Le CTQ inclut également trois items permettant de détecter de possibles faux négatifs (minimisation et déni de traumatismes passés) (Bernstein & Fink, 1998). Les auteurs estiment que le fait d'endosser un de ces items soulève une tendance possible à la minimisation des expériences de mauvais traitements, sans invalider le questionnaire (Bernstein & Fink, 1998). Au moyen de ces items, on constate que dix-huit questionnaires de mères de l'échantillon soulèvent de possibles faux négatifs (14 mères du groupe sous-clinique et 4 mères du groupe clinique). Ces

questionnaires étant répartis équitablement dans les deux groupes de mère ($\chi^2(1, N = 90) = 2,96, p = 0,08$) ils ont été conservés pour les analyses.

Revised Conflict Tactic Scale (CTS-2). La version utilisée pour évaluer la violence conjugale est une version brève du CTS-2 (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996), soit un inventaire auto-rapporté composé de 40 questions qui permet de rapporter les agressions physiques et psychologiques dont font usage chaque membre du couple. Cette version comporte quatre échelles : agression psychologique par le répondant, agression psychologique par le partenaire, agression physique par le répondant, agression physique par le partenaire. Les items peuvent être regroupés selon la sévérité (mineure ou sévère). Les échelles retenues pour les analyses effectuées à partir du CTS-2 sont les échelles d'agression physique et psychologique sévères commises par le partenaire et ce, afin de rendre compte des événements potentiellement traumatiques vécus par la mère au sein de sa relation conjugale. Le questionnaire étant administré uniquement auprès des mères qui ont été en couple au cours de la dernière année, 72 questionnaires ont été complétés (31 pour le groupe clinique et 41 pour le groupe sous-clinique).

Trauma Symptom Inventory (TSI). Le TSI (Briere, 1995) a été complété par les mères composant l'échantillon. Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté composé de 100 items qui permet de mesurer les symptômes typiquement associés à l'ÉSPT de même que des difficultés intra et interpersonnelles souvent associées à des formes de traumatisme psychologique chronique. Seules les échelles associées aux symptômes typiques d'ÉSPT ont été utilisées (anxiété/hypervigilance, expériences intrusives, évitement défensif). Le TSI est composé d'échelles de likert en 4 points où 0 correspond à jamais et 3 à souvent. Des normes permettent la

conversion des scores bruts en scores T. Pour toutes les échelles cliniques du TSI, un score T égal ou supérieur à 65 est considéré cliniquement significatif. Les qualités psychométriques de cet instrument ont été démontrées (Briere, 1995). Dans le cadre de cette étude, la consistance interne (alpha de Cronbach) des différentes échelles est de 0,85 pour l'échelle anxiété/hypervigilance, 0,87 pour l'échelle expériences intrusives, 0,88 pour l'échelle évitement défensif.

Trois échelles de validité permettent d'apprécier le style de réponse (réponse atypique, niveau de réponse, inconsistance). Afin de respecter les critères de validité des questionnaires émis par les auteurs (Briere, 1995), sept questionnaires ont été exclus des analyses utilisant le TSI. Cinq questionnaires de mères du groupe sous-clinique ont été exclus des analyses en raison d'un score T supérieur à 73 à l'échelle niveau de réponse (tendance défensive ou à sous-rapporter les difficultés). À l'échelle inconsistance, un score T de 75 ou plus rend le questionnaire invalide. Deux mères du groupe clinique sont donc exclues des analyses. Il y a ainsi 83 questionnaires utilisés pour les analyses utilisant le TSI (34 mères du groupe clinique et 49 du groupe sous-clinique).

Communication affective parent-enfant. Lors de la visite à domicile, la mère et l'enfant ont été invités à réaliser une activité de jeu libre filmée d'une durée de 10 minutes. La qualité de la communication affective entre la mère et l'enfant a ensuite été codifiée à l'aide du système de cotation de Moss, Rousseau, Parent, St-Laurent et Saintonge (1998). Cette grille d'observation contient 8 sous-échelles qui incluent différentes dimensions de la relation parent-enfant (coordination, communication, rôles appropriés, expression émotionnelle, réponses adéquates/sensibilité, tension/relaxation, humeur et plaisir) et une échelle d'appréciation globale

de la qualité des interactions (une qualité optimale étant représentée par des interactions réciproques et synchronisées et une piètre qualité représentée par des conflits ou de l'indifférence). Chaque échelle est cotée entre 1 et 7, 7 représentant une qualité optimale d'interactions. Des scores entre 1 et 3 représentent des patrons de communication dysfonctionnels. La codification a été possible pour 88 dyades, des problèmes techniques empêchant la codification à partir des extraits vidéo des deux autres dyades. La cotation de la moitié de l'échantillon a été réalisée par une étudiante au doctorat ignorant les hypothèses de l'étude et l'autre moitié a été faite par l'auteure principale de cet article. La cotation de 20% de l'échantillon (n = 18 dyades) a été effectuée de façon indépendante par les deux codificatrices pour fins d'accord inter-juges. Le taux d'accord inter-juges (à 1 point d'écart) calculé sur ces 18 dyades est de 92%.

En raison des corrélations élevées entre les sous-échelles (entre 0,58 et 0,84) et des corrélations élevées entre le score global et chaque sous-échelle (entre 0,74 et 0,89), seul le score global a été conservé pour fins d'analyses. La validité de cette grille de cotation a été démontrée à la fois en laboratoire pendant un épisode de collation prise par la mère et l'enfant et en milieu familial pendant une tâche de jeu libre (Dubois-Comtois & Moss, 2004). Les études antérieures ont permis d'observer des différences dans la qualité de la communication affective parent-enfant mesurée à l'aide de la grille de Moss et al. (1998) en fonction des patrons d'attachement chez les enfants âgés entre 3 et 7 ans (Cyr & Moss, 2001; Humber & Moss, 2005; Moss et al., 1998).

Résultats

Histoire de mauvais traitements des mères

Au Childhood Trauma Questionnaire, des points de coupure proposés par les auteurs permettent de détecter divers niveaux de sévérité d'abus ou de négligence vécus dans l'enfance. Afin d'identifier seulement les cas sévères de mauvais traitements, le seuil critique le plus élevé a été utilisé (Bernstein & Fink, 1998). On constate que plus de mères du groupe clinique que de mères du groupe sous-clinique rapportent avoir vécu des agressions sexuelles sévères (voir Tableau 4). On n'observe pas de différence significative entre les groupes quant au niveau de sévérité des autres formes de maltraitance (abus émotionnel, abus physique, négligence émotionnelle et négligence physique) rapportées par les mères.

Violence conjugale

Au *Revised Conflict Tactic Scale* (CTS-2), nous avons effectué des analyses à partir de deux types de données, d'abord le fait de rapporter que les événements se soient ou non produits au cours de la dernière année, puis la fréquence des événements au cours de cette même période.

Des tableaux de contingence ont été compilés en fonction de l'appartenance au groupe et de la prévalence (déjà vs jamais arrivé) pour les agressions physiques et psychologiques sévères commises par le partenaire. Des tests de Khi-deux ont été effectués sur les données ainsi distribuées. On constate que le fait de rapporter avoir subi de la violence sévère, tant physique ($\chi^2(1, N = 72) = 0,44, p = 0,83$) que psychologique ($\chi^2(1, N = 72) = 0,19, p = 0,89$), ne distingue pas les deux groupes de mère. Ce sont 25,8% des mères du groupe clinique et 24,4% des mères du groupe sous-clinique qui rapportent avoir subi de la violence psychologique sévère au cours de

la dernière année. En ce qui a trait à la violence physique sévère, 14,6 % des mères du groupe clinique et 12,9% des mères du groupe sous-clinique rapportent en avoir subie au cours de la dernière année.

Les analyses de comparaison de moyenne effectuées à partir de la fréquence rapportée ne révèlent aucune différence significative entre les groupes quant aux agressions physiques sévères subies ($t(40, 59) = -1,07, p = 0,295$) ni aux agressions psychologiques sévères dont la mère a été victime ($t(34, 75) = -1,66, p = 0,11$). La moyenne d'agressions psychologiques sévères au cours de la dernière année est de 8,90 pour les mères du groupe clinique et de 2,80 pour les mères du groupe sous-clinique. La moyenne d'agressions physiques sévères au cours de la dernière année telle que rapporté par les mères est de 14,72 pour les mères du groupe clinique et de 7,11 pour les mères du groupe sous-clinique.

Symptômes de traumatisme chez la mère

Des tests de comparaison de moyenne entre deux groupes indépendants ont été effectués sur les scores T obtenus par les deux groupes aux sous-échelles du TSI (voir Tableau 5). Les mères du groupe clinique obtiennent des scores significativement plus élevés que les mères du groupe sous-clinique pour les trois types de symptômes typiques de traumatisme.

Des tableaux de contingence deux par deux ont également été compilés en fonction de l'appartenance au groupe et des niveaux de réactions traumatiques maternelles (faible vs élevé) (voir Tableau 6). Le niveau élevé de symptômes (score T de 65 ou plus) représente selon l'auteur du test un niveau clinique de symptômes (Briere, 1995). Des tests de Khi-deux ont été effectués

sur les données ainsi distribuées. On constate que les niveaux de sévérité sont répartis équitablement entre les groupes pour les symptômes d'anxiété/hypervigilance. Une différence significative est toutefois retrouvée entre les deux groupes quant au niveau de sévérité des symptômes d'expériences intrusives et d'évitement défensif : une proportion significativement plus élevée de mères du groupe clinique que de mères du groupe sous-clinique rapportent un niveau élevé de symptômes.

