

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ASSOCIATIONS ENTRE LA MALTRAITANCE VÉCUE DURANT L'ENFANCE
PAR LES MÈRES, LES ÉTATS D'ESPRIT HOSTILES-IMPUISSANTS ET LE
TEMPÉRAMENT DE LEUR ENFANT

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
MATHILDE LOISELLE

MAI 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Roxanne Lemieux, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

directrice de recherche

Diane St-Laurent, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

codirectrice de recherche

Jury d'évaluation :

Roxanne Lemieux, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

directrice de recherche

Jacinthe Dion, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

évaluatrice interne

Katherine Pascuzzo, Ph. D.
Université de Sherbrooke

évaluatrice externe

Sommaire

La maltraitance vécue durant l'enfance est susceptible d'entraîner des répercussions d'ordre psychologique, physiologique, comportemental et social chez les femmes qui y ont été exposées. Il est possible que les conséquences délétères de l'exposition à de mauvais traitements durant l'enfance n'affectent pas seulement ces dernières, mais également leurs enfants. Différentes études ont établi des liens entre la maltraitance vécue durant l'enfance et certaines répercussions développementales chez les enfants (Moog et al., 2023; Plant et al., 2018; Su et al., 2022). Le lien entre l'exposition des mères à de mauvais traitements durant l'enfance et certaines difficultés tempéramentales chez les enfants a été documenté dans les écrits (Bouvette-Turcot et al., 2020; Lang et al., 2010; Lyons-Ruth & Block, 1996). Toutefois, les mécanismes explicatifs de cette association ont peu été étudiés. Les états d'esprit hostiles-impuissants des mères, une forme de désorganisation de l'attachement à l'âge adulte, ont été associés à des conséquences délétères chez les enfants tels que l'attachement désorganisé (Finger, 2006) et les problèmes intériorisés et extériorisés à l'âge de 6 ans (Sauvé et al., 2021). À notre connaissance, aucune étude n'a porté sur l'effet médiateur des états d'esprit hostiles-impuissants afin de comprendre la transmission intergénérationnelle du risque associé à la maltraitance sur le tempérament des enfants. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'effet médiateur des états d'esprit hostiles-impuissants dans la relation entre la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et le tempérament de leur enfant. L'échantillon est composé de 62 femmes avec leur enfant âgé entre 10 et 36 mois. La sévérité des mauvais traitements auxquels les mères ont été exposées a été mesurée à partir

du *Childhood Trauma Questionnaire* (Bernstein et al., 2003), la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants a été évaluée à partir de l'*Entrevue d'attachement à l'âge adulte* (George et al., 1985) et du *Système de cotation des états d'esprit hostiles-impuissants* (Lyons-Ruth et al., 2005) et les trois dimensions du tempérament des enfants, soit l'affectivité négative, l'extraversion et l'orientation/ régulation, ont été mesurées à partir du *Infant Behavior Questionnaire Revised – Very Short Form* (Putnam et al., 2014) et du *Early Childhood Behavior Questionnaire – Very Short Form* (Putnam et al., 2010). Les résultats des analyses de médiation ne montrent aucun effet médiateur des états d'esprit hostiles-impuissants dans la relation entre les antécédents de maltraitance des mères et le tempérament de leur enfant (pour chacune des trois dimensions). Aucune association significative n'a été observée entre la sévérité de la maltraitance et le tempérament des enfants et entre la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants et le tempérament. Les résultats révèlent toutefois un lien significatif positif entre la sévérité de la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants qu'elles présentent à l'âge adulte. Il est possible qu'une puissance statistique insuffisante et la faible variance observée sur les variables tempéramentales aient limité la capacité d'observer des liens statistiquement significatifs. La réplication de l'étude avec un plus large échantillon pourrait permettre d'obtenir une puissance statistique accrue et pourrait possiblement permettre une détection plus sensible des associations potentielles. Malgré l'absence d'effet médiateur, cette étude ouvre la voie à d'autres investigations visant à comprendre les processus complexes de la transmission intergénérationnelle du risque associé à la maltraitance et ainsi, guider les efforts de prévention et d'intervention.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	6
La maltraitance durant l'enfance.....	7
Définition de la maltraitance.....	7
Prévalence de la maltraitance au cours de l'enfance	10
Répercussions à long terme de la maltraitance vécue durant l'enfance.....	11
Maltraitance et maternité	11
Maltraitance vécue par les mères et répercussions intergénérationnelles sur leur enfant	12
Tempérament de l'enfant	14
Théorie de l'autorégulation émotionnelle et physiologique	14
Maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et le tempérament	19
Mécanismes explicatifs de la transmission intergénérationnelle	22
États d'esprit hostiles-impuissants	24
Maltraitance vécue durant l'enfance et états d'esprit hostiles-impuissants	28
États d'esprit hostiles-impuissants et transmission intergénérationnelle.....	29
Objectifs et hypothèses de recherche	31

Méthode.....	34
Participants et déroulement.....	35
Instruments de mesure	39
Variables sociodémographiques (T2).....	39
Maltraitance vécue par les mères (T1).....	39
États d'esprit hostiles-impuissants (T2).....	40
Tempérament de l'enfant (T3).....	42
Déresse psychologique vécue par les mères.....	44
Symptômes dépressifs (T2).....	45
Symptômes de stress post-traumatique (T2).....	45
Traits de personnalité pathologiques (T2).....	46
Résultats.....	48
Stratégies d'analyses.....	49
Statistiques descriptives.....	50
Analyses préliminaires.....	52
Liens entre la maltraitance vécue par les mères durant l'enfance, les états d'esprit hostiles-impuissants et le tempérament.....	55
Effets indirects du vécu de maltraitance maternel sur le tempérament de l'enfant par le biais des états d'esprit hostiles-impuissants.....	55
Analyses supplémentaires.....	57
Discussion.....	59
Maltraitance à l'enfance et états d'esprit hostiles-impuissants.....	61
Maltraitance des mères et le tempérament de leur enfant.....	64

États d'esprit hostiles-impuissants et tempérament	68
Contributions et limites.....	70
Conclusion	73
Références.....	77
Appendice A. Formulaire de consentement T1.....	89
Appendice B. Formulaire de consentement T3.....	94
Appendice C. Questionnaire sociodémographique	99
Appendice D. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).....	110
Appendice E. Entrevue d'attachement à l'âge adulte (AAI).....	113
Appendice F. Infant Behavior Questionnaire Revised – Very Short Form (IBQr-vsff).....	119
Appendice G. Early Childhood Behavior Questionnaire – Very Short Form (ECBQ-vsff)	123
Appendice H. Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS).....	128
Appendice I. PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5).....	131
Appendice J. Personality Diagnostic Questionnaire for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), fourth edition, revised (PDQ-4+)	134

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon36
- 2 Statistiques descriptives de la maltraitance vécue par les mères, la sévérité de leurs états d'esprit hostiles-impuissants et des trois variables tempéramentales des enfants51
- 3 Corrélations entre la sévérité de la maltraitance vécue par les mères, la sévérité de leurs états d'esprit hostiles-impuissants, les dimensions tempéramentales des enfants et les variables confondantes potentielles 53
- 4 Saturation factorielle des trois mesures de détresse psychologique pour le facteur extrait de l'analyse factorielle avec rotation Varimax (N = 62).....54

Liste des figures

Figure

- 1 Modèle d'effets directs et indirects proposé entre la sévérité de la maltraitance vécue par les mères, la sévérité de leurs états d'esprit hostiles-impuissants et l'affectivité négative, l'extraversion et la régulation/ orientation des enfants32
- 2 Résultats des modèles d'effets directs et indirects testés entre la sévérité de la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et le tempérament de leur enfant via la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants57

Remerciements

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à ma directrice de recherche, Roxanne Lemieux, ainsi qu'à ma codirectrice, Diane St-Laurent. Votre soutien a été d'une aide inestimable dans la concrétisation de cet essai. Je souhaite remercier chaleureusement Roxanne Lemieux qui m'a donné ma chance, il y a plus de sept ans, afin de collaborer avec elle sur différents projets de recherche. Merci pour les expériences enrichissantes et les opportunités d'apprentissage depuis mes débuts au projet STEP. Mes remerciements vont également à l'ensemble de mes collègues du projet STEP qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de cet essai ainsi qu'aux mères et leur enfant qui ont participé au projet de recherche.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance envers mes proches de m'avoir appuyée pendant ce long parcours. Mes précieuses amies, nos journées de rédaction dans les cafés du coin ou par vidéoconférence vont me manquer. Je tiens également à remercier l'ensemble des membres de ma famille de m'avoir soutenue et d'avoir rendu possible l'aboutissement de mon parcours académique.

Finalement, je tiens à remercier chaleureusement mon conjoint qui m'a appuyée et encouragée tout au long de mes études doctorales. Merci pour ton soutien inconditionnel, ton écoute et ta conciliation.

Cet essai symbolise le point culminant d'un parcours à la fois exigeant et stimulant qui m'a fait grandir sur le plan professionnel et personnel. Je tiens à exprimer ma gratitude envers toutes les personnes qui m'ont permis, directement ou indirectement, de compléter cet essai et ainsi, de débiter ma vie professionnelle à titre de psychologue.

Introduction

La maltraitance durant l'enfance englobe toutes formes de comportements pouvant nuire à la sécurité et à l'intégrité physique et psychologique de l'enfant. Elle regroupe à la fois les actes de commission (abus physique, sexuel et psychologique) et les actes d'omission (négligence physique et émotionnelle) (Observatoire des tout-petits, 2018). On considère qu'environ le tiers des Canadien(ne)s et des Québécois(e)s est exposé à de la maltraitance avant l'âge de 18 ans (Afifi et al., 2014; Tourigny et al., 2008). Les coûts directs et indirects de l'abus et de la négligence sont estimés à 15,7 milliards de dollars annuellement au Canada (Bowlus et al., 2003). La maltraitance est un enjeu de santé publique important considérant qu'elle entraîne de multiples répercussions à court et long terme sur les personnes qui y ont été exposées. Ces répercussions peuvent être d'ordre psychologique, physiologique, comportemental et social et peuvent potentiellement affecter les adultes présentant un historique de mauvais traitements, mais également leurs enfants. Ce phénomène correspond à la transmission intergénérationnelle du risque associé à la maltraitance. Les symptômes intériorisés et extériorisés (Plant et al., 2018), les problèmes émotionnels et les problèmes comportementaux cliniques (Bosquet Enlow et al., 2018) ainsi que les délais dans le développement général des enfants (Garon-Bissonnette, Duguay, Lemieux, Dubois-Comtois, & Berthelot, 2021) sont documentés dans les écrits comme conséquences potentielles de cette transmission intergénérationnelle. Le lien entre le tempérament des enfants et les abus et la négligence vécus par leurs parents a également été documenté par quelques auteurs (Bouvette-Turcot

et al., 2020; Lang et al., 2010). Le tempérament, qu'on définit comme étant l'ensemble des différences individuelles présentes sur le plan de la réactivité et de l'autorégulation des émotions, de l'activité et de l'attention (Rothbart & Bates, 1998) est considéré comme une caractéristique des enfants pouvant être façonnée par des influences environnementales (Rothbart & Bates, 1998). Des auteurs ont avancé que les expériences de maltraitance vécues par les mères pouvaient jouer un rôle dans la détermination de certaines tendances tempéramentales chez les enfants. Toutefois, les résultats mitigés dans les études portant sur le lien entre les deux variables et le peu d'études ayant exploré les mécanismes explicatifs des associations soulignent l'importance de réaliser des travaux additionnels afin de cerner les conditions dans lesquelles la maltraitance vécue par les mères est associée au tempérament de leur enfant.

Le type d'attachement du parent, comme défini dans la théorie de l'attachement de Bowlby (1982), peut être identifié comme un des mécanismes importants à considérer dans la transmission intergénérationnelle du risque associé à la maltraitance. L'attachement désorganisé à l'âge adulte, qui est associé à l'exposition à de l'abus et de la négligence à l'enfance (Cyr et al., 2010; Finger et al., 2015; Milot et al., 2014), est identifié comme un mécanisme de transmission potentiel entre la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et certaines répercussions chez les enfants (Madigan et al., 2006). Lyons-Ruth et ses collaborateurs (2005) ont porté leur attention sur la désorganisation de l'attachement à l'âge adulte en s'intéressant aux états d'esprit, pouvant être hostiles et/ ou impuissants, des adultes ayant vécu des expériences difficiles avec leurs

figures d'attachement. Le discours des adultes qui présentent des états d'esprit hostiles-impuissants est caractérisé par des représentations mentales qui ne sont pas intégrées. Cette difficulté d'intégration des représentations se manifeste notamment par des contradictions dans leur discours et une désorganisation de la pensée à l'égard de l'histoire d'attachement. De telles représentations mentales des figures d'attachement peuvent influencer la qualité des soins offerts à l'enfant au moment de devenir parent. D'ailleurs, le lien entre les états d'esprit hostiles-impuissants et les difficultés de communication affective de la mère à l'endroit de son enfant a été documenté dans les écrits (Lyons-Ruth et al., 2005). Des auteurs ont également démontré un lien entre la présence d'états d'esprit hostiles-impuissants chez les mères et l'attachement désorganisé de leur enfant (Finger, 2006). Malgré l'intérêt porté aux états d'esprit hostiles-impuissants et l'augmentation des connaissances sur le sujet, les études portant sur les répercussions des états d'esprit des mères sur leur enfant demeurent insuffisantes. À cet égard, Turgeon et ses collaborateurs (2022) proposent d'examiner davantage le lien entre la désorganisation de l'attachement à l'âge adulte des mères et différentes répercussions délétères chez l'enfant telles que les difficultés sur le plan du tempérament. Ils recommandent également de conduire davantage d'études tant au sein de populations cliniques et à risque qu'auprès de la population générale. La présente étude vise à examiner un modèle de transmission intergénérationnelle du risque associé à la maltraitance vécue par les mères sur le tempérament de leur enfant. Le rôle de la désorganisation de l'attachement à l'âge adulte opérationnalisé par le biais des états d'esprit hostiles-impuissants sera étudié. Il s'agit de la première étude, à notre connaissance, visant à étudier des modèles d'effets directs et

indirects des antécédents maternels de maltraitance durant l'enfance sur le tempérament de l'enfant, via les états d'esprit hostiles-impuissants.