Communication affective mère-enfant

Un test de comparaison de moyenne a été effectué sur le score global obtenu par les deux groupes de dyades mère-enfant afin de déterminer si une différence est retrouvée quant à la qualité de la communication affective mère-enfant telle que mesurée par la grille de Moss et al. (1998). Le score obtenu par les dyades du groupe clinique ($M = 3,51$, $ÉT = 0,95$) ne diffère pas de façon significative du score obtenu par les dyades du groupe sous-clinique ($M = 3,32$, $ÉT = 1,07$) ($t(86) = -0,87$, $p = 0,39$).

Symptomatologie traumatique de l'enfant en lien avec le vécu d'évènements traumatiques de la mère, les symptômes traumatiques maternels et la communication affective mère-enfant

Le deuxième objectif de l'étude est d'explorer le rôle respectif des évènements traumatiques de nature interpersonnelle vécus par les mères (au cours de l'enfance et à l'âge adulte), des symptômes traumatiques de celles-ci et de la relation mère-enfant afin d'expliquer le développement de symptomatologie traumatique des enfants. Nous avons d'abord effectué des corrélations entre les symptômes traumatiques des enfants et 1) le vécu d'évènements

traumatiques de nature interpersonnelle chez les mères (mauvais traitements dans l'enfance et violence interpersonnelle subie dans le couple au cours de la dernière année), 2) les symptômes traumatiques des mères et 3) la communication affective mère-enfant. Les résultats de ces analyses de corrélations sont présentés au Tableau 7. Les variables suivantes ont été utilisées dans ces analyses : les scores continus de symptômes traumatiques de l'enfant (au TSCYC), les scores de sévérité (variant entre 0 et 3) des différents types de mauvais traitements vécus par la mère durant l'enfance (CTQ), les fréquences d'actes de violence conjugale sévère subie par la mère au cours de la dernière année (CTS-2), les scores continus de symptômes traumatiques de la mère (au TSI) et le score global de qualité de la communication socio-affective mère-enfant.

Les analyses effectuées révèlent que seuls les symptômes d'intrusion de l'enfant sont en relation à la fois avec les symptômes traumatiques maternels et le vécu de certains événements traumatiques de la mère. En effet les symptômes d'intrusion de l'enfant corréleront avec les agressions sexuelles vécues par la mère dans l'enfance, avec les agressions psychologiques sévères subies par la mère dans le couple au cours de la dernière année et avec les symptômes d'évitement défensif et d'expériences intrusives de la mère. En ce qui concerne les symptômes d'évitement de l'enfant, on constate qu'ils sont significativement associés aux symptômes d'évitement défensif et d'expériences intrusives de la mère. Quant aux symptômes d'hypervigilance de l'enfant, ils sont significativement corrélés avec les symptômes d'expériences intrusives de la mère. Il n'y a pas de lien significatif entre la communication affective mère-enfant et les symptômes de l'enfant.

Afin d'évaluer si la symptomatologie traumatique de la mère permet d'apporter une contribution unique à la prédiction des symptômes traumatiques de l'enfant, au-delà du vécu d'évènements traumatiques (passés et récents) de la mère, nous avons procédé à une analyse de régression multiple hiérarchique. Les événements traumatiques vécus par la mère (le score de sévérité d'agressions sexuelles vécues par la mère durant l'enfance et la fréquence d'actes de violence psychologique sévère subie par la mère dans le couple au cours de la dernière année) ont été entrés comme prédicteurs à la première étape. Les symptômes traumatiques d'évitement défensif et d'expériences intrusives de la mère ont ensuite été ajoutés comme prédicteur à la seconde étape. Comme les échelles de symptômes d'évitement défensif et d'expériences intrusives de la mère sont fortement corrélées ($r(83) = 0,78, p = 0,00$), elles ont été jumelées en un score composite qui a été utilisé dans l'analyse de régression à l'étape deux comme mesure de symptômes traumatiques maternels. Les résultats de la régression sont présentés au Tableau 8. La première étape du modèle testé révèle que le vécu traumatique de la mère (agressions sexuelles durant l'enfance et violence psychologique conjugale sévère) permet de prédire une portion significative des symptômes d'intrusion de l'enfant (variance expliquée : 10,6%; $F(2, 64) = 4,90, p = 0,01$). Seul le vécu d'agressions sexuelles dans l'enfance s'avère cependant un prédicteur significatif. L'ajout à la seconde étape des symptômes traumatiques de la mère explique une portion de variance additionnelle significative des symptômes d'intrusion de l'enfant (variance additionnelle expliquée : 7,8%; $F_{change}(1, 63) = 6,25, p = 0,02$). À cette dernière étape, seul le coefficient de régression des symptômes traumatiques de la mère est significatif, le vécu d'agressions sexuelles de la mère n'étant alors plus un prédicteur significatif des symptômes traumatiques de l'enfant.

En lien avec ces résultats, l'effet médiateur des symptômes traumatiques de la mère sur la relation entre les agressions sexuelles subies durant l'enfance de la mère et les symptômes d'intrusion de l'enfant a été testé selon la procédure établie par Baron & Kenny (1986). Quatre conditions sont nécessaires à la médiation (Baron & Kenny, 1986). (1) Il doit y avoir un effet significatif de la variable indépendante sur la variable dépendante en absence de la variable médiatrice. (2) Il doit y avoir un effet significatif de la variable indépendante sur la variable médiatrice. (3) Une contribution unique de la variable médiatrice sur la variable dépendante doit être trouvée et (4) une diminution significative de l'effet de la variable indépendante lorsque la variable médiatrice est intégrée au modèle doit également être présente. Des analyses de régression ont été réalisées afin de s'assurer que les conditions soient respectées. Ces analyses confirment (1) un effet significatif de la variable agression sexuelle sur la variable symptômes d'intrusion de l'enfant en absence de la variable symptômes traumatiques de la mère (score combiné des symptômes d'évitement défensif et d'expériences intrusives) ($F(1, 81) = 7,25, p = 0,01$). (2) Un effet significatif des agressions sexuelles vécues dans l'enfance de la mère sur les symptômes traumatiques de la mère est trouvé ($F(1, 81) = 5,25, p = 0,02$). (3) Une contribution unique des symptômes traumatiques de la mère sur les symptômes d'intrusion de l'enfant est également présente ($F(1, 81) = 14,84, p = 0,00$). (4) Finalement, il n'y a plus d'effet des agressions sexuelles vécues dans l'enfance de la mère lorsque la variable symptômes traumatiques de la mère est intégrée au modèle ($B\hat{e}ta = 0,20, p = 0,05$).

Le test de Sobel (1982) permet, une fois cette procédure réalisée, de vérifier si la médiation est significative. L'effet médiateur des symptômes traumatiques de la mère sur la relation entre les

agressions sexuelles subies durant l'enfance de la mère et les symptômes d'intrusion de l'enfant a pu être confirmé (test de Sobel = 2,41, $p = 0,02$).

Discussion

Cette étude visait en premier lieu à documenter les différences en termes de traumatismes maternels et de la relation mère-enfant chez des enfants maltraités chez qui les mères observent des réactions traumatiques qui atteignent un seuil clinique et d'autres dont les réactions traumatiques telles qu'observées par les mères sont de niveau sous-clinique. Le fait que les mauvais traitements peuvent induire des symptômes traumatiques chez l'enfant est reconnu dans les écrits scientifiques (Beers & De Bellis, 2002; Briere & Spinazzola, 2005 ; Cook et al., 2005; Spinazzola et al. 2005; van der Kolk et al., 2009). Une des forces de cette étude est de s'intéresser notamment au fait que tous les enfants maltraités ne développent pas une telle symptomatologie, en s'attardant à mieux comprendre l'association entre les traumatismes de la mère et la symptomatologie traumatique de l'enfant. Les événements vécus par l'enfant victime de mauvais traitements le sont, le plus souvent, dans le cadre de la relation parent-enfant où le parent induit ou ne protège pas des mauvais traitements causés par d'autres. Il importe ainsi de s'intéresser au contexte relationnel qui entoure le développement de la symptomatologie traumatique.

Par ailleurs, bien qu'on ait documenté auprès de diverses populations l'association qui existe entre les traumatismes du parent et ceux de l'enfant (Scheeringa & Zeanah, 2001; Stuber et al., 2005; van IJzendoorn et al., 2003), aucune étude n'a, à notre connaissance, inclus les enfants victimes de négligence afin de documenter cette association. La négligence est pourtant la forme la plus prévalente de mauvais traitements envers les enfants (Trocmé et al., 2010). Le fait que la

majorité des enfants de l'échantillon aient été négligés apporte un appui supplémentaire aux études récentes qui démontrent que le fait de vivre avec un parent qui fait preuve de lacunes sévères dans sa disponibilité émotionnelle à l'enfant et dans la satisfaction des besoins de base de ce dernier peut constituer un contexte relationnel suffisamment stressant pour engendrer des réactions traumatiques (Hulette et al., 2008; Milot, St-Laurent et al., 2010).

Dans le cadre de cette étude, 40% des enfants participants présentaient un score de niveau clinique à au moins une échelle du TSCYC qui mesure les manifestations typiques de traumatisme (évitement, intrusion, hypervigilance). Les données de Kearney et al. (2010) suggèrent des taux de prévalence d'ÉSPT qui peuvent atteindre 50% dans les cas d'abus physiques ou d'agressions sexuelles et de 33 à 50% chez les enfants négligés qui ont été témoin de violence conjugale. Bien que la mesure utilisée dans le cadre de cette thèse ne constitue pas un outil diagnostique, on constate que le pourcentage d'enfants qui présentent des symptômes traumatiques de niveau clinique est comparable aux données de prévalence d'ÉSPT rapportées par Kearney et al. (2010).

Nous avons émis l'hypothèse que les enfants chez qui les mères observent un seuil clinique de symptômes traumatiques (en comparaison d'enfants chez qui les mères observent un niveau sous-clinique de symptômes) auraient des mères ayant vécu davantage de mauvais traitements sévères dans l'enfance. Nos résultats vont dans le sens de cette affirmation uniquement en ce qui a trait aux agressions sexuelles sévères subies. Les écrits scientifiques récents documentent que différentes formes de mauvais traitements vécues par le parent ont un effet délétère sur les capacités parentales (Barett, 2009; Lang, 2010; Collin-Vézina, Cyr, Pauzé, & McDuff, 2005) et

que le cumul de mauvais traitements est un élément déterminant dans l'apparition des symptômes traumatiques à l'âge adulte (Briere, Kaltman, & Green, 2008). Cependant, certains travaux rapportent une contribution unique des agressions sexuelles subies par le parent dans l'enfance, que ce soit pour la transmission des mauvais traitements du parent à son enfant (Banyard, 1997) ou le développement de symptomatologie traumatiques à l'âge adulte (Briere et al., 2008).

En accord avec les travaux sur la revictimisation (Dietrich, 2007), nous avons également émis une hypothèse à l'effet que les enfants qui présentent des symptômes traumatiques de niveau clinique auraient des mères qui subissent davantage de violence interpersonnelle dans le couple. Cependant, la violence physique et psychologique sévère commise par le conjoint, telle que rapportée par les mères, n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les mères d'enfants qui présentent ou non des symptômes de traumatisme de niveau clinique. Ce résultat est cohérent avec les travaux de Lieberman et al. (2005) qui trouvent que, chez des mères victimes de violence conjugale, les expériences de stress sévère antérieures prédisent davantage leur fonctionnement psychologique que la violence conjugale subie au cours de la dernière année. Notons cependant que compte tenu de la nature des items (ex. mon partenaire a détruit quelque chose qui m'appartenait, mon partenaire a tenté de m'étrangler) on constate que les mères des deux groupes sont nombreuses à avoir subi de la violence sévère au cours de la dernière année.

Les résultats obtenus confirment que les enfants chez qui on observe des symptômes traumatiques de niveau clinique ont des mères qui présentent davantage de symptômes de traumatismes, ce qui abonde dans le sens des travaux antérieurs réalisés auprès de populations exposées à des événements présentant un caractère potentiellement traumatique (Scheeringa &

Zeanah, 2001; Stuber et al., 2005) qui montrent des liens entre les symptômes traumatiques de la mère et de l'enfant. Nos résultats indiquent que les mères qui observent chez leur enfant un seuil clinique de symptômes traumatiques sont plus nombreuses que les mères d'enfants qui observent un niveau sous-clinique de symptômes traumatiques chez leur enfant à présenter elle-même un niveau clinique de symptômes d'intrusion et d'évitement. Elles ne se distinguent cependant pas quant au niveau de symptômes d'hypervigilance.

Les travaux portant sur les symptômes traumatiques et la relation parent-enfant (Lieberman & Amaya-Jackson, 2005; Milot, St-Laurent et al., 2010) de même qu'un parallèle avec ceux portant sur l'attachement désorganisé et les réactions traumatiques (Lieberman, 2004, 2007) suggèrent que la qualité des interactions mère-enfant devrait être moins négative chez les enfants qui présentent un niveau sous-clinique de symptômes d'ÉSPT que chez les enfants qui en présentent un niveau clinique. Nous n'avons cependant pas été à même de démontrer une telle différence. Toutes les mères ayant participé à cette étude sont suivies en contexte de Protection de la jeunesse pour leur enfant. Il est possible que la mesure d'observation en contexte de jeu libre n'ait pas été suffisamment sensible pour détecter des différences entre ces deux groupes de dyades dans un contexte ludique. Dans une reproduction éventuelle de l'étude, un contexte moins structuré, tel un contexte de jeu sans jouet, exigerait davantage que la mère structure l'interaction et pourrait peut-être permettre de mettre de l'avant une différence entre les deux groupes en ce qui a trait à la qualité des interactions (Milot et al., 2011; Wilson, Rack, Shi, & Norris, 2008). Des interactions parent-enfant observées dans le quotidien (et incluant des moments de conflit ou de détresse) pourraient peut-être également permettre d'identifier des différences dans le style interactionnel des dyades. Une mesure de comportements atypiques pourrait, dans une

reproduction éventuelle de l'étude, s'avérer pertinente afin de distinguer les interactions mère-enfant. Une telle mesure pourrait mettre de l'avant des comportements maternels hostiles ou impuissants (Lyons-Ruth, Yellin, Melnick, & Atwood, 2005) qui pourraient être liés au développement de symptomatologie traumatique chez l'enfant.

Les résultats obtenus en lien avec le premier objectif de l'étude suggèrent un modèle écologique où les agressions sexuelles subies par la mère durant l'enfance de même que les symptômes typiques de traumatisme de la mère influencent la présence de symptomatologie traumatique de niveau clinique chez les enfants maltraités.

Puisque la symptomatologie traumatique de l'enfant peut varier sans atteindre un niveau clinique, cette étude documente également le développement de symptomatologie traumatique chez l'enfant maltraité au moyen d'une mesure continue de symptômes traumatiques. Un second objectif de l'étude consistait ainsi à évaluer les contributions respectives du vécu traumatique maternel, de la symptomatologie traumatique de la mère et de la communication affective mère-enfant dans le développement de symptômes traumatiques chez les enfants maltraités. Nous avons émis l'hypothèse que, chez des enfants victimes de mauvais traitements, les symptômes typiques de traumatisme seraient prédits par les expériences de traumatismes interpersonnels vécus par leur mère. Nous avons également précisé que la variable symptômes de la mère serait déterminante dans le développement de symptomatologie traumatique chez l'enfant et ce, au-delà du vécu traumatique de la mère. Cette hypothèse a été validée pour les symptômes d'intrusion de l'enfant. Les analyses effectuées révèlent en effet que l'exposition de la mère à des événements traumatiques de nature interpersonnelle (agressions sexuelles durant l'enfance) prédit de façon

significative les symptômes d'intrusion de l'enfant et que la symptomatologie de la mère apporte une contribution additionnelle unique à cette prédiction. Les analyses de médiation révèlent par ailleurs que bien que les agressions sexuelles subies par la mère dans l'enfance constituent un facteur de risque prédisposant les enfants à présenter des symptômes d'intrusion, le mécanisme à travers lequel s'actualise ce risque est la réponse de la mère à ces événements (c.-à-d. le fait qu'elle présente une symptomatologie traumatique). Tel qu'avancé par Scheeringa et Zeanah (2001), les symptômes traumatiques chez des adultes présentant un diagnostic d'ÉSPT pourraient altérer la capacité à percevoir et répondre de façon sensible à un enfant qui est traumatisé de façon similaire. Ces résultats sont cohérents avec les travaux réalisés par Lieberman et al. (2005) auprès d'enfants témoins de violence conjugale qui montrent, chez des enfants exposés à de la violence conjugale, que les événements potentiellement traumatiques vécus par la mère prédisent les problèmes de comportement de l'enfant et que ce risque s'explique par la réponse psychologique de la mère.

L'hypothèse selon laquelle la communication affective mère-enfant serait associée à la symptomatologie traumatique de l'enfant n'a pas été validée. Ces résultats ne sont sans doute pas indépendants des limites soupçonnées quant à la sensibilité de la mesure.

Implications cliniques

Les résultats obtenus impliquent que le traitement de symptomatologie traumatique chez les enfants victimes de mauvais traitements, et notamment les enfants victimes de négligence, devrait considérer l'interface qui existe entre la symptomatologie de l'enfant et celle du parent. Les interventions mère-enfant (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004; Éthier, Bourassa &

Nadeau-Noël, 2008; Kinniburgh & Blaustein, 2005; Lieberman & van Horne, 2005; Moss, Dubois-Comtois, Cyr, Tarabulsy, St-Laurent, & Bernier, 2011; 2011) constituent ainsi une avenue prometteuse pour les services de Protection de la jeunesse. Il semble que les symptômes traumatiques (notamment le retrait et l'évitement) de la mère constituent une cible à privilégier dans l'intervention et leur diminution pourrait permettre que celle-ci développe une plus grande disponibilité face aux comportements et émotions de l'enfant. Lorsque des interventions psychothérapeutiques sont offertes en contexte de Protection de la jeunesse, celles-ci ciblent généralement la symptomatologie de l'enfant. Les résultats de cette étude suggèrent que les interventions qui visent la diminution des symptômes traumatiques chez les enfants maltraités devraient peut-être cibler également la symptomatologie traumatique de la mère.

Limites de l'étude

La principale limite de cette étude est l'utilisation de questionnaires complétés par la mère, ce qui peut avoir accentué les relations trouvées entre les variables. Il semble par ailleurs que les mères négligentes, qui constituent la majorité des mères de l'échantillon, peuvent être moins attentives et habiles pour percevoir les manifestations comportementales et affectives de l'enfant (Milot, Éthier et al., 2010). Auprès d'autres populations, des instruments variés utilisés pour la mesure des réactions traumatiques ont permis de déceler un lien significatif entre les symptômes du parent et de l'enfant suite à un traumatisme (Scheeringa & Zeanah, 2001) Des entrevues cliniques ou des questionnaires complétés par un autre répondant pourraient constituer des mesures complémentaires à inclure dans une reproduction éventuelle de l'étude.

Une seconde limite provient du fait de ne pas avoir évalué les autres évènements potentiellement traumatiques vécus par la mère et l'enfant. Bien que la répartition selon le type de mauvais traitements ne différencie pas les deux groupes d'enfants, nous ne pouvons affirmer qu'aucune différence n'existe entre les deux groupes quant aux autres évènements stressants vécus ou encore quant à la sévérité des mauvais traitements subis par l'enfant. Les motifs de signalement représentent par ailleurs le motif de prise en charge actuelle et non un historique des mauvais traitements. Des variables telles que la toxicomanie du parent (Cohen, Hien, & Batchelder, 2008) et la santé mentale de la mère (Éthier et al., 2006) pourraient par ailleurs être intégrées dans une reproduction éventuelle de l'étude afin de permettre une compréhension plus approfondie des variables maternelles entourant le développement ou l'absence de symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités.