L'essai est composé de quatre sections principales. La première section situe les connaissances actuelles en ce qui concerne la maltraitance durant l'enfance, le tempérament des enfants et les états d'esprit hostiles-impuissants chez l'adulte. Les liens entre ces concepts sont également abordés de même que les objectifs et hypothèses de l'étude. La seconde partie de l'essai présente la méthode utilisée alors que les participants de l'étude, les instruments de mesure et la procédure sont décrits. Les résultats sont présentés dans la troisième section et la discussion de ces résultats ainsi que la conclusion se retrouvent dans la dernière section de l'essai.

Contexte théorique

Cette étude a pour objectif de documenter les associations entre la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères, leurs états d'esprit hostiles-impuissants et le tempérament de leur enfant. La définition de la maltraitance ainsi que le concept de transmission intergénérationnelle seront d'abord présentés. La conceptualisation du tempérament de l'enfant à partir de la théorie de l'autorégulation émotionnelle et physiologique et son association avec la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères seront ensuite discutées. Ensuite, cette section présentera un sommaire des études réalisées sur les états d'esprit hostiles-impuissants. Finalement, les objectifs et hypothèses de l'étude compléteront cette première section.

La maltraitance durant l'enfance

Afin de bien rendre compte de la problématique de la maltraitance, le phénomène sera défini dans la prochaine section. Les différents taux de prévalence observés à l'échelle mondiale ainsi qu'auprès des populations canadienne et québécoise seront ensuite présentés. Les répercussions à long terme de la maltraitance, notamment sur la maternité et sur les futures générations seront finalement décrites.

Définition de la maltraitance

Selon l'Institut national de santé publique du Québec, la maltraitance est considérée comme étant :

Un concept générique qui englobe toutes les formes de négligence, de violence ou d'abus susceptibles de nuire à la sécurité et à l'intégrité physique et psychologique de l'enfant. Il s'agit à la fois d'actes omis, c'est-à-dire de l'absence de réponse aux besoins d'ordre physique, psychologique et social de l'enfant, et d'actes commis, c'est-à-dire dirigés directement ou indirectement contre celui-ci (Laforest et al., 2018, p. 24)

Les études portant sur ce phénomène incluent différentes formes de mauvais traitements. Dans le cadre de cette étude, la maltraitance est définie par cinq formes de mauvais traitements vécus avant l'âge de 18 ans : l'abus physique, émotionnel et sexuel ainsi que la négligence physique et émotionnelle. On considère que l'enfant est exposé à de l'abus physique lorsqu'il subit ou est à risque de subir des sévices corporels ou des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou de la part d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation (Légis Québec; art. 38, (e) (1) (2), Loi sur la protection de la jeunesse). L'abus émotionnel, également nommé abus psychologique ou mauvais traitements psychologiques dans les écrits scientifiques, est présent lorsque l'enfant subit, de la part de ses parents ou d'une autre personne, des comportements pouvant causer un préjudice à son intégrité psychologique et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Le dénigrement, le contrôle excessif et les menaces représentent des formes d'abus émotionnel (Légis Québec; art. 38, (1) (c), Loi sur la protection de la jeunesse). La présence d'abus sexuel est reconnue lorsque l'enfant subit ou encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne, et lorsque ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation (Légis Québec; art. 38,

(d) (1) (2), Loi sur la protection de la jeunesse). Finalement, la négligence physique et la négligence émotionnelle sont les quatrième et cinquième formes de mauvais traitements retrouvées dans la conceptualisation de la maltraitance dans le cadre de cette étude. Plusieurs définitions retrouvées dans la documentation scientifique englobent ces deux types de mauvais traitements sous le concept de la négligence (Légis Québec; art.38, (b), Loi sur la protection de la jeunesse). De façon plus précise, la négligence physique implique que les parents ou la personne qui a la garde de l'enfant ne répondent pas à ses besoins fondamentaux, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement (Légis Québec; art. 38, (b) (i), Loi sur la protection de la jeunesse). Quant à la négligence émotionnelle, il s'agit plutôt de l'omission d'actes visant à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels fondamentaux de l'enfant. Le manque de marques d'affection et l'incapacité de fournir des services psychologiques à l'enfant sont deux exemples d'actes d'omission pouvant être considérés comme de la négligence émotionnelle (Goldman et al., 2003). Contrairement à certaines études portant sur les mauvais traitements durant l'enfance, les actes d'omissions et de commissions sont inclus dans la définition de la maltraitance utilisée dans la présente étude. Par ailleurs, certains auteurs incluent l'exposition à la violence conjugale dans leur définition de la maltraitance (Lessard et al., 2009; Vu et al., 2016). Ces distinctions dans la conceptualisation peuvent expliquer, en partie, certaines différences retrouvées dans les résultats des études portant sur ce phénomène, notamment sur les prévalences et les répercussions répertoriées.

Prévalence de la maltraitance au cours de l'enfance

La maltraitance durant l'enfance est une problématique sociale préoccupante à l'échelle mondiale. Bien qu'elle soit répandue, il demeure ardu d'en évaluer la prévalence. Warmingham et ses collaborateurs (2019) indiquent que les taux de prévalence retrouvés dans les différentes études dépendent de la méthode d'échantillonnage, de la conceptualisation de la maltraitance adoptée ainsi que des caractéristiques des participants à l'étude. Une revue des méta-analyses a été réalisée par Stoltenborgh et al. (2015) et a démontré des prévalences de 13 % pour l'abus sexuel, de 23 % pour l'abus physique, de 36 % pour l'abus émotionnel, de 16 % pour la négligence physique et de 18 % pour la négligence émotionnelle à l'échelle mondiale. Les données recueillies auprès de la population canadienne estiment un taux de prévalence des mauvais traitements durant l'enfance de 32 % (Afifi et al., 2014). Dans cette étude, les auteurs ont recueilli les données auprès de 23 395 adultes provenant de la population générale dans le cadre d'une enquête populationnelle. Ils ont mesuré l'exposition à de l'abus physique et sexuel et à la violence conjugale avant l'âge de 16 ans. Une étude portant sur la prévalence de la maltraitance au Québec présente un taux de prévalence similaire et révèle que plus du tiers (37%) des enfants québécois a vécu au moins une forme de maltraitance avant l'âge de 18 ans (Tourigny et al., 2008). Les auteurs ont réalisé une enquête téléphonique auprès de 1002 adultes provenant de la population générale et ont pu évaluer la présence ou l'absence d'antécédents de trois formes d'abus (sexuel, physique et psychologique). Néanmoins, les taux de prévalence présentés ci-dessus demeurent des estimations, considérant qu'il est difficile, voire impossible, de mesurer l'ampleur exacte de ce

phénomène dû aux difficultés inhérentes à la mesure (p. ex., méthodes de collecte d'informations et définitions de la maltraitance différentes, biais d'échantillonnage, méconnaissance et banalisation de certains types de maltraitance vécus).

Répercussions à long terme de la maltraitance vécue durant l'enfance

Les conséquences à long terme de la maltraitance sont nombreuses et touchent différentes sphères de la vie des individus à l'âge adulte, notamment, lorsqu'ils deviennent parents. Les répercussions des mauvais traitements sur le plan de la maternité ainsi que ses conséquences intergénérationnelles potentielles seront présentées ci-dessous.

Maltraitance et maternité

Les femmes qui ont vécu des mauvais traitements durant l'enfance sont susceptibles de présenter des difficultés au moment de devenir mère. Plusieurs répercussions potentielles de la maltraitance sur la maternité ont été répertoriées. La période entourant la maternité est critique sur le plan de la santé mentale pour les femmes (Davis & Narayan, 2020) et le serait encore davantage pour celles ayant été exposées à des expériences difficiles durant l'enfance. Choi et Sikkema (2016) ont réalisé une revue systématique portant sur l'association entre les mauvais traitements vécus durant l'enfance et les symptômes anxieux et dépressifs chez les femmes pendant la période périnatale. Les auteurs ont démontré qu'une histoire de maltraitance au cours de l'enfance prédit les troubles anxieux et dépressifs durant la grossesse et après la naissance de l'enfant. D'autres auteurs ont souligné que la sévérité de la maltraitance vécue par les mères durant

l'enfance prédit la sévérité des symptômes post-traumatiques et dépressifs vécus pendant la grossesse (Atzl et al., 2019). Pendant la période postnatale, les mères ayant vécu des mauvais traitements au cours de l'enfance rapportent davantage de symptômes dépressifs et de stress post-traumatiques que les femmes n'ayant pas été exposées à ce genre d'expériences à l'enfance (Muzik et al., 2013). Par ailleurs, les symptômes anxieux et les symptômes dépressifs chez les mères pendant la période prénatale, qu'elles aient vécu ou non de la maltraitance durant l'enfance, ont été associés de façon négative au développement socioaffectif chez les enfants, notamment à leur capacité d'autorégulation, une composante centrale du tempérament (Madigan et al., 2018). Comme la période entourant la grossesse est critique sur le plan de la santé mentale, la détresse psychologique vécue par les mères pendant la grossesse sera considérée comme une variable confondante potentielle dans le cadre de cette étude.

Maltraitance vécue par les mères et répercussions intergénérationnelles sur leur enfant

Les enfants nés de mères ayant vécu de la maltraitance durant l'enfance sont à risque d'être exposés à diverses difficultés au cours de leur vie, même lorsqu'ils ne sont pas eux-mêmes exposés à de mauvais traitements. Une revue systématique portant sur 12 études a indiqué que les antécédents maternels de maltraitance sont liés aux symptômes intériorisés et extériorisés chez les enfants durant l'enfance et l'adolescence (Plant et al., 2018). Bosquet Enlow et ses collaborateurs (2018) ont rapporté des conclusions similaires en montrant le risque accru de problèmes émotionnels et comportementaux cliniques chez les enfants âgés de 7 ans de mères ayant vécu de la maltraitance durant l'enfance. De plus,

une méta-analyse a indiqué que les mauvais traitements vécus avant l'âge de 18 ans par les mères prédisent de façon faible, mais significative, la dépression chez leur enfant avant l'âge de 18 ans (Su et al., 2022). D'ailleurs, une étude réalisée à partir d'un échantillon de 4337 dyades mère-enfant a révélé que les enfants nés de mères ayant été exposé à de la maltraitance durant l'enfance sont à risque de présenter des comorbidités sur le plan de la santé mentale et de la santé physique, et que l'exposition des mères à plus d'une forme de maltraitance est associée à un risque accru de ces répercussions chez les enfants (Moog et al., 2023). La maltraitance vécue par les mères durant l'enfance entrainerait également des conséquences sur le développement général des jeunes enfants de moins de 3 ans (Garon-Bissonnette et al., 2021). Spécifiquement, la sévérité de la maltraitance vécue par les mères serait négativement associée au développement général des enfants et positivement associée à des retards dans différentes sphères développementales (p. ex., communication, motricité fine et globale, résolution de problèmes). Finalement, une récente méta-analyse réalisée a démontré l'association entre les expériences difficiles à l'enfance des parents, notamment le vécu de maltraitance, et les problèmes de santé mentale chez les enfants ainsi que les problèmes extériorisés et intériorisés chez ces derniers (Racine et al., 2023). Les caractéristiques tempéramentales des enfants, se manifestant en bas âge, sont des précurseurs précoces de certaines difficultés socioaffectives et développementales décrites précédemment, d'où l'intérêt de s'intéresser au concept du tempérament. De plus, la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères est associée à des éléments délétères du tempérament de leur enfant. La prochaine section fait état des connaissances actuelles

sur l'association entre les mauvais traitements auxquels les mères ont été exposées en bas âge et certaines facettes du tempérament de l'enfant.

Tempérament de l'enfant

Le tempérament est défini et conceptualisé selon différentes approches théoriques dans les écrits scientifiques. La théorie de l'autorégulation émotionnelle et physiologique, élaborée par Rothbart et son équipe (Rothbart & Bates, 1998), est l'une des plus complètes et influentes en ce qui concerne le tempérament.

Théorie de l'autorégulation émotionnelle et physiologique

Selon cette théorie, le tempérament se définit par les différences individuelles présentes sur le plan de la réactivité et de l'autorégulation des émotions, de l'activité et de l'attention (Rothbart & Bates, 1998). Il possède des bases biologiques qui sont influencées au fil du temps par l'hérédité, la maturation et les expériences. Cette approche insiste sur l'importance de deux facteurs qui organisent le tempérament : la réactivité et l'autorégulation.

Le concept de réactivité fait référence à la réponse observée chez l'enfant lorsque des changements s'opèrent dans son environnement interne, comme lorsqu'il a faim, ou dans l'environnement externe, comme lorsqu'il entend un bruit fort et soudain. La réactivité est mesurée par le temps de latence, la durée et l'intensité des réactions motrices, affectives et attentionnelles chez l'enfant à la suite d'un changement dans l'environnement (Rothbart

& Derryberry, 1981). Les pleurs et la peur sont deux exemples de réactions comportementales possibles à la suite d'un changement environnemental comme lorsqu'il est confronté à la présence d'un inconnu ou qu'il est exposé à un contexte peu familier, comme un rendez-vous médical ou au moment de son intégration à la garderie. Parmi ces tendances comportementales, notons la peur prédisposant un enfant à s'agiter, à crier, à frapper ou à s'évader dans son esprit. Un second exemple est la présence d'affects positifs menant un enfant à adopter rapidement un comportement d'approche et exprimer de l'enthousiasme de façon franche, mais contenue lors de la découverte de nouvelles activités, ou au contraire, à rester en retrait pendant un long moment lors de l'exposition à de nouveaux environnements et être difficile à consoler lorsque triste. C'est à partir de ces tendances comportementales que le tempérament de l'enfant se distingue (Rothbart & Bates, 2006).

Quant au concept d'autorégulation, il fait référence au contrôle moteur et au contrôle attentionnel ainsi qu'aux mécanismes qui les sous-tendent (Derryberry & Rothbart, 1997). Les comportements d'approche (p.ex. : initier un nouveau jeu), de retrait (p.ex. : trouver un endroit calme lors d'une fête bruyante pour s'y réfugier) et d'inhibition (p.ex. : préférer ne pas répondre en classe) et les capacités attentionnelles (p.ex. : se concentrer sur un casse-tête difficile) sont tous des stratégies associées au contrôle moteur et au contrôle attentionnel qui peuvent être utilisées par l'enfant. Le contrôle moteur permet de planifier et d'exécuter une tâche précise alors que le contrôle attentionnel permet de maintenir et de réguler l'attention vers une tâche. Ces deux types de contrôle permettent l'attention

soutenue, la résolution de problèmes et la planification et ils permettent au nourrisson, par exemple, de détourner son attention de stimuli désagréables et de diriger son attention vers des stimuli plus agréables. Le contrôle moteur et le contrôle attentionnel de l'enfant lui permettent donc de moduler ses réactions. De cette façon, ils exercent une grande influence sur l'expérience émotionnelle vécue par ce dernier (Derryberry & Rothbart, 1997). Chez un enfant, un niveau de contrôle moteur et attentionnel faible pourrait s'observer par de l'impulsivité dans les réponses verbales ou les comportements, par exemple en interrompant fréquemment les autres lorsqu'ils parlent ou en agissant sans réfléchir aux conséquences. Un niveau de contrôle élevé pourrait s'observer par la capacité d'un enfant à se concentrer facilement sur une tâche pendant une longue période en filtrant les distractions externes ou en étant en mesure de contenir ses frustrations lors d'un jeu avec des camarades.

L'ensemble des stratégies utilisées par l'enfant via le contrôle moteur et attentionnel fait référence au contrôle volontaire, un concept ayant fait l'objet de nombreuses études. Rothbart et Bates (2006) ont défini ce concept comme étant la capacité de l'enfant à inhiber une réponse dominante et/ ou à activer une réponse sous-dominante (p. ex., ne pas interrompre les autres, se forcer à faire une tâche difficile ou désagréable, rester assis pendant plusieurs minutes). Le contrôle volontaire se développerait à la fin de la première année de vie de l'enfant et continuerait de se développer jusqu'à l'âge préscolaire (Kochanska, 1997). Anderson et ses collaborateurs (2001) soulignent que le cortex préfrontal serait la région du cerveau activée lors de tâches nécessitant l'application de

stratégies associées au contrôle volontaire. En somme, nous pouvons concevoir les facteurs tempéramentaux comme des tendances et des capacités émotionnelles, motrices et attentionnelles (Rothbart, 2012).

Rothbart et Bates (2006) rapportent et définissent les dimensions du tempérament en fonction de l'âge des enfants. Les dimensions du tempérament sont les différentes réactions affectives, motrices et comportementales et les capacités attentionnelles observables. Il existe des dimensions du tempérament communes aux différentes tranches d'âge. Ainsi, l'extraversion (les comportements d'approche, les réactions vocales, le plaisir, les sourires, les rires, le niveau d'activité et la sensibilité sensorielle), l'affectivité négative (la tristesse, la frustration, la peur et la baisse de réactivité) ainsi que l'orientation et la régulation de l'attention (le plaisir à intensité faible, le maintien de l'orientation et de l'attention et l'apaisement) sont les dimensions retrouvées tant chez les nourrissons que chez les enfants âgés de 18 à 36 mois (Garstein & Rothbart, 2003; Rothbart & Bates, 2006). Chez les enfants âgés de 3 ans et plus, les dimensions du tempérament sont l'affectivité négative et l'extraversion, telles que définies précédemment, ainsi que le plaisir à haute intensité (le niveau de sociabilité de l'enfant), le contrôle volontaire (l'inhibition, l'attention, la persévérance, le plaisir à faible intensité et l'activité sensorielle) et l'agréabilité (la qualité d'affiliation et d'adaptation) (Rothbart & Bates, 2006).

Des études ont montré des associations entre de faibles capacités de contrôle volontaire et la présence de problèmes intériorisés et extériorisés chez les enfants (Jonas & Kochanska, 2018; Kochanska & Knacck, 2003; Wilson et al., 2021). Wilson et ses collaborateurs (2021) ont pour leur part trouvé une association positive entre les capacités de contrôle volontaire et les comportements prosociaux chez les enfants d'âge préscolaire. L'affectivité négative chez les enfants de 3 ans prédit certains problèmes psychosociaux à l'âge de 5 ans, tels que les problèmes de comportement, l'hyperactivité, l'inattention, les difficultés relationnelles avec les pairs et un niveau inférieur de comportements prosociaux (Bouvette-Turcot et al., 2015). Chez les adolescents, il existe une association négative entre les capacités de contrôle volontaire et le trouble déficitaire de l'attention, le trouble d'opposition et le trouble des conduites (Atherton et al., 2020). Il est également montré que les enfants qui présentent des difficultés tempéramentales (irritabilité, inattention, faible capacité d'adaptation, irrégularité du sommeil et de l'alimentation, etc.) sont deux fois plus à risque de vivre un épisode de dépression majeure au cours de leur vie que les enfants qui ne montrent pas ces tendances tempéramentales (Bruder-Costello et al., 2007). D'autres auteurs ont récemment montré qu'un haut niveau d'extraversion chez les enfants d'âge scolaire prédit la manifestation de violence verbale et physique dirigée vers leurs pairs (Ruiz-Ortiz et al., 2023). Le lien entre un niveau élevé d'extraversion chez les nourrissons et le risque accru de présenter des comportements extériorisés en enfance a été montré, de même que l'association entre un haut niveau d'extraversion et un faible niveau de problèmes intériorisés (Garstein et al., 2012).

Ces résultats soulignent la pertinence de s'intéresser de façon précoce aux différentes dimensions du tempérament, puisqu'elles semblent prédire le développement socioémotionnel et différentes psychopathologies chez les enfants, les adolescents et les adultes. L'identification des facteurs pouvant être associés au tempérament de l'enfant apparaît judicieuse. La prochaine section présente l'état des connaissances actuelles sur les liens entre la maltraitance vécue par les mères durant l'enfance et le tempérament de leur enfant.

Maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et le tempérament

À ce jour, quelques études ont porté sur l'association entre les mauvais traitements vécus par les mères et le tempérament des enfants. Toutefois, les mécanismes expliquant les associations observées demeurent peu explorés. Lang et ses collaborateurs (2010) ont montré que les formes de maltraitance vécues en bas âge par les mères provenant de la population générale sont liées de façon différentielle au tempérament des enfants âgés d'un an. Les auteurs rapportent une association positive entre la sévérité de l'abus physique vécue par les mères et les affects négatifs des enfants, tels que mesurés à partir d'un questionnaire autorapporté par les mères. Ils ont également rapporté que la sévérité de l'abus émotionnel auquel les mères ont été exposées est associée négativement aux affects négatifs chez les nourrissons. Pour expliquer la différence dans les résultats obtenus en fonction des types d'abus, les auteurs ont émis l'hypothèse selon laquelle chaque forme de maltraitance est associée à une trajectoire de risques différente et complexe chez les enfants. Les auteurs rapportent toutefois que le petit échantillon ($n=30$)

et le fait que leurs analyses portent seulement sur deux formes de maltraitance au cours de l'enfance limitent la vérification de leur hypothèse (Lang et al., 2010). De leur côté, Lyons-Ruth et Block (1996) ont réalisé une étude auprès de mères ayant un faible revenu et recevant des visites à la maison des services sociaux, puisqu'elles étaient considérées comme provenant d'un échantillon à risque. Les auteures n'ont pas mesuré le tempérament spécifiquement, mais se sont intéressées à la présence d'éléments qui sont associés à la dimension de l'affectivité négative (p. ex., colère de l'enfant envers la mère ou envers la fratrie, résistance à la mère, détresse) à partir de l'observation d'une séance d'interaction à la maison entre les mères et les enfants alors âgés de 18 mois. Les auteures ont rapporté une association positive entre la sévérité de la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et la détresse observée chez les enfants pendant l'interaction, mais pas entre la sévérité de la maltraitance et la colère et la résistance chez les enfants. Toutefois, elles ont observé une association positive entre une forme spécifique de maltraitance, l'abus physique, et la colère et la résistance des enfants. Finalement, il n'y avait pas de lien significatif entre deux autres formes de maltraitance, soient la négligence et l'abus sexuel, et la colère et la résistance chez les enfants. D'autres auteurs rapportent une association positive entre la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et deux composantes du tempérament (l'affectivité négative et la dysrégulation émotionnelle) chez leurs enfants âgés de 36 mois (Bouvette-Turcot et al., 2020). L'effet médiateur complet de la présence de détresse psychologique chez les mères entre ces variables a été rapporté par les auteurs. Une autre étude a montré que les mauvais traitements vécus par les mères au cours de l'enfance sont liés à certaines variables tempéramentales chez les

nourrissons (détresse vécue face aux limitations et tristesse), mais pas à d'autres (affectivité négative et réactivité) (Bosquet Enlow et al., 2017). Afin de comprendre ces résultats, les auteurs émettent l'hypothèse que certains facteurs périnataux, comme le niveau de cortisol de la mère pendant la grossesse qui est associé aux mauvais traitements vécus, pourraient influencer différemment les dimensions tempéramentales. Une autre étude a porté sur le niveau d'activité des enfants âgé entre 12 et 60 mois où un haut niveau d'activité est une disposition favorable du tempérament (Bouvette-Turcot et al., 2013). Les auteurs ont démontré que les antécédents maternels de mauvais traitements sont associés à de faibles niveaux d'activités chez les enfants (Bouvette-Turcot et al., 2013). Les auteurs ont montré un effet modérateur de la sécurité d'attachement des enfants dans cette association : le lien entre la maltraitance vécue par les mères et le niveau d'activité des enfants est seulement présent chez les enfants qui montrent un score supérieur de sécurité d'attachement tel que mesuré par le Q-Sort d'attachement (Waters & Deane, 1995). Les auteurs s'appuient sur la théorie de la susceptibilité différentielle (Belsky and Pluess, 2009) afin d'expliquer ce résultat contre-intuitif en proposant qu'un score d'attachement supérieur pourrait être un facteur de protection lorsque le contexte parental est optimal, ou un facteur de risque en présence de difficultés chez les mères. Foss et ses collaborateurs (2022) se sont pour leur part intéressés à l'exposition à différentes expériences potentiellement traumatiques chez les mères qui ne se limitent pas à celles vécues à l'enfance (abus sexuel, violence conjugale, accident grave, catastrophe naturelle, etc.) et ont rapporté une association positive entre la sévérité de ces expériences et l'affectivité négative et l'extraversion chez les enfants âgés de six mois. Des résultats

similaires sont présentés dans une étude portant sur l'association entre l'effet cumulatif de l'exposition à des expériences difficiles durant l'enfance chez les mères et l'affectivité négative et l'extraversion des enfants âgés de 3 ans (McDonald et al., 2019) et dans une autre étude portant sur l'association entre l'exposition des mères à des expériences traumatiques durant l'enfance et l'affectivité négative et la dysrégulation comportementale chez les enfants âgés entre 18 et 36 mois (Bouvette-Turcot et al., 2015).

En somme, la documentation scientifique révèle que la maltraitance vécue par les mères a différentes répercussions intergénérationnelles sur les enfants âgés de trois ans et moins. Comme il a été discuté précédemment, des associations ont été observées entre la sévérité de la maltraitance vécue par les mères et certaines formes spécifiques de maltraitance, notamment l'abus physique, et certaines dimensions du tempérament. Par ailleurs, les mécanismes expliquant les associations entre les antécédents de maltraitance chez les mères et le tempérament de l'enfant sont peu documentés dans les écrits scientifiques. La prochaine section présentera certains mécanismes explicatifs de la transmission intergénérationnelle du risque associé à la maltraitance décrits dans la littérature scientifique.

Mécanismes explicatifs de la transmission intergénérationnelle

La littérature scientifique portant sur les répercussions intergénérationnelles de la maltraitance indique que les enfants nés de mères ayant vécu de l'abus et de la négligence durant leur enfance ne rencontrent pas tous les mêmes défis développementaux. En effet,

il semblerait que certains enfants présentent une trajectoire développementale attendue, alors que d'autres vivent un éventail de difficultés (Cicchetti & Rogosch, 1996; Narayan et al., 2021). La pertinence de se pencher sur les mécanismes permettant de comprendre le lien entre les expériences vécues par les mères et le tempérament de leur enfant vise ultimement à identifier des leviers sur lesquels intervenir en vue de prévenir la transmission intergénérationnelle du risque associé à la maltraitance. Comme présenté plus haut, différents mécanismes, tels que la détresse psychologique vécue par les mères (Bouvette-Turcot et al., 2020), des caractéristiques physiologiques des mères (Bosquet Enlow et al., 2017), des capacités parentales comme la sensibilité maternelle (Bouvette-Turcot et al., 2020) ainsi que des caractéristiques propres à l'enfant, comme son type d'attachement, ont été identifiés dans les écrits (Bouvette-Turcot et al., 2013).

Dans le cadre de cette étude, un autre mécanisme potentiel de transmission est considéré : celui de la désorganisation de l'attachement à l'âge adulte chez les mères. Cette désorganisation, conceptualisée dans le cadre de cette étude par la présence d'états d'esprit hostiles-impuissants, est pertinente à étudier, puisqu'elle est susceptible d'apparaître à la suite de l'exposition à de la maltraitance durant l'enfance. Ainsi, une désorganisation de l'attachement qui apparaîtrait, chez l'enfant, en conséquence des mauvais traitements, persisterait durant l'adolescence ainsi qu'à l'âge adulte, notamment, au moment de devenir parent. Il est pertinent de s'intéresser à ce mécanisme explicatif, puisque la désorganisation de l'attachement à l'âge adulte peut se mesurer avant même la

naissance de l'enfant, ouvrant ainsi la porte à des pistes d'intervention précoce pour interrompre la transmission intergénérationnelle.

États d'esprit hostiles-impuissants

Selon la théorie de l'attachement de Bowlby (1982), la façon dont les adultes se représentent leurs expériences avec leurs figures d'attachement durant l'enfance influence la qualité des soins qu'ils peuvent offrir à leur propre enfant. Spécifiquement, les expériences d'attachement vécues avec leurs figures de soin durant l'enfance mènent à l'élaboration de représentations de ces figures et de soi-même qui sont relativement stables dans le temps. Ces représentations guident ensuite les comportements à adopter avec autrui et servent de modèles dans les relations subséquentes avec d'autres partenaires sociaux, notamment avec les enfants.