Malgré ces limites, les liens significatifs identifiés dans le cadre de cette étude (avec la symptomatologie traumatique maternelle et le vécu d'évènements traumatiques de la mère) contribuent à bonifier les connaissances quant aux facteurs de risque associés au développement de symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités et plus particulièrement les enfants victimes de négligence. Les traumatismes maternels ont déjà été associés aux mauvais traitements envers l'enfant (Banyard, William, & Siegel, 2003; Cohen et al., 2008; Éthier et al., 2006; Wekerle, Wall, Leung, & Trocmé, 2007) mais cette étude constitue une démarche innovatrice pour documenter, auprès d'enfants majoritairement négligés, l'association entre la symptomatologie traumatique de l'enfant et les traumatismes de la mère, en s'intéressant à la fois aux évènements traumatiques interpersonnels vécus par la mère durant l'enfance et l'âge adulte et à sa propre symptomatologie traumatique.

Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^e éd.). Washington, DC: Auteur.
- Banyard, V. L. (1997). The impact of childhood sexual abuse and family functioning on four dimensions of women's later parenting. *Child Abuse & Neglect, 21*, 1095-1107.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2003). The impact of complex trauma and depression on parenting: An exploration of mediating risk and protective factors. *Child Maltreatment, 8*, 334-349.
- Barett, B. (2009). The impact of childhood sexual abuse and other forms of childhood adversity on adulthood parenting. *Journal of Child Sexual Abuse, 18*, 489-512.
- Barnett, D., Ganiban, J., & Cicchetti, D. (1999). Maltreatment, negative expressivity, and the development of Type D attachments from 12 to 24 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 64*, 97-118.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173–1182.
- Beers, S. R., & De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*, 483-486.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire a Retrospective Self-Report: Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation: Harcourt Brace & Company.

- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory (TSI): Professional Manual*. Lutz: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Briere, J. (2005). *Trauma Symptom Checklist for Young Children: Professional Manual*. Lutz: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 223-226.
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 401-412.
- Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R., & Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry, 41*, 166-173.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexually abused-related PTSD symptoms. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry, 43*, 393-402.
- Cohen, L. R., Hien, D., & Batchelder, S. (2008). The impact of cumulative maternal trauma and diagnosis on parenting behavior. *Child Maltreatment, 13*, 27-38.
- Collin-Vézina, D., & Cyr, M. (2003). La transmission de la violence sexuelle: Description du phénomène et pistes de compréhension. *Child Abuse & Neglect, 27*, 489-507.
- Collin-Vézina, D., Cyr, M., Pauzé, R., & McDuff, P. (2005). The role of depression and dissociation in the link between childhood sexual abuse and later parenting practices. *Journal of Trauma and Dissociation, 6*, 71-97.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (Éds.). (2003). *Complex trauma in children and adolescents*: National Child Traumatic Stress Network.

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M., & van IJzendoorn, M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22, 87-108.
- Cyr, C., & Moss, E. (2001). Le rôle des interactions mère-enfant et de la dépression maternelle à l'âge préscolaire dans la prédiction de l'attachement de l'enfant à l'âge scolaire. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 33, 77-87.
- D'Andrea, W., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2009). *Phenomenology and nosology of symptoms following interpersonal trauma exposure in children: A review of literature on symptoms, biology and treatment*. Document inédit, Trauma Center at Justice Resource Institute.
- De Angelis, T. (2007). A new diagnosis for childhood trauma? Some push for a new DSM category for children who undergo multiple, complex traumas. *APA Online*, 38, 32-34.
- De Bellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment*, 10, 150-172.
- Dekel, R., & Goldblatt, H. (2004). Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans' children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 281-289.
- Dietrich, A. (2007). Childhood maltreatment and revictimization: The role of affect dysregulation, interpersonal relatedness difficulties and posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 8, 25-51.
- Dubois-Comtois, K., & Moss, E. (2004). Relation entre l'attachement et les interactions mère-enfant en milieu naturel et expérimental à l'âge scolaire. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 36, 267-279.

- Egger, H. L., Fenichel, E., Guedeney, A., Wise, B. K., & Wright, H. H. (2005). *DC: 0-3 R*. Washington, DC: Zero to Three.
- Éthier, L. S., Bourassa, L., & Nadeau Noël, M-P. (2008). *Programme ETRE: Guide à l'intention des thérapeutes*. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Éthier, L. S., St-Laurent, D., & Milot, T. (2006, septembre). Traumatic experiences linked to intergenerational transmission of parental neglect. Communication présentée au congrès annuel de l'Interpersonal Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect, York, Royaume-Uni.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., Ayoub, C., & Barnum, R. (1994). Maternal and child posttraumatic stress disorder in cases of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 18*, 27-36.
- Gilbert, A. M. (2004). *Psychiatric properties of the Trauma symptoms Checklist for Children (TSCYC)*. (Thèse de doctorat inédite) Alliant International University, San Diego, Ca.
- Harris, W. W., Lieberman, A. F., & Marans, S. (2007). In the best interests of society. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*, 392-411.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretation. *Development and Psychopathology, 18*, 309-343.
- Hulette, A. C., Fisher, P. A., Kim, H. K., Ganger, W., & Landsverk, J. L. (2008). Dissociation in foster preschoolers: A replication and assessment study. *Journal of Trauma and Dissociation, 9*, 173-190.
- Humber, N., & Moss, E. (2005). The relationship of preschool and early school age attachment to mother-child interaction. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*, 128-141.

- Kearney, C. A., Wechsler, A., Kaur, H., & Lemos-Miller, A. (2010). Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: A review of contemporary research and thought. *Clinical Child and Family Psychology Review, 13*, 46-76.
- Kinniburgh, K. M., & Blaustein, M. E. (2005). *A.R.C.: Attachment, self regulation, & competency: A comprehensive framework for intervention with complexly traumatized youth*. Brookline, MA: The Trauma Center.
- Koenen, K. C., & Widom, C. S. (2009). A prospective study of sex differences in the lifetime risk of posttraumatic stress disorder among abused and neglected children grown up. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 566-574.
- Lang, A. J. (2010). The impact of maternal childhood abuse on parenting and infant temperament. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 23*, 100-110.
- Lieberman, A. F. (2004). Traumatic stress and quality of attachment: Reality and internalization in disorders of infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 25*, 336-351.
- Lieberman, A. F. (2007). Ghosts and angels: Intergenerational patterns in the transmission and treatment of the traumatic sequelae of domestic violence. *Infant Mental Health Journal, 28*, 422-439.
- Lieberman, A. F., & Amaya-Jackson, L. (2005). Reciprocal influences of attachment and trauma: Using a dual lens in the assessment and treatment of infants, toddlers, and preschoolers. Dans L. J. Berlin, Z. Yair, L. Amaya-Jackson & M. T. Greenberg (Éds.), *Enhancing Early Attachments* (pp. 100-124). London: Guilford Press.
- Lieberman, A. F., Chu, A., van Horn, P., & Harris, W. H. (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Development and Psychopathology, 23*, 397-410.

- Lieberman, A. F., & van Horn, P. (2005). *Don't hit my mommy*. Washington: DC: Zero to Three Press.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ozer, E. J. (2005). Preschooler witnesses of marital violence: Predictors and mediators of child behavior problems. *Development and Psychopathology, 17*, 385-396.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Grunebaum, H. U., & Botein, S. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development, 61*, 85-98.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/Helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology, 17* (1), 1-23.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Éds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161–182). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure–disorganized/disoriented attachment pattern. Dans T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Éds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Dans M. T. Greenberg, D. Cichetti, & M. Cummings

(Éds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160).

Chicago, IL: University of Chicago Press.

Matlow, R. B., & De Prince, A. P. (2012). The Influence of Victimization History on PTSD Symptom Expression in Women Exposed to Intimate Partner Violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *Mar 2012*.

Milot, T., Éthier, L. S., St-Laurent, D., & Provost, M. A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, *34*, 225-234.

Milot, T., St-Laurent, D., Éthier, L. S., & Provost, M. (2010). Trauma-related symptoms in neglected preschoolers and affective quality of mother-child communication. *Child Maltreatment*, *15*, 293-304.

Milot, T., St-Laurent, D., Éthier, L. S., & Provost, M. (2011). Le trauma complexe et les relations d'attachement en contexte de négligence. *Revue québécoise de psychologie*, *32*, 79-99.

Moss, E., Bureau, J.F., Cyr, C., Mongeau, C., & St-Laurent, D. (2004). Correlates of attachment at age 3: Construct validity of the Preschool Attachment Classification System. *Developmental Psychology*, *40*, 323-334.

Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychology*, *40*, 519-532.

Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsky, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Effects of a home visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child

- attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, *23*, 195-210.
- Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & Saintonge, J. (1998). Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problems. *Child Development*, *69*, 1390-1405.
- Pears, K. C., & Capaldi, D. M. (2001). Intergenerational transmission of abuse: A two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*, *25*, 1439-1461.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, *46*, 1542-1554.
- Schechter, D. S., & Davis, B. E. (2007). Parenting in times of crisis. *Psychiatric Annals*, *37*, 423-428.
- Scheeringa, M. (2007). A research agenda for posttraumatic stress disorder in infants, toddlers, and preschool children. Dans W. E. Narrow, M. B. First, P. J. Sirovatka & D. A. Regier (Éds.), *Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda for DSM-V* (pp. 151-162). Arlington, TX: American Psychiatric Publishing.
- Scheeringa, M. S., Peebles, C. D., Cook, C. A., & Zeanah, C. H. (2001). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, *40*, 52-60.
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, *14*, 799-815.

- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putman, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 561-570.
- Scheeringa, M. S., Wright, M. J., Hunt, J. P., & Zeanah, C. H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 163*, 644-651.
- Scher, C. D., Stein, M. B., Asmundson, G. J. G., McCreary, D. R., & Forde, D. R. (2001). The Childhood Trauma Questionnaire in a community sample: Psychometric properties and normative data. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 843-857.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equations models. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., van der Kolk, B., Silva, S., Smith, S. F., & Blaustein, M. (2005). Survey evaluates complex trauma exposure, outcome, and intervention among children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*, 433-439.
- Stafford, B., Zeanah, C. H., & Scheeringa, M. (2003). Exploring psychopathology in early childhood: PTSD and attachment disorders in DC: 0-3 and DSM-IV. *Infant Mental Health Journal, 24*, 398-409.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised Conflict tactics scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues, 17*, 283-316.
- Stuber, J., Galea, S., Vandivere, S., Moore, K., Pfefferbaum, B., & Fairbrother, G. (2005). Behavior problems in New York city's children after the September 11, 2001, terrorist attacks. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*, 190-200.

- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148*, 10-20.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., et al. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008 (ECI-2008) : Données principales* (pp. 128). Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 35*, 401-408.
- van der Kolk, B. A., & Courtois, C. A. (2005). Editorial comments: Complex developmental trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 385-388.
- van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., et al. (2009). *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. Boston, MA.
- van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 389-399.
- van IJzendoorn, M., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*, 225-249.
- Wekerle, C., Wall, A.-M., Leung, E., & Trocmé, N. (2007). Cumulative stress and substantiated maltreatment: The importance of caregiver vulnerability and adult partner violence. *Child Abuse & Neglect, 31*, 427-443.

- Widom, D. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1223-1229.
- Wilson, S. R., Kuebli, J. E., & Hughes, H. M. (2005). Patterns of maternal behavior among neglectful families: Implications for research and intervention. *Child Abuse & Neglect, 29*, 985-1001.
- Yanos, P. T., Czaja, S. J., & Widom, C. S. (2010). A prospective examination of service use by abused and neglected children followed up into adulthood. *Psychiatric Services, 61*, 796-802.

Tableau 1

Scores moyens de symptômes traumatiques de l'enfant selon l'appartenance au groupe

	Groupe clinique (n=36)		Groupe sous-clinique (n=54)		<i>t</i>
	M	(ÉT)	M	(ÉT)	
Intrusion	70,39	(19,49)	49,09	(6,60)	6,32**
Évitement	74,03	(22,20)	52,23	(7,47)	5,68**
Hypervigilance	70,42	(13,76)	52,50	(7,60)	7,12**
Score global ^a	75,89	(14,99)	51,52	(6,32)	9,23**

^a Le score global est obtenu à partir de la somme des trois échelles précédentes.

**p < 0,01.

Tableau 2

Données socio-démographiques selon l'appartenance au groupe

	Total (N=90)	Groupe clinique (n=36)	Groupe sous- clinique (n=54)	X^2
	% (n)	% (n)	% (n)	
Garçons	57,8 (52)	52,8 (19)	61,1 (33)	0,62
Famille monoparentale	48,9 (44)	55,6 (20)	44,4 (24)	1,07
Mère a un emploi	15,6 (14)	22,2 (8)	11,1 (6)	2,03
Revenu familial (moins de 25 000\$ canadiens)	83,3 (75)	77,8 (28)	87,0 (47)	1,33
	M (ÉT)	M (ÉT)	M (ÉT)	<i>t</i>
Âge de l'enfant (mois)	69 (12,15)	71 (13,35)	68 (11,24)	1,19

Tableau 3

Motifs de suivi en protection de la jeunesse selon l'appartenance au groupe

	Total (N=90)	Groupe clinique (n=36)	Groupe sous-clinique (n=54)
	% (n)	% (n)	% (n)
Négligence	78,9 (71)	72,2 (26)	83,3 (45)
Négligence et abus physique	5,6 (5)	2,8 (1)	7,4 (4)
Négligence et agression sexuelle	8,9 (8)	13,9 (5)	5,6 (3)
Agression sexuelle	3,3 (3)	2,8 (1)	3,7 (2)
Abus physique	3,3 (3)	8,3 (3)	0 (0)

Tableau 4

Niveau de sévérité de mauvais traitements vécus par la mère selon l'appartenance au groupe

Type de maltraitance	Niveau	Groupe clinique	Groupe sous-clinique	χ^2
		(n=36)	(n=54)	
		% (n)	% (n)	
Abus émotionnel	Aucun, faible, modéré	52,8 (19)	63,0 (34)	0,93
	Sévère	47,2 (17)	37,0 (20)	
Abus physique	Aucun, faible, modéré	72,2 (26)	85,2 (46)	2,27
	Sévère	27,8 (10)	14,8 (8)	
Agression sexuelle	Aucun, faible, modéré	47,2 (17)	74,1 (40)	6,71*
	Sévère	52,8 (19)	25,9 (14)	
Négligence émotionnelle	Aucun, faible, modéré	63,9 (23)	74,10 (40)	1,61
	Sévère	36,1 (13)	25,9 (14)	
Négligence physique	Aucun, faible, modéré	77,8 (28)	81,5 (44)	0,19
	Sévère	22,2 (8)	18,5 (10)	

*p < 0,05.

Tableau 5

Scores moyens de symptômes de traumatisme chez la mère selon l'appartenance au groupe

	Groupe clinique (n=34)		Groupe sous-clinique (n=49)		<i>t</i>
	M	(ÉT)	M	(ÉT)	
Anxiété/hypervigilance	59,18	(9,50)	50,98	(9,62)	3,84**
Expériences intrusives	58,35	(10,24)	48,29	(7,83)	4,83**
Évitement défensif	58,74	(10,00)	51,51	(9,81)	3,27**

**p < 0,01.

Tableau 6
Niveau de sévérité des symptômes de traumatisme des mères selon l'appartenance au groupe

	Niveau de symptômes de la mère	Groupe clinique (n=34)	Groupe sous-clinique (n=49)	χ^2
		% (n)	% (n)	
Anxiété/hypervigilance	Faible	73,5 (25)	87,8 (43)	2,74
	Élevé	26,5 (9)	12,2 (6)	
Expériences intrusives	Faible	67,6 (23)	98,0 (48)	14,91**
	Élevé	32,4 (11)	2,0 (1)	
Évitement défensif	Faible	73,5 (25)	89,8 (44)	3,79*
	Élevé	26,5 (9)	10,2 (5)	

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

Tableau 7

Corrélations entre la symptomatologie traumatique de l'enfant et 1) les événements traumatiques vécus par la mère, 2) les symptômes traumatiques maternels et 3) la communication affective mère-enfant

	Symptômes traumatiques de l'enfant		
	Intrusion	Évitement	Hypervigilance
Maltraitance vécue par la mère durant l'enfance			
Abus émotionnel	0,06	0,13	-0,05
Abus physique	-0,01	0,09	0,02
Agression sexuelle	0,29**	0,19	0,07
Négligence émotionnelle	0,04	0,10	-0,13
Négligence physique	-0,01	0,11	-0,13
Violence conjugale			
Agressions physiques sévères par le partenaire	0,02	0,05	-0,02
Agressions psychologiques sévères par le partenaire	0,27*	-0,08	0,03
Symptômes traumatiques maternels			
Évitement défensif	0,27*	0,37**	0,12
Expériences intrusives	0,45**	0,37**	0,24*
Anxiété/hypervigilance	0,17	0,12	0,16
Communication affective mère-enfant	-0,11	-0,04	-0,20

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

Tableau 8

Régression hiérarchique visant à expliquer le développement de symptômes d'intrusion de l'enfant

Variabes	Bêta	t	p
Étape 1			
Agressions sexuelles vécues par la mère durant l'enfance	0,25	2,12	0,04
Violence psychologique sévère subie par la mère dans le couple au cours de la dernière année	0,21	1,75	0,09
Étape 2			
Agressions sexuelles vécues par la mère durant l'enfance	0,19	1,58	0,12
Violence psychologique sévère subie par la mère dans le couple au cours de la dernière année	0,15	1,29	0,20
Symptomatologie traumatique de la mère (évitement défensif et expériences intrusives)	0,30	2,50	0,02

Discussion générale

Étudier le caractère intergénérationnel des traumatismes chez les familles maltraitantes sous-tend l'étude de l'exposition à des événements potentiellement traumatiques et des réactions qui en découlent et ce, tant chez le parent que chez l'enfant. À ce jour, on a principalement documenté l'association entre les traumatismes du parent (événements traumatiques vécus et réactions traumatiques) et les mauvais traitements commis envers l'enfant (Banyard et al., 2003; Cohen et al., 2008, Cort et al., 2011). D'autres travaux ont également exploré le lien entre les réactions traumatiques du parent et celles de l'enfant maltraité (Deblinger et al., 1999; Famularo et al., 1994). À notre connaissance, notre étude est la première à s'être intéressée à la fois au vécu d'événements traumatiques et à la symptomatologie du parent afin de mieux comprendre les facteurs liés au développement de symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités tout en incluant les enfants victimes de négligence.