La qualité des expériences vécues par les adultes avec leurs figures d'attachement durant l'enfance reflète la façon dont ces figures étaient sensibles à leurs besoins. Cela influence le type d'attachement développé à l'égard de ces figures, l'attachement étant considéré comme sécurisant ou insécurisant. L'attachement sécurisant se développe habituellement chez l'enfant dont les figures d'attachement ont répondu de manière sensible à ses besoins et à ses signaux (Ainsworth et al., 1978). En revanche, trois types d'attachement insécurisant peuvent résulter de comportements plutôt insensibles de la part de la figure d'attachement. L'attachement insécurisant-évitant est généralement observé chez l'enfant dont les figures d'attachement adoptent des comportements plutôt distants

et rejetant à son égard (Ainsworth et al., 1978). L'enfant évoluant auprès d'une figure d'attachement imprévisible et inconstante dans la façon de répondre à ses besoins risque de développer un attachement insécurisant-ambivalent. Finalement, l'attachement insécurisant-désorganisé est associé à la présence de certains comportements atypiques et dérégulés chez les parents (p. ex., comportements effrayants, hostiles, effrayés et désengagés) et à l'exposition à des expériences traumatiques en bas âge (Cyr et al., 2010; Madigan et al., 2006; Main & Solomon, 1990).

La *Situation Étrange* (Ainsworth et al., 1978), une mesure expérimentale en laboratoire, permet d'évaluer le type d'attachement de l'enfant à partir d'épisodes de séparations et de réunions entre la figure parentale et l'enfant. Chez les adultes, la méthode la plus utilisée pour évaluer l'attachement est l'*Entrevue d'attachement à l'âge adulte* (George et al., 1985). Cette entrevue permet de déterminer l'état d'esprit correspondant au type d'attachement des individus (sécurisant-autonome, insécurisant-détaché, insécurisant-préoccupé, non résolu/ désorganisé) à partir de questions portant sur les expériences vécues durant l'enfance avec les figures d'attachement (Main et al., 2002). À ce jour, deux systèmes de cotation de l'*Entrevue d'attachement à l'âge adulte* existent. Dans le système de cotation développé par Main et Goldwyn (1998), l'attachement désorganisé correspond à un état d'esprit d'attachement dit « non résolu », et cet état d'esprit est retrouvé chez les individus qui présentent des échecs dans leurs capacités de raisonnement et leur discours lorsqu'ils abordent leurs expériences de deuil ou de trauma. Lyons-Ruth et ses collaborateurs (2005) ont, pour leur part, développé le *Système de*

cotation des états d'esprit hostiles-impuissants permettant de mesurer plus largement la désorganisation chez les adultes à partir de l'*Entrevue d'attachement à l'âge adulte*. Ce système de cotation permet de pallier une limite du système de cotation original de Main et Goldwyn. En effet, ce dernier nécessite que les personnes aient vécu une expérience traumatique ou une perte significative et qu'elles en parlent lors de l'entrevue, afin de considérer si elles présentent un attachement non résolu ou désorganisé (Lyons-Ruth et al., 2011). Le *Système de cotation des états d'esprit hostiles-impuissants* ne se penche pas spécifiquement sur les expériences traumatiques ou de perte, mais porte de façon plus large sur les représentations de soi et des figures d'attachement. Ainsi, il permet de comprendre de façon plus globale la désorganisation de l'attachement chez les adultes en s'intéressant à l'ensemble de leur discours lorsqu'ils relatent des épisodes relationnels avec leurs figures d'attachement.

Le discours des individus présentant des états d'esprit hostiles-impuissants est caractérisé par des représentations mentales qui ne sont pas intégrées. Ceci s'observe lorsqu'il y a des contradictions dans leur discours et dans l'organisation de leur pensée qui peuvent apparaître à différents moments lors de l'entrevue, et non spécifiquement lorsque sont abordées des expériences traumatiques (Lyons-Ruth et al., 2011). Les états d'esprit hostiles-impuissants regroupent deux profils d'états d'esprit, soit les états d'esprit hostiles et les états d'esprit impuissants. Les états d'esprit hostiles se manifestent notamment lorsque les adultes décrivent une figure parentale comme étant hostile ou qu'ils la dévalorisent, mais en s'identifiant à cette figure en reproduisant les mêmes comportements

malveillants, ou lorsqu'ils se décrivent comme étant similaires à leur figure d'attachement hostile ou très proche de cette dernière sur le plan affectif. Le discours de ces individus est teinté par des contradictions, du clivage, un sentiment d'invulnérabilité et une restriction de l'expression émotionnelle (Lyons-Ruth et al., 2005). Quant aux états d'esprit impuissants, ils se manifestent notamment chez les personnes qui décrivent une figure parentale ayant abdiqué son rôle. Les individus présentant ces états d'esprit tiennent un discours teinté d'impuissance et de peur. Ils peuvent également s'identifier à cette figure parentale perçue comme impuissante et submergée. L'abdication du rôle parental peut mener à un renversement de rôles dans la relation entre la figure parentale et l'enfant (Lyons-Ruth et al., 2005), ce qui peut transparaître dans leur récit. Le discours des adultes présentant des états d'esprit impuissants peut également être caractérisé par de la culpabilité et de la dévalorisation de soi. L'impression constante de ne pas être à la hauteur ou d'être malveillant transparaît chez eux. Ils peuvent généralement manifester différentes contradictions dans leur discours notamment sur la qualité de leur relation avec la figure d'attachement et la présence d'émotions liées à la peur. Notons par ailleurs que certaines personnes peuvent présenter un profil mixte, combinant à la fois des éléments de l'état d'esprit hostile et des caractéristiques de l'état d'esprit impuissant.

On peut supposer que l'attachement des mères, et plus spécifiquement les états d'esprit hostiles-impuissants, agissent comme un des mécanismes pouvant expliquer la transmission intergénérationnelle du risque associé à la maltraitance. Pour appuyer cette hypothèse, les études examinant le lien entre la maltraitance vécue durant l'enfance par

les mères et les états d'esprit hostiles-impuissants et les études portant sur les états d'esprit hostiles-impuissants seront présentées dans les prochaines sections.

Maltraitance vécue durant l'enfance et états d'esprit hostiles-impuissants

L'association entre la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et les états d'esprit hostiles-impuissants semble robuste, puisqu'elle a été montrée dans différentes études réalisées à partir de différents échantillons d'adultes provenant de la population générale et de populations présentant des facteurs de risque. Une étude menée auprès d'un échantillon de mères ayant vécu de la maltraitance durant l'enfance et étant à risque de maltraiter leur enfant a démontré que les mères présentant des états d'esprit hostiles-impuissants ont vécu près de deux fois plus de types d'abus ou de négligence différents durant l'enfance comparativement aux mères ne présentant pas d'états d'esprit hostiles-impuissants (Milot et al., 2014). Des auteurs ont rapporté des conclusions similaires en montrant un lien significatif entre les mauvais traitements vécus durant l'enfance chez de jeunes adultes ayant un faible statut économique et la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants (Finger et al., 2015). D'autres auteures se sont intéressées à la sévérité des antécédents de mauvais traitements et ont montré une association modérée et significative entre cette sévérité et les états d'esprit hostiles-impuissants chez des mères ayant un faible statut socioéconomique (Lyons-Ruth et al., 2003). Finalement, une étude longitudinale a démontré que la maltraitance vécue à l'enfance, conceptualisée par le nombre de formes de maltraitance vécue, prédit la présence et la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants chez de jeunes adultes ayant de faibles revenus (Turgeon et al.,

2023). Les auteurs ont montré que la qualité de la communication affective des mères à l'endroit de ces jeunes adultes à enfance agit comme un facteur de protection dans l'émergence de la désorganisation de l'attachement à l'âge adulte. Ces résultats soulignent l'importance de réaliser des interventions précoces afin de prévenir l'émergence de la désorganisation de l'attachement à l'âge adulte (Turgeon et al., 2022). Bien que l'exposition à de l'abus ou de la négligence ne soit pas nécessaire, ces résultats démontrent que cette exposition entraîne un risque accru pour les individus de développer des états d'esprit hostiles-impuissants à l'âge adulte.

États d'esprit hostiles-impuissants et transmission intergénérationnelle

Des études ont porté sur les états d'esprit hostiles-impuissants de mères et le risque de maltraitance envers leur propre enfant. Une étude effectuée auprès de trois groupes de mères (mères à risque de maltraiter leur enfant, mères ayant un faible revenu et mères ne présentant pas ces deux facteurs de risque) a montré que la proportion de mères avec des états d'esprit hostiles-impuissants variait en fonction des facteurs de risque présents (Frigerio et al., 2013). Les auteurs rapportent la présence d'états d'esprit hostiles-impuissants chez 60 % des mères à risque de maltraiter leur enfant, comparativement à 20 % chez les mères ayant un faible revenu et 9 % chez les mères ne présentant pas de facteurs de risque. Une étude longitudinale révèle que la présence d'états d'esprit hostiles-impuissants mesurés chez des femmes enceintes prédit le retrait de la garde de l'enfant dans les deux premières années de vie de l'enfant (Terry et al., 2020). Les résultats indiquent que les mères qui ont perdu la garde de leur enfant avaient des scores

significativement plus élevés d'états d'esprit hostiles-impuissants que celles qui ne se sont pas fait retirer la garde de l'enfant. Dans une étude réalisée auprès de trois groupes de mères (ayant commis un infanticide, ayant un trouble de santé mentale ou provenant de la population générale), il a été observé que les participantes ayant des états d'esprit hostiles-impuissants étaient plus nombreuses dans le groupe de mères ayant commis un infanticide comparativement aux deux autres groupes de mères (Barone et al., 2014). Les états d'esprit hostiles-impuissants des mères sont aussi associés à des difficultés dans la relation mère-enfant ainsi qu'à des problèmes d'adaptation chez l'enfant. Une étude réalisée auprès d'un échantillon à risque psychosocial élevé (mères ayant un faible revenu et mères recevant un traitement de méthadone) a montré que les états d'esprit hostiles-impuissants des mères étaient liés à l'attachement désorganisé de leur enfant, alors que l'attachement non résolu des mères ne l'était pas (Finger, 2006). Cette étude appuie ainsi l'utilité du système de cotation de Lyons-Ruth pour mieux capter les répercussions intergénérationnelles des représentations désorganisées des adultes. Une autre étude montre que, chez les parents présentant des états d'esprit hostiles-impuissants, la sévérité des expériences de maltraitance vécues durant l'enfance est associée à davantage de problèmes intériorisés et extériorisés chez leur enfant âgé entre 1 et 6 ans (Sauvé et al., 2021). Cette association n'est pas significative chez les parents qui ne présentent pas d'états d'esprit hostiles-impuissants. Finalement, une association modérée entre les états d'esprit hostiles-impuissants et les difficultés de communication affective des mères envers leur enfant a été démontrée auprès de 45 mères à faibles revenus et leur enfant âgé entre 7 et 8 ans (Lyons-Ruth et al., 2005). Ces résultats illustrent l'importance de s'intéresser aux états

d'esprit hostiles-impuissants comme mécanisme explicatif potentiel de la transmission intergénérationnelle du risque associé à la maltraitance.

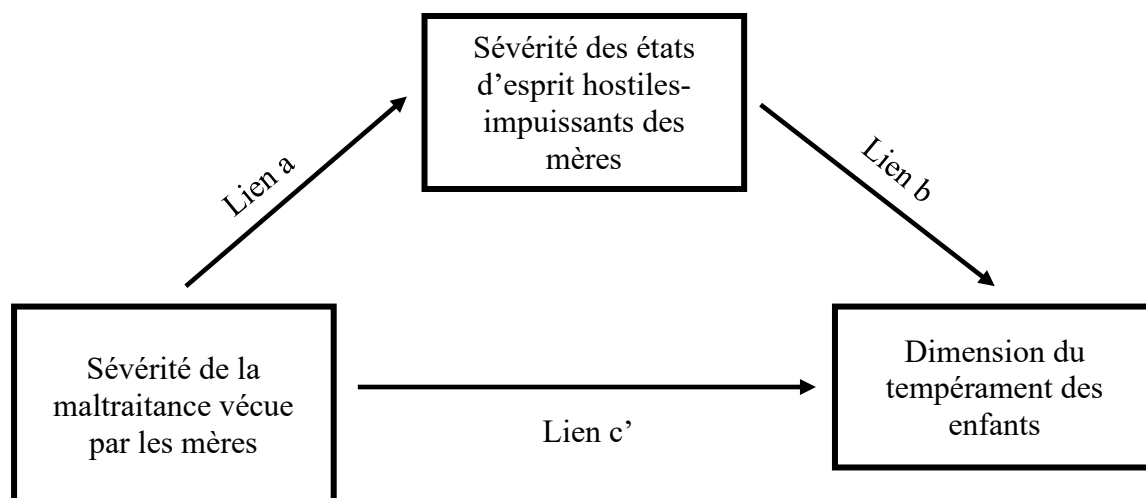
Objectifs et hypothèses de recherche

L'objectif général de cette étude consiste à tester un modèle de compréhension de la transmission intergénérationnelle du risque associé à la maltraitance, en se penchant plus particulièrement sur le tempérament de jeunes enfants de mères provenant de la population générale. L'objectif de l'essai est de tester des modèles d'effets directs et indirects des états d'esprit hostiles-impuissants dans la relation entre la maltraitance vécue par les mères durant l'enfance et chacune des dimensions du tempérament de leur enfant âgé entre 10 et 36 mois à partir d'un devis longitudinal. Les hypothèses spécifiques de l'étude sont que (1) la sévérité de la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères sera associée positivement à l'affectivité négative et à l'extraversion chez les enfants et associée négativement à l'orientation/ régulation chez les enfants; (2) la sévérité des antécédents maternels de mauvais traitements sera associée positivement à la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants des mères; (3) la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants des mères sera associée positivement à l'affectivité négative et à l'extraversion et négativement à l'orientation/ régulation chez les enfants; et (4) la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants des mères agira comme variable médiatrice dans l'association entre la sévérité de la maltraitance à laquelle elles ont été exposées durant l'enfance et les trois dimensions du tempérament mesurées chez leur enfant. Comme la maltraitance durant l'enfance (Afifi et al., 2011; Gallo et al., 2018; Humphreys et al.,

2020; Li et al., 2016, 2020; Porter et al., 2020; Rafiq et al., 2018; Vonderlin et al., 2018) et les états d'esprit hostiles-impuissants (Brumariu et al., 2013; Byun et al., 2016; Finger et al., 2015; Lyons-Ruth et al., 2007) sont respectivement associés à la détresse psychologique à l'âge adulte, les liens entre ces variables et la détresse des mères au cours de la grossesse seront examinés afin d'évaluer la pertinence de considérer la détresse psychologique comme co-variable dans les modèles. La Figure 1 présente le modèle qui est testé, pour chacune des dimensions du tempérament, dans le cadre de cette étude.

Figure 1

Modèle d'effets directs et indirects proposé entre la sévérité de la maltraitance vécue par les mères, la sévérité de leurs états d'esprit hostiles-impuissants et l'affectivité négative, l'extraversion et la régulation/ orientation des enfants



À notre connaissance, il s'agit de la première étude examinant de tels modèles d'effets directs et indirects. De plus, l'association entre les états d'esprit hostiles-impuissants des mères et le tempérament de leur enfant n'a pas encore été étudiée. Bien que les études

suggèrent que les difficultés socio-affectives chez les enfants sont associées aux expériences de maltraitance des mères (Bosquet Enlow et al., 2018; Plant et al., 2018; Racine et al., 2023) et leurs états d'esprit hostiles-impuissants (Sauvé et al., 2021), peu d'études considèrent le tempérament. Or, le tempérament est un prédicteur important des difficultés socio-affectives des enfants (Atherton et al., 2020; Jonas & Kochanska, 2018; Kochanska & Knaack, 2003; Wilson et al., 2021). Comme le tempérament peut être mesuré en bas âge, il est pertinent de s'y intéresser, puisque cela permet de voir précocement les prémisses des difficultés comportementales et de régulation et ainsi, agir pour en contrer les effets à long terme. Par ailleurs, comme il a été soulevé précédemment, Rothbart et Bates (1998) conçoivent que le tempérament résulte d'influences génétiques et environnementales. Ainsi, on peut penser que les états d'esprit des mères pourraient constituer une des variables de l'environnement entraînant des répercussions sur le développement du tempérament de l'enfant, variable sur laquelle il serait possible d'intervenir. Finalement, bien qu'il soit maintenant reconnu que la maltraitance durant l'enfance risque d'entraîner des répercussions sur la génération suivante, les connaissances sur les mécanismes expliquant la transmission intergénérationnelle sont limitées.

Méthode

Cette section présente la méthodologie employée dans le cadre de cette étude. Elle décrit l'échantillon sélectionné, le déroulement de l'étude et les différents instruments de mesure utilisés.

Participants et déroulement

L'échantillon de l'étude est composé de 62 mères ($M_{\text{âge}} = 27,52$ ans; $ÉT = 4,55$ ans) ayant participé à un projet de recherche plus vaste visant à documenter les répercussions des mauvais traitements durant l'enfance sur l'expérience de la parentalité et le développement des enfants. Les données issues de trois temps de mesure ont été utilisées afin de répondre aux objectifs de la présente étude. Les mères ont été recrutées dans le cadre des rencontres prénatales ($n = 60$) ou par le biais du programme SIPPE (*Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*) ($n = 2$) offerts par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ). Toutes les participantes incluses dans l'échantillon final de l'étude étaient primipares. La majorité d'entre elles ont indiqué être en union de fait (80,6 %) ou mariées (11,30 %) au moment de compléter le premier temps de mesure. Lorsque les mères ont complété la batterie de questionnaires au troisième temps de la recherche, l'âge moyen des enfants était de 15,97 mois ($ÉT = 6,95$ mois). Les caractéristiques sociodémographiques des participantes à l'étude sont présentées au Tableau 1.

Tableau 1*Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon*

Variable	Caractéristique	<i>M</i> (ÉT) ou <i>n</i> (%)
Âge des mères (en années) (T2)		27,52 (4,55)
Âge des enfants (en mois) (T3)		15,97 (6,95)
Revenu personnel annuel (dollar canadien) (T2)	< 25 000 \$	14 (22,60)
	25 000 - 34 999 \$	8 (12,90)
	35 000 - 64 999 \$	29 (46,80)
	65 000 - 94 999 \$	4 (6,40)
	≥ 95 000 \$	1 (1,60)
	Données manquantes	6 (9,70)
Éducation (T2)	Secondaire non complété	3 (4,80)
	Secondaire complété	2 (3,20)
	Collège/professionnel	24 (38,70)
	Diplôme universitaire	33 (53,20)
État civil (T2)	Célibataire	5 (8,10)
	Union de fait	50 (80,60)
	Mariée	7 (11,30)

Note. (T1) = Temps 1; (T2) = Temps 2; (T3) = Temps 3.

Les femmes de l'échantillon ont été recrutées entre septembre 2015 et septembre 2018. Le projet de recherche a été présenté aux participantes potentielles et ces dernières ont été invitées, si elles désiraient participer, à remplir un formulaire de consentement (voir Appendice A; Temps 1; T1), une fiche d'identification et le

Questionnaire des traumatismes vécus en enfance (Bernstein et al., 2003). Les critères d'inclusion pour participer à la présente étude étaient : être une femme enceinte, être majeure au moment de la participation à la recherche et avoir une maîtrise suffisante du français pour compléter les différentes mesures. Les femmes présentant un trouble psychotique (p. ex., schizophrénie) et celles n'ayant pas complété l'ensemble des mesures nécessaires à l'étude ont été exclues. Au troisième trimestre de la grossesse (Temps 2; T2), les participantes ont été recontactées par l'équipe de recherche afin de vérifier leur désir de poursuivre leur participation. Celles qui le souhaitaient ont complété une batterie de questionnaires (variables sociodémographiques, détresse psychologique vécue, expérience de la parentalité, etc.). La batterie de questionnaires, complétée en format papier ou en ligne via la *Banque Interactive de Questions* de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), prenait une durée approximative de 45 minutes à compléter. En plus des questionnaires, l'équipe de recherche a administré l'*Entrevue d'attachement à l'âge adulte* (George et al., 1985) aux participantes. Les entrevues ont eu lieu à l'UQTR, dans des bureaux réservés à cet effet, ou au domicile des participantes, selon leur préférence. Il n'y avait pas de critères d'exclusion spécifiques au T2. L'équipe de recherche a ensuite contacté les femmes éligibles à compléter le Temps 3 (T3) de la recherche entre 10 et 36 mois post-partum. Elles ont alors été invitées à compléter le formulaire de consentement (voir Appendice B) ainsi qu'une autre batterie de questionnaires (suivi de la grossesse, développement général et socioémotionnel de leur enfant, tempérament de leur enfant, détresse psychologique vécue, etc.). Les critères

d'exclusion spécifiques pour le T3 étaient la présence d'une malformation congénitale chez l'enfant, la naissance de jumeaux et la perte de la garde de l'enfant après sa naissance.

Deux cent trente-sept (237) participantes ont complété la batterie de questionnaires du T2. Parmi ces 237 participantes, 102 ont complété l'*Entrevue d'attachement à l'âge adulte*. Parmi les 135 n'ayant pas complété l'entrevue : 14 participantes ont refusé de participer à l'entretien, 5 participantes présentaient un critère d'exclusion (p. ex., trouble de santé mentale important), 95 participantes habitaient en dehors du territoire couvert par l'équipe de recherche et 21 participantes ont été exclues pour d'autres raisons (p. ex., données incomplètes au T2, non rejointes pour l'entretien). Au T3, 102 femmes pouvaient être recontactées pour compléter la batterie de questionnaires. Soixante-deux des 102 participantes ayant réalisé l'*Entrevue d'attachement à l'âge adulte* se retrouvent dans l'échantillon final de l'étude au T3. Différentes raisons expliquent l'attrition des participantes ($n = 40$) entre la participation à l'entrevue réalisée au T2 et le T3 : refus de participer au T3 ($n = 4$), incapacité à rejoindre la participante ($n = 10$) et données incomplètes aux questionnaires nécessaires à la vérification de l'objectif de la présente étude ($n = 26$). La sévérité de la maltraitance vécue durant l'enfance chez les femmes ayant participé au premier temps de mesure, mais qui ne se retrouvent pas dans l'échantillon final ($M = 34,84$, $ÉT = 13,03$), ne diffère pas de celle des femmes qui composent l'échantillon final ($M = 34,18$, $ÉT = 11,19$) $t(517) = -0,38$, $p = 0,71$.

Instruments de mesure

Différents instruments de mesure ont été utilisés afin de mesurer la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères, les états d'esprit hostiles-impuissants et le tempérament des enfants. Des questionnaires mesurant la détresse psychologique au cours de la grossesse ainsi qu'un questionnaire sociodémographique ont également été remplis par les participantes.

Variables sociodémographiques (T2)

Un questionnaire sociodémographique élaboré par l'équipe de recherche a été rempli par les participantes dans le but de répertorier des caractéristiques sociodémographiques, des critères d'exclusion et des variables confondantes potentielles (voir Appendice C). L'état civil, l'occupation et le niveau de scolarité figurent parmi les questions de ce questionnaire.

Maltraitance vécue par les mères (T1)

Le *Childhood Trauma Questionnaire* (Bernstein et al., 2003) a été complété par les participantes (voir Appendice D). Ce questionnaire autorapporté mesure la sévérité de cinq types de mauvais traitements vécus avant l'âge de 18 ans (l'abus émotionnel, physique et sexuel et la négligence physique et émotionnelle) et comporte 28 énoncés évalués à partir d'une échelle de Likert en cinq points allant de *jamais vrai* (1) à *très souvent vrai* (5). Le score pouvant être obtenu pour chacune des sous-échelles varie entre 5 et 25. Le score total du questionnaire est obtenu en additionnant les scores de chacun

des items et un score plus élevé signifie une plus grande sévérité des mauvais traitements vécus durant l'enfance. L'étendue des scores pouvant être obtenus par les participantes varie entre 25 et 125. Chacune des formes de maltraitance évaluée par l'instrument possède son propre seuil clinique validé : abus émotionnel (≥ 10), abus physique (≥ 8), abus sexuel (≥ 8), négligence émotionnelle (≥ 15) et négligence physique (≥ 8) (Walker et al., 1999). On considère la présence de mauvais traitements lorsqu'une participante atteint le seuil clinique pour au moins une forme de maltraitance. Afin de déterminer la sévérité de la maltraitance vécue par les mères de façon générale, le score total à l'instrument a été utilisé dans la présente étude. La cohérence interne et la fidélité test-retest du questionnaire sont adéquates (Bernstein & Fink, 1998). Dans le cadre de l'étude, la cohérence interne du score total est satisfaisante ($\alpha = 0,82$).

États d'esprit hostiles-impuissants (T2)

L'*Entrevue d'attachement à l'âge adulte* (George et al., 1985) a été utilisée pour évaluer la présence d'états d'esprit hostiles-impuissants chez les mères (voir Appendice E). La grossesse a été identifiée comme un moment propice pour mesurer la présence des états d'esprit hostiles-impuissants étant donné que cette période de transition entraîne une réorganisation potentielle des représentations d'attachement (Slade, Cohen, Sadler, & Miller, 2009). Cette entrevue est semi-structurée et prend généralement une heure à réaliser. Elle porte sur les expériences vécues durant l'enfance, la relation avec les figures d'attachement de l'enfance jusqu'à l'âge adulte ainsi que sur la façon dont ces dernières ont influencé la personnalité et le rôle de parent des répondantes. L'entrevue

aborde également les expériences traumatiques et les deuils potentiels vécus. Le *Système de cotation des états d'esprit hostiles-impuissants* développé par Lyons-Ruth et ses collaborateurs (2005) a été utilisé pour évaluer la présence et la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants sur la base du discours des participantes au cours de l'entrevue. Dans ce système de cotation, le codeur doit attribuer un score allant de 1 à 9 déterminant la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants des participants. On considère que les individus présentent des états d'esprit hostiles-impuissants lorsqu'ils obtiennent un score supérieur ou égal à 5. Le score de sévérité et la classification sont attribués en fonction de l'évaluation globale faite par le codeur à la suite de la lecture de la transcription de l'entrevue et par la prise en compte de la fréquence d'apparition de certains indicateurs préétablis (p. ex., identification à une figure hostile ou impuissante, mots faisant référence à la peur, rire lorsqu'un souvenir douloureux est abordé, nier l'abus vécu, références à des comportements punitifs de l'enfant envers son parent). La classification hostile est attribuée lorsqu'on relève la présence d'une représentation d'une figure d'attachement perçue comme globalement hostile ou malveillante dans le discours des individus et qu'ils s'identifient à cette dernière (p. ex., affirmer qu'ils sont proches de cette figure d'attachement ou qu'ils adoptent des comportements hostiles similaires à cette dernière). Les signes d'invulnérabilité ou le déni de l'abus peuvent également être observés chez les personnes présentant des états d'esprit hostiles. Pour le profil impuissant, on observe dans le discours des individus la représentation d'au moins une figure d'attachement impuissante, c'est-à-dire ayant abdiqué à son rôle parental. L'état d'esprit impuissant se manifeste lorsque les répondants décrivent leur parent comme étant globalement

impuissant (p. ex., était trop envahi émotionnellement pour s'occuper adéquatement de l'enfant, présentait un trouble de santé mentale l'amenant à négliger les soins à donner à l'enfant), tout en s'identifiant à ce dernier. On observe la présence d'inversement de rôles lorsque les personnes ont été mises dans une position dans laquelle elles ont pris soin de leur parent, et ce, tant durant l'enfance qu'à l'âge adulte. Les individus présentant des états d'esprit impuissants se montrent plus vulnérables, anxieux, impuissants et submergés. Finalement, des personnes classées dans la catégorie mixte présentent à la fois des indicateurs d'états d'esprit hostiles et d'états d'esprit impuissants. Dans le cadre de cette étude, les entrevues ont été transcrites par un membre de l'équipe de recherche. L'ensemble des entrevues ont ensuite été codifiées par une première codeuse. Une deuxième codeuse a codifié 19 (31 %) des entrevues afin d'assurer la fiabilité inter-juge. Les codeuses étaient aveugles aux informations d'identification des participantes et de la sévérité de la maltraitance vécue par ces dernières au moment de la codification. Le coefficient Kappa était de 0,79 pour l'analyse dichotomique des scores (présence/ absence d'états d'esprit hostiles-impuissants) et la corrélation intraclasse du score continu (niveau de sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants) était de 0,87.