La complexité des traumatismes réfère à la fois aux événements vécus et à la symptomatologie subséquente. La multiplicité des événements (Briere & Spinazzola, 2005), le caractère ambiant et cumulatif des situations de mauvais traitements (Schore, 2001), de même que le contexte relationnel (Cook et al., 2003) sont des dimensions importantes qui caractérisent les événements traumatiques vécus par les enfants en contexte de maltraitance. L'inclusion dans l'étude d'enfants négligés est ainsi cohérente

avec la notion plus large de traumatisme complexe associée aux expériences de mauvais traitements (par opposition au diagnostic plus restreint d'ÉSPT) et avec les travaux récents qui documentent la présence de symptomatologie traumatique chez les enfants négligés (Hulette et al., 2008; Milot, St-Laurent et al., 2010, 2011).

La notion de traumatisme complexe réfère également à la complexité de la symptomatologie traumatique. Malgré les révisions proposées au *DSM-5* (Friedman et al., 2011; Scheeringa et al., 2011; Zeanah, 2010), des critiques demeurent quant à la pertinence du diagnostic d'ÉSPT afin de rendre compte de la symptomatologie traumatique chez les enfants victimes de mauvais traitements. De telles critiques ont également été formulées antérieurement quant à la pertinence de ce diagnostic chez l'adulte ayant vécu des mauvais traitements dans l'enfance (van der Kolk, 2005). Un diagnostic de traumatisme développemental a été proposé au *DSM-5* afin de capturer le portrait clinique des enfants qui ont vécu des traumatismes de nature interpersonnelle (van der Kolk et al., 2009). On y décrit la présence de symptômes d'ÉSPT (c.-à-d. évitement, intrusion, hypervigilance) sans que la totalité des critères diagnostiques soit requise (van der Kolk et al., 2009). Des difficultés de régulation de soi (c.-à-d. de régulation émotionnelle, physiologique, attentionnelle, comportementale et relationnelle) sont également centrales dans la notion de traumatisme développemental (van der Kolk et al., 2009). La mesure de ces manifestations demeure cependant à être précisée.

Peu d'études ont été réalisées afin de clarifier la relation entre les symptômes d'ÉSPT et les difficultés de régulation de soi chez les enfants maltraités. L'une des rares études à s'être penchée sur la question indique que les symptômes d'évitement, d'intrusion et d'hypervigilance, qui témoignent d'un état de stress traumatique chez l'enfant maltraité, interfèreraient avec le développement de processus de régulation émotionnelle et comportementale (Milot, Éthier et al., 2010). Ces résultats suggèrent que ces symptômes constitueraient une composante centrale de la symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités.

En s'intéressant au seuil clinique de symptômes d'évitement, d'intrusion et d'hypervigilance chez les enfants maltraités (Briere, 2005), nos résultats apportent un éclairage sur les facteurs de risque de développement de symptomatologie traumatique, au-delà de la présence ou de l'absence de diagnostic.

Rappel des principaux résultats

L'article présenté dans le cadre de cette thèse visait deux objectifs. D'abord, nous souhaitons comparer deux groupes d'enfants victimes de mauvais traitements : certains chez qui les mères observent des réactions traumatiques qui atteignent un seuil clinique et d'autres pour qui les manifestations traumatiques telles qu'observées par les mères se situent sous le seuil clinique. Ces deux groupes ont été comparés en regard des événements traumatiques de nature interpersonnelle vécus par la mère (au cours de l'enfance et à l'âge adulte), des symptômes traumatiques de celle-ci et de la qualité de la

relation mère-enfant. Un deuxième objectif était d'examiner le rôle respectif de ces facteurs dans le développement de la symptomatologie traumatique de l'enfant.

Nos résultats ont permis de mettre de l'avant des différences entre les deux groupes lorsque l'on compare les mauvais traitements vécus par la mère dans l'enfance et la symptomatologie traumatique actuelle de la mère. En ce qui concerne les mauvais traitements, seule la présence d'agressions sexuelles sévères vécues dans l'enfance de la mère distingue les deux groupes : les mères d'enfants présentant une symptomatologie de niveau clinique en rapportant davantage que les mères d'enfants du groupe sous-clinique. Ces mères présentent également davantage de symptômes de traumatisme (c.-à-d. évitement, intrusion, hypervigilance) que les mères d'enfants du groupe sous-clinique. Notons que les mères du groupe clinique se démarquent également en étant plus nombreuses à présenter un niveau clinique de symptômes d'intrusion et d'évitement.

Notre résultat concernant l'absence de différences entre les deux groupes quant au vécu de victimisation de la mère dans la relation de couple au cours de la dernière année est congruent avec les résultats de Lieberman et al. (2005) selon lesquels les expériences de stress sévère au cours de la vie de la mère (ex. maltraitance) sont plus importantes pour prédire son fonctionnement psychologique actuel que la violence conjugale subie au cours de la dernière année. Nos résultats sont également cohérents avec ceux de Cort et al. (2011) qui rapportent que le vécu de mauvais traitements dans le passé de la mère

est directement associé à la présence de mauvais traitements envers l'enfant, plutôt que d'y être lié de façon indirecte via la violence subie dans le couple. Malgré l'absence de différence observée, nos résultats indiquent que les mères des deux groupes sont nombreuses à avoir subi de la violence conjugale sévère au cours de la dernière année.

Certains travaux associent le développement de symptomatologie traumatique chez l'enfant à la qualité de la relation mère-enfant (Milot et al., 2011) alors que d'autres voient un parallèle entre l'attachement désorganisé et les traumatismes chez l'enfant maltraité (Lieberman et Amaya-Jackson, 2005). En lien avec ces travaux, nous avons posé l'hypothèse qu'il y aurait des interactions parent-enfant plus négatives chez les dyades où l'enfant présente un niveau clinique de symptômes traumatiques que chez les dyades où l'enfant en présente un niveau sous-clinique. Une telle différence n'a pu être observée dans le cadre de cette thèse, ce qui est peut-être attribuable à des considérations d'ordre méthodologique (c.-à-d. observation des interactions parent-enfant dans un contexte structuré, variance limitée en raison de la population de familles maltraitantes étudiées).

Un deuxième objectif de l'article présenté dans le cadre de cette thèse était d'examiner les contributions respectives des événements traumatiques de nature interpersonnelle vécus par les mères (au cours de l'enfance et à l'âge adulte), des symptômes traumatiques de la mère et de la qualité des interactions mère-enfant afin d'expliquer le développement de la symptomatologie traumatique de l'enfant.

Contrairement à ce qui était attendu, aucune corrélation significative n'a été identifiée entre les symptômes traumatiques de l'enfant et la relation mère-enfant.

Les résultats révèlent cependant que la symptomatologie traumatique de la mère (symptômes d'évitement et d'intrusion) est significativement associée aux symptômes traumatiques d'intrusion chez l'enfant, au-delà de la contribution des événements traumatiques vécus par la mère. Nous avons pu documenter une relation de médiation suggérant ainsi un effet du vécu d'agressions sexuelles dans le passé de la mère sur la symptomatologie d'intrusion de l'enfant qui s'expliquerait par la présence d'expériences intrusives et d'évitement défensif chez la mère. Ces résultats sont cohérents avec le modèle explicatif avancé par Lieberman et al. (2005) qui suggère que la réponse psychologique de la mère face aux événements traumatiques qu'elle a vécus joue un rôle médiateur dans le lien entre le vécu d'événements traumatiques de la mère et les difficultés de régulation émotionnelle et comportementale observées chez l'enfant. À notre connaissance, ce modèle a été testé uniquement auprès d'enfants d'âge préscolaire exposés à de la violence conjugale. Nos résultats suggèrent l'importance de la symptomatologie de la mère, au-delà de son vécu traumatique, afin de comprendre le développement des symptômes traumatiques chez les enfants négligés âgés entre 4 et 7 ans ce qui permet de bonifier les connaissances actuelles portant sur le développement de symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités. Puisque les symptômes d'intrusion sont caractérisés par le fait de revivre de façon soudaine et involontaire l'évènement traumatique, ces symptômes pourraient être plus apparents que les

symptômes d'évitement ou d'hypervigilance, ce qui pourrait expliquer que seuls ces symptômes aient été prédits.

Contribution pour les milieux de pratique

Inspirés de travaux réalisés aux États-Unis (Cohen et al., 2005; Deblinger & Runyon, 2005; Kinniburgh & Blaustein, 2005; Lieberman & Van Horn, 2005, 2008), on voit poindre au Québec des initiatives en contexte de Protection de la jeunesse qui ciblent la réduction de symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités (Collin-Vézina, Coleman, & Milne, 2010; Éthier, Bourassa, & Nadeau-Noël, 2008). Des variables telles que le développement d'un sentiment de sécurité, l'amélioration des capacités de régulation affective et cognitive, l'intégration de l'expérience traumatique de même que l'amélioration de la qualité de la relation parent-enfant sont au cœur des interventions proposées afin de diminuer les symptômes traumatiques chez les enfants maltraités (Cook et al., 2005; Éthier et al., 2008; Kinniburgh & Blaustein, 2005).

L'implication du parent dans le traitement de l'enfant est une caractéristique fondamentale de plusieurs programmes ciblant la diminution de la symptomatologie traumatique auprès de cette population (Deblinger & Runyon, 2005; Éthier et al., 2008; Kinniburgh & Blaustein, 2005). Chez des enfants de moins de 5 ans, Lieberman et al. (2011) affirment que la psychothérapie parent-enfant qui cible directement le traumatisme permet de moduler les réactions traumatiques et mène à des améliorations

durables du fonctionnement individuel de la mère lui permettant d'augmenter sa capacité à offrir des soins appropriés à l'enfant.