Tempérament de l'enfant (T3)

Deux instruments élaborés et validés par l'équipe de Mary Rothbart ont été utilisés pour évaluer la perception qu'ont les mères du tempérament de leur enfant. Le *Infant Behavior Questionnaire Revised – Very Short Form* (Putnam et al., 2014) a été utilisé auprès des mères des enfants âgés de moins de 18 mois ($n = 42$) (voir Appendice F). Ce

questionnaire a été élaboré pour mesurer le tempérament des enfants âgés entre 3 et 12 mois. Comme il n'existe pas, à l'heure actuelle, de version du questionnaire validée pour les enfants âgés entre 13 et 17 mois, il est recommandé d'utiliser le *Infant Behavior Questionnaire Revised – Very Short Form* pour les enfants âgés de moins de 18 mois. Ce questionnaire comprend 37 items permettant d'évaluer le tempérament de l'enfant sur trois dimensions, représentant chacune une échelle : l'extraversion, l'affectivité négative et l'orientation/ régulation. Les répondants indiquent la fréquence d'apparition des manifestations énoncées à partir d'une échelle de type Likert en 8 points allant de *jamais* (1) à *toujours* (8). Le score pour chaque échelle est obtenu en faisant la moyenne des scores aux items. L'étendue des scores pour les échelles varie entre 1 et 8. Dans le cadre de l'étude, les indices de cohérence interne de l'échelle d'extraversion ($\alpha = 0,69$), d'affectivité négative ($\alpha = 0,77$) et d'orientation et de régulation ($\alpha = 0,61$) sont modérés. Les scores aux trois échelles ont été utilisés dans les analyses de façon indépendante.

Le *Early Childhood Behavior Questionnaire – Very Short Form* (Putnam et al., 2010) a été utilisé pour évaluer la perception des mères du tempérament pour les enfants de l'échantillon âgés entre 18 et 36 mois ($n = 20$) (voir Appendice G). L'extraversion, l'affectivité négative ainsi que l'orientation/ régulation ont été mesurées à partir de ce questionnaire de 36 items qui utilise une échelle de type Likert en 8 points allant de *jamais* (1) à *toujours* (8). Le score pour chaque échelle est également obtenu en calculant la moyenne des scores aux items. L'étendue des scores pour les échelles varie entre 1 et 8. L'extraversion (dans une grande proportion des études) et l'affectivité négative reflètent

des aspects négatifs du tempérament alors que la dimension de l'orientation/régulation correspond à un aspect positif. La cohérence interne et la validité de construit de ce questionnaire ont été démontrées et sont satisfaisantes (Putnam et al., 2010). Dans le cadre de l'étude, les indices de cohérence interne varient entre 0,63 et 0,90 pour les échelles d'extraversion ($\alpha = 0,63$), d'affectivité négative ($\alpha = 0,76$) et d'orientation et de régulation ($\alpha = 0,90$).

Dans la présente étude, les données recueillies à partir des deux versions du questionnaire ont été incluses au sein des mêmes modèles. L'utilisation de deux versions du questionnaire est possible comme les dimensions tempéramentales présentent une bonne stabilité entre les versions du questionnaire (Putnam et al., 2008) et vu la standardisation des scores aux trois dimensions (score obtenu à partir du calcul de la moyenne, avec une échelle de mesure identique dans les deux versions du questionnaire). L'utilisation de deux versions du questionnaire est documentée dans différentes études (Hustedt et al., 2022; Keating et al., 2021; Kozlova et al., 2020; Slobodskaya & Kozlova, 2016).

Détresse psychologique vécue par les mères

La détresse psychologique vécue par les mères au cours du troisième trimestre de la grossesse a été évaluée par le biais de trois questionnaires mesurant les symptômes dépressifs, les symptômes de stress post-traumatiques ainsi que les traits de personnalité pathologiques. La détresse psychologique au cours du troisième trimestre de la grossesse

a été identifiée comme une variable confondante potentielle vue son association avec les états d'esprit hostiles-impuissants (Barone et al., 2014; Brumariu et al., 2013; Finger et al., 2015; Lyons-Ruth et al., 2007).

Symptômes dépressifs (T2)

La *Edinburg Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Cox et al., 1987) a été complétée par les participantes (voir Appendice H). Ce questionnaire autorapporté mesure les symptômes dépressifs vécus dans les 7 jours précédant la complétion du questionnaire à partir de 10 items évalués à l'aide d'une échelle en 4 points. L'étendue des scores pouvant être obtenus au questionnaire varie entre 0 et 30. Le seuil critique, correspondant à un score total égal ou supérieur à 15, indique un risque d'épisode dépressif majeur. Un processus de validation convergente réalisé auprès de 84 mères montre que cet outil est sensible et spécifique pour dépister les changements de sévérité de la dépression (Cox et al., 1987). Bien que son titre réfère à la période post-partum, cet instrument est fréquemment utilisé et est adéquat pour mesurer les symptômes dépressifs chez les femmes enceintes (Levis et al., 2020). L'indice de cohérence interne de l'instrument obtenu est satisfaisant ($\alpha = 0,84$). Le score total de l'instrument a été utilisé pour cette étude.

Symptômes de stress post-traumatique (T2)

Les symptômes de stress post-traumatique ont été mesurés à l'aide du *PTSD Checklist for DSM-5* (PCL-5) (Ashbaugh et al., 2016; Wilkins et al., 2011) (voir Appendice I). Ce

questionnaire comporte 20 items évalués à l'aide d'une échelle de Likert en cinq points allant de *pas du tout* (0) à *très souvent* (4). Les scores obtenus à ce questionnaire peuvent varier entre 0 et 80. Un score total supérieur ou égal à 33 indique la présence possible d'un trouble de stress post-traumatique. Le questionnaire a démontré une validité convergente, une stabilité temporelle, une fidélité test-retest et une cohérence interne satisfaisante (Wilkins et al., 2011). L'instrument présente un bon indice de cohérence interne ($\alpha = 0,94$) dans le cadre de la présente étude, pour laquelle le score total a été utilisé.

Traits de personnalité pathologiques (T2)

Le *Personality Diagnostic Questionnaire for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), fourth edition, revised (PDQ-4+) (Hyler, 1994) a été utilisé pour mesurer la présence de certains traits de personnalité des participantes (voir Appendice J). Cet instrument inclut 99 items avec un choix de réponse dichotomique : 1 (vrai) ou 0 (faux). L'étendue du score total de ce questionnaire varie entre 0 et 99. Un score total égal ou supérieur à 28 correspond au seuil clinique pour le trouble de la personnalité. Ce questionnaire autorapporté comprend 11 sous-échelles qui réfèrent à différents troubles de la personnalité (limite, antisocial, histrionique, narcissique, obsessionnel-compulsif, évitant, dépendant, schizoïde, paranoïaque, schizotypique et passif-agressif). La validité de construit discriminante de ce questionnaire a été démontrée dans un contexte de recherche seulement, et comme ce questionnaire n'est pas utilisé à des fins diagnostiques et plutôt dans un cadre de recherche, il est adéquat pour l'étude

(Fossati et al., 1998). Le score total a été employé dans les analyses. La consistance interne de l'instrument est satisfaisante dans le cadre de l'étude ($\alpha = 0,92$).

Résultats

Cette section de l'essai présente les résultats obtenus en vue d'évaluer l'effet médiateur des états d'esprit hostiles-impuissants dans la relation entre la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et le tempérament de leur enfant.

Stratégies d'analyses

Le logiciel SPSS (version 29) a été utilisé pour réaliser les analyses descriptives et de médiation. Un test de puissance à priori a été réalisé avant de réaliser les analyses statistiques. En utilisant un alpha de 0,05, une puissance de 0,80 et une taille d'effet petite à modérée, il a été estimé que l'inclusion de 64 participantes dans l'échantillon était nécessaire afin d'obtenir une puissance suffisante. L'extension Process (version 4.2; Hayes, 2022) a été utilisée pour réaliser les analyses de médiation. Les effets indirects ont été évalués par le biais d'intervalles de confiance à 95 % corrigés par un rééchantillonnage de 5000 répétitions où la présence de la valeur 0 dans l'intervalle de confiance révélait l'absence de médiation.

Dans un premier temps, les statistiques descriptives de l'échantillon ont été examinées afin de vérifier la normalité de la distribution des variables, de détecter la présence d'éventuelles valeurs aberrantes et de traiter les données manquantes. Les statistiques descriptives ont confirmé la normalité de la distribution des variables et l'absence de données aberrantes. Ensuite, des analyses de corrélation ont été réalisées pour vérifier les

liens entre la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants et les trois dimensions du tempérament des enfants avec les variables confondantes potentielles (revenu personnel annuel, niveau de scolarité et détresse psychologique) dans le but de déterminer si des co-variables devaient être considérées dans les modèles proposés. Ces analyses de corrélation ont également permis de vérifier les trois premières hypothèses de l'étude, c'est-à-dire d'évaluer la présence d'une association significative entre : (1) la sévérité de la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et les trois dimensions tempéramentales des enfants; (2) la sévérité des antécédents maternels de maltraitance et la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants; et (3) la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants des mères et les trois dimensions du tempérament des enfants. Ensuite, des analyses de médiation ont été réalisées afin d'évaluer l'existence d'un effet médiateur de la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants advenant un lien entre la sévérité de la maltraitance vécue par les mères et les trois dimensions du tempérament des enfants, en contrôlant pour les variables confondantes identifiées préalablement.

Statistiques descriptives

Les données descriptives concernant les variables de maltraitance vécue par les mères, les états d'esprit hostiles-impuissants et les trois dimensions du tempérament des enfants sont présentées dans le Tableau 2.

Tableau 2

Statistiques descriptives de la maltraitance vécue par les mères, de la sévérité de leurs états d'esprit hostiles-impuissants et des trois variables tempéramentales des enfants

Variable mesurée	<i>M (ÉT)</i>	Participant·es présentant un niveau clinique <i>n (%)</i>	Étendue
Abus émotionnel	7,65 (2,98)	13 (21)	5-18
Abus physique	5,73 (2,34)	6 (9,70)	5-17
Abus sexuel	5,92 (3,44)	4 (6,50)	5-25
Négligence émotionnelle	8,60 (3,86)	6 (9,70)	5-23
Négligence physique	6,23 (2,11)	11 (17,70)	5-15
Sévérité de la maltraitance	34,11 (11,11)	21 (33,90)	25-81
États d'esprit hostiles-impuissants	3,87 (1,85)	19 (30,60)	1-8
Extraversion	5,03 (0,68)	N/A	3,31-6,40
Affectivité négative	3,27 (0,83)	N/A	1,56-5
Orientation/ régulation	4,88 (0,76)	N/A	2,67-6,33

Parmi les 62 participant·es à l'étude, 21 femmes (33,90 %) ont rencontré le seuil clinique d'au moins une forme de maltraitance durant l'enfance. Treize participant·es ont rapporté avoir subi un seul type de maltraitance et huit femmes présentaient le seuil clinique pour deux formes de maltraitance et plus. L'abus émotionnel et la négligence physique sont les types de maltraitance les plus fréquemment rapportés par les mères de l'échantillon. La présence d'états d'esprit hostiles-impuissants a été observée chez 19 participant·es (30,60 %) de l'échantillon. Parmi ces femmes, six présentent des états d'esprit hostiles, sept des états d'esprit impuissants et six des états d'esprit mixtes.

Analyses préliminaires

Les résultats des analyses de corrélation effectuées pour examiner les liens entre de possibles variables confondantes (caractéristiques sociodémographiques et détresse psychologique maternelle), la sévérité de la maltraitance vécue, les états d'esprit hostiles-impuissants et les dimensions du tempérament des enfants sont présentés dans le Tableau 3.

Les analyses ne révèlent aucune relation significative entre les co-variables potentielles et les dimensions du tempérament. Une association significative a toutefois été observée entre la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants des mères et leur niveau d'éducation, leur revenu personnel et les trois variables mesurant leur détresse psychologique (symptômes dépressifs, symptômes de stress post-traumatiques et traits de personnalité pathologiques). Ces variables ont donc été considérées comme des variables confondantes dans les analyses testant les effets directs et indirects suggérés. Compte tenu des corrélations significatives modérées entre les variables de détresse psychologique, une analyse factorielle avec une rotation Varimax a été réalisée dans le but de réduire le nombre de variables à ajouter dans les modèles. Une structure factorielle à un facteur de détresse psychologique a été obtenue (voir Tableau 4).

Tableau 3

Corrélations entre la sévérité de la maltraitance vécue par les mères, la sévérité de leurs états d'esprit hostiles-impuissants, les dimensions tempéramentales des enfants et les variables confondantes potentielles

Variable	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Scolarité	0,59**	-0,02	-0,15	-0,50**	-0,33**	-0,45**	-0,18	0,11	0,05
2. Revenu		0,13	-0,14	-0,29*	-0,31*	-0,40**	-0,12	-0,02	0,15
3. EPDS			0,66**	0,46**	0,32*	0,27*	-0,25	-0,09	-0,01
4. PCL				0,58**	0,55**	0,30*	-0,05	-0,07	0,08
5. PDQ					0,63**	0,60**	-0,04	0,12	0,03
6. CTQ						0,57**	-0,04	0,01	-0,00
7. H-I							-0,14	0,06	-0,11
8. Extraversion								0,22	0,32*
9. Affectivité négative									0,21
10. Orientation/ régulation									

Note. Scolarité : niveau de scolarité; Revenu : revenu personnel annuel; EPDS : symptômes dépressifs; PCL : symptômes de stress post-traumatique; PDQ : traits de personnalité pathologiques; CTQ : sévérité de la maltraitance vécue; H-I : sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Tableau 4

Saturation factorielle des trois mesures de détresse psychologique pour le facteur extrait de l'analyse factorielle avec rotation Varimax (N = 62)

Mesure	Facteur 1 ^a Détresse psychologique
EPDS (symptômes dépressifs)	0,84
PDQ (traits de personnalité pathologiques)	0,79
PCL-5 (symptômes de stress post-traumatique)	0,90

Note. EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale; PDQ = Personality Diagnostic Questionnaire for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), fourth edition, revised; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5.