Nos résultats suggèrent d'accorder également une importance à l'interface qui existe entre les réactions traumatiques du parent et celles de l'enfant dans le traitement des enfants âgés entre 4 et 7 ans qui présentent une symptomatologie traumatique. Une diminution de la symptomatologie traumatique du parent pourrait possiblement permettre une réduction de la symptomatologie traumatique chez l'enfant. On peut penser que les symptômes traumatiques du parent, notamment ses symptômes d'intrusion et d'évitement, concentrent son attention ailleurs que sur les besoins de l'enfant qui présente lui-même une symptomatologie traumatique. La symptomatologie de la mère pourrait ainsi être associée à une altération des cognitions et à des représentations négatives de son enfant (Kearney et al., 2010). Dans cette perspective, une diminution des symptômes traumatiques du parent pourrait peut-être contribuer à le rendre plus disponible émotionnellement et cognitivement aux besoins de son enfant.

Malgré l'absence d'association entre la relation mère-enfant et la symptomatologie traumatique de l'enfant au sein de notre échantillon, les idées théoriques avancées par divers auteurs (Lieberman & Amaya-Jackson, 2005; Pynoos, 1994) suggèrent qu'il serait également important d'inclure la relation mère-enfant comme composante du traitement. Des travaux ont d'ailleurs démontré que des interventions qui visent une amélioration de la qualité des interactions mère-enfant permettent une diminution des

difficultés de comportement chez les enfants exposés à des événements potentiellement traumatiques de nature interpersonnelle, comme la violence conjugale et la maltraitance (Lieberman, Ippen & van Horn, 2006; Moss, Dubois-Comtois, Cyr, Tarabulsy, St-Laurent, & Bernier, 2011).

Conclusion

Cette recherche a permis d'explorer le rôle des traumatismes maternels (événements traumatiques vécus et réactions traumatiques) et de la qualité de la relation mère-enfant dans le développement de symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités, en particulier chez les enfants victimes de négligence. Peu d'études se sont intéressées à la relation entre ces variables et, à notre connaissance, aucune auprès du groupe d'âge ciblé dans cette thèse. Les résultats obtenus indiquent une relation entre le développement de symptomatologie traumatique chez l'enfant victime de mauvais traitements et les traumatismes de la mère. Nos résultats suggèrent ainsi d'accorder une importance à l'association entre les réactions traumatiques du parent et celles de l'enfant dans le traitement des enfants victimes de maltraitance qui présentent une symptomatologie traumatique. L'étude réalisée a notamment permis de documenter certaines différences retrouvées entre deux groupes d'enfants (selon qu'ils présentent une symptomatologie de niveau clinique ou sous-clinique) en s'attardant au fait que tous ne développent pas une symptomatologie traumatique de niveau clinique.

Il importe de situer nos résultats dans un modèle écologique qui tienne compte d'autres écrits ayant documenté des facteurs d'ordre biologique, cognitif, psychopathologique et culturel en lien avec le développement de symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités (Kearney et al., 2010). À cet égard, Lieberman et al. (2011) suggèrent le rôle des caractéristiques de l'évènement traumatique et de la réponse de la figure d'attachement dans le développement d'une symptomatologie traumatique chez l'enfant. Des caractéristiques des mauvais traitements tels que

l'implication du parent (c.à-d. l'identité de l'abuseur) (Schoore, 2001), l'âge d'apparition des mauvais traitements (Éthier & Milot, 2009), la chronicité des mauvais traitements (Cloitre et al., 2009) et leur caractère prévisible ou non (Kearney et al., 2010) devraient ainsi être pris en compte dans les études futures afin de mieux distinguer les enfants maltraités qui développent ou non une symptomatologie traumatique. Faute d'information disponible, ces caractéristiques n'ont pu être intégrées à l'étude présentée ici.

Considérant le manque de résultats concluants sur le rôle des interactions mère-enfant dans notre étude, il est nécessaire de poursuivre l'investigation en vue de mieux comprendre le développement de symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités.

Rappelons par ailleurs que l'étude présente des limites influençant la portée des résultats obtenus. C'est le cas notamment du devis corrélationnel qui ne permet pas d'établir un lien de cause à effet entre les variables à l'étude. Par ailleurs, tel que rapporté dans l'article, l'utilisation de questionnaires complétés par la mère peut avoir entraîné un problème de colinéarité. Des entrevues cliniques ou des questionnaires complétés par un autre répondant pourraient constituer des mesures complémentaires à inclure dans une reproduction éventuelle de l'étude. Le fait de ne pas avoir évalué les autres événements potentiellement traumatiques vécus par la mère et l'enfant fait également partie des limites identifiées.

Un modèle écologique qui tienne compte notamment des traumatismes du père (Scharf, 2007) et des interactions familiales est également à envisager, d'autant que 51% des familles de notre échantillon sont biparentales. Dans le cadre d'une étude menée auprès de descendants de survivants de l'holocauste, Scharf (2007) observe d'ailleurs que le cumul d'exposition à des événements traumatiques chez les générations précédentes constitue un risque de vulnérabilité psychosociale. Une telle association serait intéressante à documenter chez une population d'enfants maltraités, qui se distingue du fait que les parents sont à l'origine du traumatisme.

Finalement, malgré le défi que représente le recrutement d'une population d'enfants maltraités, un nombre plus élevé de participants aurait permis d'augmenter la puissance statistique, notamment pour les analyses utilisant la mesure de violence conjugale où le nombre de participants était plus restreint puisque la passation a été réalisée auprès des mères qui étaient en couple au cours de la dernière année. Le fait de jumeler deux échantillons a par ailleurs permis d'augmenter le nombre de participants mais faute de données disponibles les deux échantillons initiaux n'ont pu être comparés quant au temps écoulé depuis la prise en charge et l'intensité des services reçus.

À l'heure actuelle, différents travaux ont documenté la présence de symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités. D'autres ont documenté le rôle du cumul d'événements traumatiques dans le développement de symptomatologie traumatique chez ces enfants (Cloitre et al., 2009). Nos travaux devraient permettre de bonifier la

littérature sur les mécanismes à travers lesquels de telles difficultés émergent en précisant l'association entre cette symptomatologie et les traumatismes de la mère. Il n'en demeure pas moins que l'ensemble des réactions traumatiques n'ont pas été mesurées dans le cadre de cette thèse. La notion de traumatisme complexe réfère en plus des manifestations traumatiques typiques (éviterment, intrusion, hypervigilance) à des difficultés de régulations de soi (van der Kolk et al., 2009). Suivant le développement de mesures des réactions traumatiques complexes, des travaux ultérieurs devraient s'intéresser à documenter si l'association trouvée entre la symptomatologie traumatique typique de la mère et de l'enfant est retrouvée également lorsque l'ensemble des manifestations du traumatisme complexe sont mesurées.

Références

- Association des centres jeunesse du Québec. (2011). *La violence change l'enfance: Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux 2011*.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^e éd.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2012). Conditions proposed by outside sources repéré à <http://www.dsm5.org>
- Appleyard, K., & Osfsky, J. D. (2003). Parenting after trauma: Supporting parents and caregivers in the treatment of children impacted by violence. *Infant Mental Health Journal, 24*, 111-125.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2003). The impact of complex trauma and depression on parenting: An exploration of mediating risk and protective factors. *Child Maltreatment, 8*, 334-349.
- Barnett, D., Ganiban, J., & Cicchetti, D. (1999). Maltreatment, negative expressivity, and the development of Type D attachments from 12 to 24 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 64*, 97-118.
- Briere, J. (2005). *Trauma Symptom Checklist for Young Children: Professional Manual*. Lutz: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 223-226.
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 401-412.
- Carlson, E.A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization / disorientation. *Child Development, 69*, 1107-1128.
- Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R., & Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry, 41*, 166-173.
- Cassidy, J., & Mohr, J. J. (2001). Unsolvable fear, trauma, and psychopathology: Theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 275-298.
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual Revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 6*, 103-129.

- Cloitre, M., Stolbach, B., Herman, J. L., van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Wang, J., et al. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*.
- Coates, S. W., Schechter, D. S., & First, E. (2003). Brief interventions with traumatized children and families after September 11. Dans S. W. Coates, J. L. Rosenthal & D. S. Schechter (Éds.), *September 11: Trauma and Human Bonds* (pp. 23-50). Hillside, N.J.: The Analytic Press.
- Cohen, L. R., Hien, D., & Batchelder, S. (2008). The impact of cumulative maternal trauma and diagnosis on parenting behavior. *Child Maltreatment, 13*, 27-38.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: The Guilford Press.
- Collin-Vézina, D., & Cyr, M. (2003). La transmission de la violence sexuelle: description du phénomène et pistes de compréhension. *Child Abuse & Neglect, 27*, 489-507.
- Collin-Vézina, D., Cyr, M., Pauzé, R., & McDuff, P. (2005). The role of depression and dissociation in the link between childhood sexual abuse and later parenting practices. *Journal of Trauma and Dissociation, 6*, 71-97.
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., & Milne, L. (2010). Attachment, self-regulation, competency (ARC) trauma study. *In-the-Know, 2* 1-4.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (Éds.). (2003). *Complex trauma in children and adolescents*: National Child Traumatic Stress Network.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., et al. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*, 390-398.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry, 64*, 577-584.
- Cort, N. A., Toth, S. L., Cerulli, C., & Rogosch, F. (2011). Maternal intergenerational transmission of childhood multitype maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 20*, 20-39.
- Crawford, E., & Wright, M. O. D. (2008). The impact of childhood psychological maltreatment on interpersonal schemas and subsequent experiences of relationship aggression. *Journal of Emotional Abuse, 7*, 93-116.

- Crocq, L. (2001). Perspective historique sur le trauma. Dans M. De Clercq & F. Lebigot (Éds.), *Les traumatismes psychiques* (pp. 23-65). Paris: Masson.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M., & van IJzendoorn, M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22, 87-108.
- D'Andrea, W., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2009). *Phenomenology and nosology of symptoms following interpersonal trauma exposure in children: A review of literature on symptoms, biology and treatment*. Document inédit, Trauma Center at Justice Resource Institute.
- De Bellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment*, 10, 150-172.
- Deblinger, E., & Runyon, M. K. (2005). Understanding and treating feelings of shame in children who have experienced maltreatment. *Child Maltreatment*, 10, 364-376.
- Deblinger, E., Steer, R., & Lipmann, J. (1999). Maternal factors associated with sexually abused children's psychosocial adjustment. *Child Maltreatment* 4, 13-20.
- Dietrich, A. (2007). Childhood maltreatment and revictimization: The role of affect dysregulation, interpersonal relatedness difficulties and posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 8, 25-51.
- Egger, H. L., Fenichel, E., Guedeney, A., Wise, B. K., & Wright, H. H. (2005). *DC: 0-3 R*. Washington, DC: Zero to Three.
- Éthier, L. S., Bourassa, L., & Nadeau Noël, M-P. (2008). *Programme ETRE: Guide à l'intention des thérapeutes*. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Éthier, L. S., & Milot, T. (2009). Effet de la durée, de l'âge d'exposition à la négligence parentale et de la comorbidité sur le développement socioémotionnel à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 136-145.
- Éthier, L. S., St-Laurent, D., & Milot, T. (2006, septembre). Traumatic experiences linked to intergenerational transmission of parental neglect. Communication présentée au congrès annuel de l'Interpersonal Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect, York, Royaume-Uni.
- Famularo, R., Fenton, T., Augustyn, M., & Zuckerman, B. (1996). Persistence of pediatric post traumatic stress disorder after 2 years. *Child Abuse & Neglect*, 20, 1245-1248.

- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., Ayoub, C., & Barnum, R. (1994). Maternal and child posttraumatic stress disorder in cases of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 18*, 27-36.
- Feldman, R., & Vengrober, A. (2011). Posttraumatic stress disorder in infants and young children exposed to war-related trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 50*, 645-658.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2001). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety, 28*, 750-769.
- Gouvernement du Québec (2008). *Loi sur la protection de la jeunesse*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretation. *Development and Psychopathology, 18*, 309-343.
- Hulette, A. C., Fisher, P. A., Kim, H. K., Ganger, W., & Landsverk, J. L. (2008). Dissociation in foster preschoolers: A replication and assessment study. *Journal of Trauma and Dissociation, 9*, 173-190.
- Kearney, C. A., Wechsler, A., Kaur, H., & Lemos-Miller, A. (2010). Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: A review of contemporary research and thought. *Clinical Child and Family Psychology Review, 13*, 46-76.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2003). Social self-efficacy and behavior problems in maltreated children. *Journal of clinical child and adolescent psychology, 32*, 106-117.
- Kinniburgh, K. M., & Blaustein, M. E. (2005). *A.R.C.: Attachment, self regulation, & competency: A comprehensive framework for intervention with complexly traumatized youth*. Brookline, MA: The Trauma Center.
- Koenen, K. C., & Widom, C. S. (2009). A prospective study of the differences in the lifetime risk of posttraumatic stress disorder among abused and neglected children grown up. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 566-574.
- Lieberman, A. F. (2004). Traumatic stress and quality of attachment: Reality and internalization in disorders of infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 25*, 336-351.
- Lieberman, A. F. (2007). The impact of trauma: A developmental framework for infancy and early childhood. *Psychiatric Annals, 37*, 416-422.

- Lieberman, A. F., & Amaya-Jackson, L. (2005). Reciprocal influences of attachment and trauma: Using a dual lens in the assessment and treatment of infants, toddlers, and preschoolers. Dans L. J. Berlin, Z. Yair, L. Amaya-Jackson & M. T. Greenberg (Éds.), *Enhancing early attachments* (pp. 100-124). London: Guilford Press.
- Lieberman, A. F., Chu, A., Van Horn, P., & Harris, W. H. (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Development and Psychopathology*, *23*, 397-410.
- Lieberman, A. F., Ippen, C. G., & Van Horn, P. (2006). Child-Parent psychotherapy: 6 month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, *45*, 913-918.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2005). *Don't hit my mommy*. Washington: DC: Zero to Three Press.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York, NY: Guilford Press.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ozer, E. J. (2005). Preschooler witnesses of marital violence: Predictors and mediators of child behavior problems. *Development and Psychopathology*, *17*, 385-396.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *64*, 67-96.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Grunebaum, H. U., & Botein, S. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*, *61*, 85-98.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment, second edition: Theory, research, and clinical applications* (pp. 666-697). New York, NY: Guilford Press.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Éds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention* (pp. 161-182). Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure–disorganized/disoriented attachment pattern. Dans T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Éds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Éds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology, 13*, 759-782.
- Matlow, R. B., & De Prince, A. P. (2012). The Influence of Victimization History on PTSD Symptom Expression in Women Exposed to Intimate Partner Violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, Mar 2012*.
- Milot, T., Éthier, L. S., St-Laurent, D., & Provost, M. A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect, 34*, 225-234.
- Milot, T., St-Laurent, D., Éthier, L. S., & Provost, M. (2010). Trauma-related symptoms in neglected preschoolers and affective quality of mother-child communication. *Child Maltreatment, 15*, 293-304.
- Milot, T., St-Laurent, D., Éthier, L. S., & Provost, M. (2011). Le trauma complexe et les relations d'attachement en contexte de négligence. *Revue québécoise de psychologie, 32*, 79-99.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychology, 40*, 519-532.
- Moss, E., Smolla, N., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Mazzarello, T., & Berthiaume, C. (2006). Attachment and behavior problems in middle childhood as reported by adult and child informants. *Development and Psychopathology, 18*, 425-444.
- Pears, K. C., & Capaldi, D. M. (2001). Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect, 25*, 1439-1461.

- Pynoos, R. S. (1994). Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. Dans R. S. Pynoos (Éd.), *Posttraumatic stress disorder: A clinical review*. (pp. 65-98). Baltimore: The Sidran Press.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Layne, C. M., Briggs, E. C., Ostrowski, S. A., & Fairbank, J. A. (2009). DSM-V diagnostic criteria for children and adolescents: A developmental perspective and recommendations. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 391-398.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry, 46*, 1542-1554.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 539-555.
- Scharf, M. (2007). Long-term effects of trauma: Psychosocial functioning of the second and third generation of holocaust survivors. *Development and Psychopathology, 19*, 603-622.
- Schechter, D. S., & Davis, B. E. (2007). Parenting in times of crisis. *Psychiatric Annals, 37*, 423-428.
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 799-815.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents: Toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety, 28*, 770-782.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J., & Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 191-200.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putman, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 561-570.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*, 201-269.

- Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9-30.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 349-363.
- Silva, R. R., & Kessler, L. (2004). Resiliency and vulnerability factors in childhood PTSD. Dans R. R. Silva (Éd.), *Posttraumatic Stress Disorders in Children & Adolescents*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., van der Kolk, B., Silva, S., Smith, S. F., & Blaustine, M. (2005). Survey evaluates complex trauma exposure, outcome, and intervention among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 433-439.
- Stafford, B., Zeanah, C. H., & Scheeringa, M. (2003). Exploring psychopathology in early childhood: PTSD and attachment disorders in DC: 0-3 and DSM-IV. *Infant Mental Health Journal*, 24, 398-409.
- Stuber, J., Galea, S., Vandivere, S., Moore, K., Pfefferbaum, B., & Fairbrother, G. (2005). Behavior problems in New York city's children after the September 11, 2001, terrorist attacks. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 190-200.
- Terr, L. (1979). Children of Chowchilla: A study of psychic trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 34, 547-623.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Terr, L. (2006). Memoirs of a childhood trauma hunter. Dans Figley, C. R. (Éd.), *Mapping trauma and its wake: Autobiographic essays by pioneer trauma scholars* (pp. 185-199). New York, NY: Routledge.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., et al. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008 (ECI-2008) : Données principales* (pp. 128). Ottawa, ON Agence de la santé publique du Canada.
- van der Kolk, B. A. (1996). Trauma and memory. Dans B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Éds.), *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 279-302). New York, NY: The Guilford Press.

- van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 12*, 293-317.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 35*, 401-408.
- van der Kolk, B. A. (2007). The history of trauma in psychiatry. Dans M. J. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick (Éds.), (pp. 19-36). New York, NY: Guilford Press.
- van der Kolk, B. A., & Courtois, C. A. (2005). Editorial comments: Complex developmental trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 385-388.
- van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., et al. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Boston, MA.
- van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 389-399.
- van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Sagi-Schwartz, A. (2003). Are children of holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 459-469.
- van IJzendoorn, M., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*, 225-249.
- Wekerle, C., Wall, A.-M., Leung, E., & Trocmé, N. (2007). Cumulative stress and substantiated maltreatment: The importance of caregiver vulnerability and adult partner violence. *Child Abuse & Neglect, 31*, 427-443.
- Widom, D. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1223-1229.
- Wilson, S. R., Kuebli, J. E., & Hughes, H. M. (2005). Patterns of maternal behavior among neglectful families: Implications for research and intervention. *Child Abuse & Neglect, 29*, 985-1001.
- Wilson, S. R., Rack, J. J., Shi, X., & Norris, A. M. (2008). Comparing physically abusive, neglectful, and non-maltreating parents during interactions with their children: A meta-analysis of observational studies. *Child Abuse and Neglect, 32*, 897-911.

Yanos, P. T., Czaja, S. J., & Widom, C. S. (2010). A prospective examination of service use by abused and neglected children followed up into adulthood. *Psychiatric Services, 61*, 796-802.

Zeanah, C. H. (2010). Proposal to include child and adolescent age related manifestations and age related subtypes for PTSD in DSM-V: American Psychiatric Association.