^a Le facteur extrait explique 71,19 % de la variance totale.

Une variable de risque sociodémographique a été créée dans le même but. Un score de risque sociodémographique, qui varie entre 0 et 2, a été obtenu en additionnant le score dichotomique (présence/ absence) de deux facteurs de risque : gagner un revenu personnel annuel inférieur à 25 000 \$ et ne pas avoir obtenu son diplôme d'études secondaires. Le revenu annuel et le niveau de scolarité ont été sélectionnés pour créer ce score, car ils ont été identifiés comme des éléments pouvant potentiellement influencer la parentalité et le développement des enfants (Moore et al., 2006). Le seuil de moins de 25 000 \$ de revenu personnel annuel a été retenu, puisqu'il concorde avec le seuil de faible revenu reconnu pour la région de provenance des participantes (Mauricie et Centre-du-Québec) et l'année de référence (2018) qui était de 22 186 \$ avant imposition (Statistique Canada, 2023).

Liens entre la maltraitance vécue par les mères durant l'enfance, les états d'esprit hostiles-impuissants et le tempérament

Comme mentionné précédemment, les corrélations obtenues entre les différentes variables à l'étude sont présentées dans le Tableau 3. Les résultats indiquent que plus grande est la sévérité de la maltraitance vécue par les mères, plus grande est la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants. Aucun lien significatif n'a été obtenu entre la sévérité de la maltraitance qu'elles ont vécue et les trois dimensions tempéramentales chez les enfants. De même, les associations entre la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants et les trois dimensions du tempérament des enfants ne sont pas significatives.

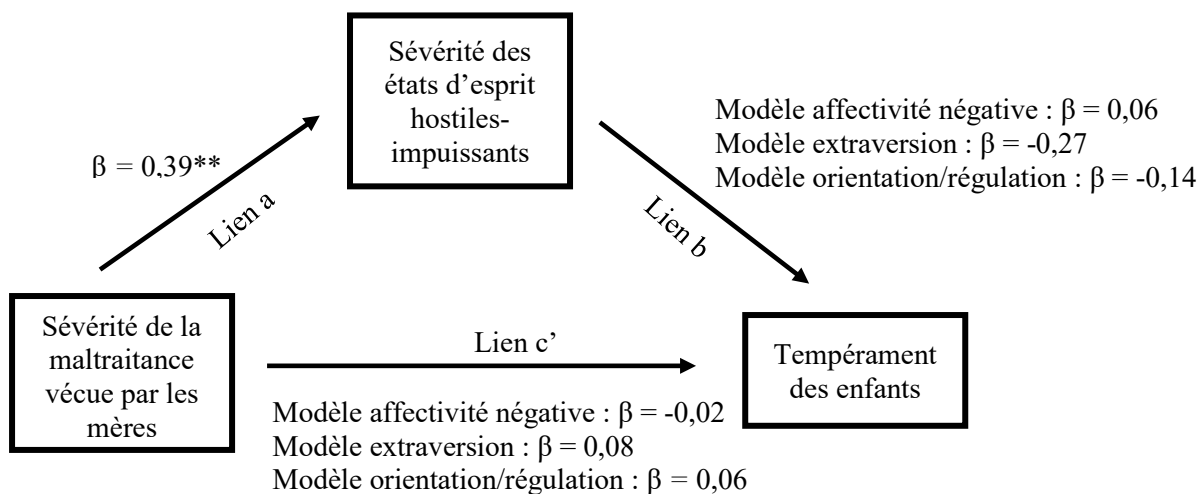
Effets indirects du vécu de maltraitance maternel sur le tempérament de l'enfant par le biais des états d'esprit hostiles-impuissants

Des analyses ont été réalisées avec la commande macro Process (Hayes, 2022) pour évaluer les effets directs et indirects de la sévérité de la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères sur chacune des dimensions tempéramentales des enfants, via la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants (voir Figure 2). Ces analyses ont été réalisées en contrôlant pour les facteurs de risque sociodémographiques et de détresse psychologique. Chacun des modèles testés révèle un effet direct significatif entre la sévérité de la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants (lien a) : ($b = 0,06$, 95% IC [0,02, 0,11], $t = 3,00$, $p = 0,004$). De plus, les analyses suggèrent que 32,70% de la variance de la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants est expliquée par la sévérité des antécédents maternels de mauvais traitements. Des résultats non significatifs ont été observés entre le niveau de sévérité des

états d'esprit hostiles-impuissants et les différentes variables tempéramentales (lien b), pour l'affectivité négative, ($b = 0,03$, 95% IC $[-0,13, 0,18]$, $t = -0,36$, $p = 0,72$), l'extraversion ($b = -0,11$, 95% IC $[-0,23, 0,02]$, $t = -1,72$, $p = 0,09$), et l'orientation/régulation ($b = -0,06$, 95% IC $[-0,19, 0,08]$, $t = -0,81$, $p = 0,42$). Finalement, la sévérité de la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères ne prédit pas les dimensions du tempérament des enfants, que ce soit directement ou indirectement, via la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants (lien c'), tant pour ce qui est l'affectivité négative, ($b = 0,00$, 95% IC $[-0,02, 0,03]$, $t = 0,05$, $p = 0,96$), de l'extraversion ($b = -0,00$, 95% IC $[-0,02, 0,02]$, $t = -0,14$, $p = 0,89$) que de l'orientation/régulation, ($b = 0,00$, 95% IC $[-0,02, 0,02]$, $t = 0,06$, $p = 0,96$).

Figure 2

Résultats des modèles d'effets directs et indirects testés entre la sévérité de la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et le tempérament de leur enfant via la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants



Note. Les variables confondantes ont été contrôlées dans les analyses. Les nombres présentés correspondent aux coefficients standardisés. $** p < 0,01$.

Analyses supplémentaires

Étant donné l'absence de résultats significatifs d'effets directs et indirects de la maltraitance vécue par les mères sur le tempérament, des analyses supplémentaires ont été réalisées en vérifiant si une conceptualisation différente de la sévérité de la maltraitance à laquelle elles ont été exposées pouvait permettre de prédire les dimensions du tempérament des enfants. D'abord, la somme des types de maltraitance vécue durant l'enfance par les mères a été utilisée comme variable prédictive (score variant entre 0 et 5). Les mêmes co-variables ont été incluses dans les modèles dans le cadre de ces analyses

supplémentaires. Les résultats sont similaires aux résultats initiaux et aucun lien direct ou indirect significatif n'a été obtenu entre l'historique de maltraitance des mères (nombre de formes différentes de maltraitance vécues) et les trois dimensions du tempérament des enfants. Ces modèles ont également été testés en coupant l'échantillon en deux en fonction de l'âge des enfants et en distinguant selon que les données ont été obtenues à partir de l'une ou l'autre des versions du questionnaire sur le tempérament (le *Infant Behavior Questionnaire-R* [utilisé pour les enfants de moins de 18 mois; $n = 42$] ou le *Early Childhood Behavior Questionnaire* [utilisé pour les enfants de 18 à 36 mois; $n = 20$]), plutôt qu'en combinant les données de tous les enfants au sein des mêmes modèles. Les résultats obtenus demeurent non significatifs pour ce qui est de la prédiction des dimensions du tempérament des enfants par la sévérité de la maltraitance vécue par les mères.

Discussion

La présente étude s'est intéressée à la transmission intergénérationnelle du risque associé à la maltraitance. L'objectif était de tester des modèles d'effets directs et indirects afin d'évaluer le rôle médiateur potentiel de la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants dans le lien entre la sévérité de la maltraitance vécue par les mères et les trois dimensions du tempérament des enfants. À notre connaissance, il s'agissait de la première étude à s'intéresser à l'effet de la maltraitance vécue par les mères sur le tempérament de l'enfant, via les états d'esprit hostiles-impuissants. Ces derniers ont été identifiés comme un mécanisme de transmission intergénérationnelle potentiel étant donné que le lien entre la désorganisation de l'attachement à l'âge adulte chez des mères et la manifestation de difficultés socioémotionnelles chez les enfants a été documenté dans les écrits (Finger, 2006; Lyons-Ruth et al., 2005; Sauvé et al., 2021). De plus, l'intérêt d'examiner le rôle potentiel des  tats d'esprit hostiles-impuissants dans la transmission du risque lié aux mauvais traitements repose sur le fait qu'ils peuvent être mesurés avant même la naissance de l'enfant, et ainsi faire l'objet d'interventions préventives (Frigerio et al., 2013; Turgeon et al., 2022). Par ailleurs, le tempérament peut être mesuré précocement et représente un facteur prédictif du développement de certaines difficultés chez les enfants (Bouvette-Turcot et al., 2015; Bruder-Costello et al., 2007; Jonas & Kochanska, 2018; Kochanska & Knack, 2003) ou de facteurs de protection (Wilson et al., 2021). De le considérer dans un modèle de transmission intergénérationnelle ouvre des perspectives pour des interventions familiales préventives en favorisant l'arrimage entre les tendances

tempéramentales de l'enfant et la manière dont l'environnement peut répondre à ses besoins (Cappella et al., 2015). Finalement, cette étude ajoute aux écrits existants, puisqu'elle est parmi les seules à s'être intéressée aux états d'esprit hostiles-impuissants auprès de mères issues de la population générale et présentant peu de facteurs de risque sur le plan socioéconomique (Turgeon et al., 2022). Le tiers des participantes de l'étude ont rapporté avoir vécu une ou plusieurs formes d'abus ou de négligence à l'enfance. Cette proportion correspond aux données de prévalence retrouvées dans les études menées auprès d'échantillons représentatifs de la population québécoise et portant sur la maltraitance vécue avant l'âge de 18 ans (Tourigny et al., 2008), ce qui indique que l'échantillon ne provient pas d'une population particulièrement à risque sur le plan des antécédents de maltraitance.

Malgré la pertinence scientifique et sociale de l'étude, les modèles d'effets directs et indirects proposés n'ont pas obtenu d'appui empirique. Aucun lien significatif n'a été observé entre la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et le tempérament des enfants, ainsi qu'entre les états d'esprit hostiles-impuissants de ces mères et le tempérament des enfants. Toutefois, une association positive significative a été observée entre la sévérité de la maltraitance vécue et la sévérité des états d'esprit.

Maltraitance à l'enfance et états d'esprit hostiles-impuissants

Les résultats montrent un lien significatif entre la sévérité de la maltraitance vécue par les mères et la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants, confirmant ainsi

l'hypothèse proposée. Plus les mères rapportent avoir vécu un niveau de maltraitance sévère, plus elles présentent des états d'esprit hostiles-impuissants. Ce résultat corrobore ceux d'études réalisées auprès de mères maltraitantes ou à haut risque de maltraiter leur enfant (Milot et al., 2014; Sauvé et al., 2021) et auprès de jeunes adultes issus de famille à faible revenu (Turgeon et al., 2023). Ces études ont rapporté des associations significatives faibles et modérées entre ces deux variables. La force du lien entre les mauvais traitements à l'enfance et la présence d'états d'esprit hostiles-impuissants est de taille modérée chez les mères de la présente étude, ce qui est comparable à lorsqu'elle est mesurée chez des mères qui font face à un éventail de conditions socioéconomiques défavorables. Les résultats montrent par ailleurs que ce lien demeure significatif même lorsque le niveau de scolarité, le revenu personnel et la détresse psychologique sont pris en compte. Ceci suggère que les difficultés des mères à réfléchir et à discuter de façon cohérente de leurs relations d'attachement précoces est une condition pouvant être robustement associée à des antécédents de mauvais traitements durant l'enfance, au-delà d'un facteur environnemental (revenu) potentiellement stressant auquel elles sont exposées durant leur grossesse et de leur condition psychologique au cours de celle-ci. De plus, malgré qu'une association modérée ait été trouvée entre les états d'esprit hostiles-impuissants et le niveau de scolarité des mères, les incohérences et la désorganisation dans leur discours ne peuvent s'expliquer entièrement par un parcours scolaire moins favorable au développement de la littératie et de la pensée abstraite, puisque l'association avec la maltraitance vécue durant l'enfance demeure significative lorsque l'éducation est prise en compte dans les modèles testés. Les résultats suggèrent que près de la moitié de la variance

observée des états d'esprit hostiles-impuissants s'explique par le niveau de sévérité des antécédents de maltraitance des mères. Comme la maltraitance durant l'enfance implique que les personnes qui ont pris soin de l'enfant aient failli à leur rôle de protection, il n'est pas surprenant de constater que ce type d'expérience ait une contribution unique et appuyée à la désorganisation de l'attachement à l'âge adulte. L'ensemble des conséquences délétères pouvant être observées chez les adultes présentant des états d'esprit hostiles-impuissants (Brumariu et al., 2013; Byun et al., 2016; Lyons-Ruth et al., 2007) et chez leur enfant (Barone et al., 2014; Frigerio et al., 2013; Sauvé et al., 2021; Terry et al., 2020) illustre l'importance de prévenir l'émergence de la désorganisation de l'attachement à l'âge adulte.

On observe que 30,60% des participantes de l'échantillon sont considérées comme présentant des états d'esprit hostiles-impuissants, ce qui indique que près du tiers des mères de l'échantillon s'est identifié à une figure hostile ou impuissante et présente des difficultés d'intégration des expériences vécues durant l'enfance. Une telle prévalence d'états d'esprit hostiles-impuissants provenant d'un échantillon présentant peu de facteurs de risque souligne l'importance, pour les cliniciens, d'être attentifs aux indicateurs de désorganisation de l'attachement chez les femmes enceintes, peu importe leurs caractéristiques sociodémographiques (Turgeon et al., 2022). Cette prévalence est d'ailleurs plus importante que celle observée (9 %) par Frigerio et ses collaborateurs (2013) chez des femmes favorisées sur le plan socioéconomique (majoritairement mariées, niveau d'éducation supérieur, classe socioéconomique moyenne élevée) et est

inférieure aux proportions observées (variant entre 51 et 65 %) dans les études provenant d'échantillons à risque (p. ex., Barone et al., 2014; Finger et al., 2015; Milot et al., 2014). Ainsi, les résultats de la présente étude ajoutent à ceux obtenus dans ces études en permettant d'observer que la désorganisation de l'attachement peut être fréquemment observée même auprès d'un échantillon peu à risque, sans toutefois être considéré comme étant de classe moyenne élevée.

Maltraitance des mères et le tempérament de leur enfant

Contrairement à l'hypothèse initiale qui proposait que la sévérité de la maltraitance serait liée à l'affectivité négative, à l'extraversion et à l'orientation/ régulation chez les enfants, la sévérité de la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères n'est associée à aucune des trois dimensions du tempérament des enfants. Des enjeux statistiques peuvent peut-être expliquer ces résultats. D'abord, de faibles écarts-types ont été observés pour chacune des variables tempéramentales. Ces écarts-types se situent entre 0,68 et 0,83 indiquant la présence d'une faible variance sur le plan des dimensions du tempérament des enfants pour l'ensemble de l'échantillon. Les enfants se différencient donc peu sur le plan de leur tempérament, ce qui a pu nuire à la détection d'une association significative avec les variables mesurées auprès des mères. De plus, il est possible de croire que la taille réduite de l'échantillon a nui à la détection d'une association entre ces variables. En effet, les analyses de puissance a priori ont démontré que l'inclusion de 64 participantes dans l'échantillon était nécessaire afin d'obtenir une puissance suffisante, alors que 62 participantes ont pu être incluses dans l'échantillon final en raison de l'attrition. La

réplication de l'étude avec une plus grande taille d'échantillon pourrait permettre d'obtenir des résultats différents concernant les liens entre les antécédents maternels de maltraitance et les dimensions du tempérament de l'enfant.

Une des hypothèses initiales proposait qu'un niveau de sévérité plus élevé de maltraitance chez les mères serait associé à de faibles capacités d'orientation/ régulation chez les enfants. À notre connaissance, aucune étude n'a trouvé un lien significatif entre la maltraitance vécue durant l'enfance et cette dimension tempéramentale. Il est possible que cette dimension soit davantage influencée biologiquement et qu'elle soit moins influencée par les expériences vécues. Ceci est suggéré par Kochanska (1997), qui souligne que des changements substantiels liés à un processus normal de maturation des régions du cerveau associées à l'orientation et la régulation se produisent jusqu'à l'âge préscolaire.

Concernant la dimension tempéramentale de l'extraversion, bien que cette dernière soit associée au plaisir et à la sociabilité chez les enfants, elle s'observe également par la présence d'impulsivité et de recherche d'attention chez ces derniers (Foss et al., 2022; McDonald et al., 2019). Cette dimension est donc fréquemment considérée comme une caractéristique négative du tempérament et a été associée significativement et positivement à la maltraitance vécue par les mères dans les écrits (Foss et al., 2022; McDonald et al., 2019). Foss et ses collaborateurs, qui se sont intéressés à l'ensemble des expériences difficiles vécues au cours de la vie de la mère, émettent l'hypothèse que les

enfants nés de mères ayant vécu ce genre d'expériences puissent être plus « réactifs émotionnellement » de façon générale. Les résultats de notre étude ne corroborent pas les résultats obtenus dans le cadre des études de Foss et ses collaborateurs (2022) et de McDonald et ses collaborateurs (2019). Il est possible que la petite taille de notre échantillon et la faible variance observée sur la dimension de l'extraversion aient pu limiter la capacité d'observer un lien entre les expériences de maltraitance de la mère et cette dimension tempéramentale.

Enfin, nous avons émis l'hypothèse que la sévérité de la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères serait associée positivement à l'affectivité négative des enfants. Cette hypothèse n'a pas été confirmée dans le cadre de cette étude. L'affectivité négative correspond à la dimension qui est davantage étudiée dans les écrits scientifiques qui portent sur le lien entre la maltraitance et le tempérament. Toutefois, des résultats mitigés sont observés dans les différentes études. Par exemple, Lang et ses collaborateurs (2010) ont démontré que l'abus physique rapporté par les mères est associé positivement aux affects négatifs des enfants, alors que l'abus émotionnel est associé négativement à la présence d'affects négatifs chez les enfants, et ce, auprès du même échantillon de femmes provenant de la population générale. Les auteurs émettent l'hypothèse que ces différences entre les résultats observés pourraient s'expliquer par des trajectoires de risque distinctes en fonction de la forme de mauvais traitement mesurée et de la dimension tempéramentale étudiée. Dans le même ordre d'idées, dans leur étude portant sur la colère et la résistance de l'enfant envers la mère, Lyons-Ruth et Block (1996) présentent des résultats différents

en fonction de la conceptualisation de la maltraitance dans les analyses. Une association positive entre l'abus physique vécu par les mères et la colère et la résistance a été démontrée, alors qu'aucun lien n'a été observé entre ces manifestations chez l'enfant et l'abus sexuel de la mère. Par ailleurs, lorsque les auteures ont considéré la maltraitance dans son ensemble, plutôt que des formes spécifiques de maltraitance, aucun lien n'a été observé entre la maltraitance et la colère et la résistance des enfants. Les auteures ont identifié des modes d'adaptation (position hostile ou position de retrait) chez les parents en lien avec les formes d'abus vécus durant l'enfance et ont soulevé l'hypothèse que ces modes pourraient exercer une influence sur l'émergence de la colère et de la résistance chez les enfants. D'autres auteurs ont pour leur part démontré un lien entre la maltraitance vécue par les mères et certaines sous-dimensions de l'affectivité négative (détresse aux limitations et peur) des enfants, mais pas avec la dimension de l'affectivité négative lorsqu'elle est considérée dans son ensemble comme un seul facteur (Bosquet Enlow et al., 2017). Les auteurs émettent l'hypothèse que l'association entre la maltraitance vécue durant l'enfance et les différentes facettes de la dimension tempéramentale de l'affectivité négative est possiblement influencée différemment par certains facteurs de risque périnataux.

Dans l'ensemble, les écrits scientifiques portant sur l'association entre la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et le tempérament de leur enfant présentent des résultats divergents en fonction de la conceptualisation de la maltraitance utilisée (sévérité de la maltraitance de façon générale [Lyons-Ruth & Block, 1996] versus des formes

spécifiques [Bosquet Enlow et al., 2017; Lang et al., 2010, Lyons-Ruth & Block, 1996]), de la dimension tempéramentale étudiée (Bosquet Enlow et al., 2017; Bouvette-Turcot et al., 2020; Lang et al., 2010), de la méthode de collecte d'informations pour les dimensions tempéramentales (questionnaire rempli par les parents [Lang et al., 2010] versus une mesure objective à partir d'une séance d'interaction mère-enfant [Lyons-Ruth & Block, 1996]) et de la population étudiée (échantillon provenant de la population générale [Lang et al., 2010] versus une population présentant des facteurs de risque [Lyons-Ruth & Block, 1996]). Comme les résultats obtenus diffèrent en fonction de ces paramètres, il semble difficile de généraliser les résultats et d'établir des conclusions claires sur l'association entre la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et le tempérament de leur enfant. À la lumière de ce constat, d'autres études doivent être menées pour permettre de mieux saisir sous quelles conditions les antécédents de maltraitance des mères peuvent être liés au tempérament de leurs enfants.

États d'esprit hostiles-impuissants et tempérament

Nous avons émis l'hypothèse que le fait de se développer auprès d'une mère présentant des états d'esprit hostiles-impuissants pouvait exercer une influence sur l'expérience des enfants, et ainsi, affecter le développement de leur tempérament. La désorganisation de l'attachement chez les mères se manifeste par différents comportements maternels susceptibles d'entraîner des répercussions chez les enfants. Notons par exemple l'association entre les états d'esprit hostiles-impuissants et les comportements maternels atypiques, tels que l'intrusion, la négativité, la désorientation,

la confusion de rôle et les erreurs de communication affective qui a été démontrée (Finger, 2006; Honde, 2007). En ce sens, nous avons supposé la présence d'une association entre les états d'esprit hostiles-impuissants des mères et le tempérament de l'enfant. Toutefois, les résultats obtenus dans le cadre de cette étude ne permettent pas de confirmer cette hypothèse.

L'interprétation des résultats de notre étude peut être faite en regard des autres études réalisées sur la transmission intergénérationnelle du risque associé aux états d'esprit des mères. À ce sujet, Finger (2006) a montré que les états d'esprit hostiles-impuissants des mères prédisent l'attachement désorganisé de leur enfant âgé d'environ 15 mois. Les résultats de notre étude ne permettent pas d'identifier le tempérament des enfants comme une répercussion des états d'esprit hostiles-impuissants des mères. Il est possible que l'absence de résultat significatif s'explique par le fait que le tempérament est une caractéristique propre à l'enfant et est relativement stable dans le temps, bien que ses bases biologiques puissent être influencées par les expériences vécues. Ainsi, on peut supposer qu'il est plus difficile de détecter un lien entre les états d'esprit hostiles-impuissants de la mère et le tempérament, puisque cette caractéristique de l'enfant est liée de façon moins étroite aux interactions avec la mère, comparativement à l'attachement des enfants qui est directement influencé par les interactions avec ses figures d'attachement.

Ensuite, il est possible qu'une sévérité plus importante des états d'esprit hostiles-impuissants soit nécessaire pour que ces derniers influencent les comportements des mères

et qu'ensuite, des répercussions s'observent chez les enfants. Par exemple, dans l'étude de Finger (2006), la moyenne du score de sévérité des états d'esprit des mères était de 4,91 pour le groupe de mères suivant un traitement pour la méthadone et de 4,32 pour le groupe contrôle. Dans l'étude réalisée par Sauvé et ses collaborateurs (2021) portant sur l'association entre les états d'esprit-hostiles-impuissants des mères suivies dans le cadre des services de la protection de la jeunesse ou étant à haut risque de maltraiter leur enfant, et les comportements intériorisés et extériorisés des enfants, le score moyen des états d'esprit hostiles-impuissants était de 5,36. Dans le cadre de notre étude, le niveau de sévérité moyen est de 3,87. Ainsi, deux distinctions importantes entre ces études et la présente étude, où aucun lien n'a été observé entre les états d'esprit hostiles-impuissants et les dimensions tempéramentales, sont la présence d'un niveau de sévérité inférieur des états d'esprit hostiles-impuissants et le fait que l'échantillon soit issu de la population générale, et donc, qu'elle présente peu de facteurs de risque.

Finalement, il est possible que l'absence de lien significatif entre ces variables soit due aux petits écarts-types observés pour les données tempéramentales ainsi qu'à la taille réduite de l'échantillon dans les analyses, tel que suggéré pour expliquer l'absence de lien entre la maltraitance des mères et le tempérament de l'enfant.

Contributions et limites

Il importe en terminant de souligner les contributions de l'étude, qui est la première à examiner si les états d'esprit hostiles-impuissants agissent comme une variable

permettant d'expliquer l'association entre la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et le tempérament des enfants. L'utilisation de deux méthodes de collecte de données, soit des questionnaires autorapportés et une entrevue, ainsi que le devis longitudinal sont deux forces de l'étude. Ensuite, la réalisation de cette étude avec des participantes provenant de la population générale et auprès de femmes présentant peu de facteurs de risque est un apport notable étant donné que la majorité des études portant sur les états d'esprit hostiles-impuissants ont été réalisées auprès d'échantillons de femmes présentant plusieurs facteurs de risque. L'association observée entre la maltraitance vécue par les mères et les états d'esprit hostiles-impuissants auprès de l'échantillon souligne l'importance, pour les cliniciens, d'être attentif aux manifestations de la désorganisation de l'attachement à l'âge adulte auprès de l'ensemble de la population.

Certaines limites doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats de l'étude. Une première limite est l'attrition de 40 participantes entre le T2 (évaluation durant la grossesse des états d'esprit hostiles-impuissants et de la détresse psychologique des mères) et le T3 (évaluation du tempérament de l'enfant entre 10 et 36 mois post-partum). Bien que les femmes qui ne se retrouvent pas dans l'échantillon final ne diffèrent pas des participantes qui ont complété l'ensemble des mesures sur le plan de la sévérité de la maltraitance vécue, l'attrition demeure une limite de l'étude car elle a mené à une taille d'échantillon réduite. Une seconde limite est l'utilisation de deux versions différentes du questionnaire pour évaluer le tempérament des enfants. Ces limites sont susceptibles d'avoir nui à la capacité de détecter des liens entre les variables à l'étude

et demeurent des éléments à considérer lors d'études subséquentes visant à investiguer les effets potentiels de variables prénatales sur les dimensions du tempérament. Une troisième limite est la mesure rétrospective de la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères à partir du *Childhood Trauma Questionnaire* (Bernstein & Fink, 1998). Ce questionnaire est fréquemment utilisé pour mesurer les expériences difficiles vécues durant l'enfance et il présente de bonnes qualités psychométriques. Toutefois, l'utilisation d'un questionnaire autorapporté rétrospectif peut entraîner une surestimation ou une sous-estimation de la sévérité de la maltraitance vécue et ainsi, limiter la généralisation des résultats. Afin de pallier cette limite, l'utilisation d'une mesure prospective de l'abus et de la négligence vécus au cours de l'enfance par les mères serait à considérer dans les futures études (Byun et al., 2016).

Conclusion

La maltraitance vécue durant l'enfance est associée à diverses conséquences, non seulement pour les adultes qui ont été exposés à ces expériences d'abus et de négligence, mais également pour les enfants de ces parents. Certains auteurs se sont penchés sur le lien entre la maltraitance vécue par les mères et les difficultés tempéramentales de leur enfant. Toutefois, les liens entre ces deux variables et les mécanismes associés ne sont pas encore bien saisis. C'est dans cette optique que la présente étude s'est intéressée à un nouveau mécanisme de transmission, celui de la désorganisation de l'attachement à l'âge adulte par le biais des états d'esprit hostiles-impuissants. À notre connaissance, notre étude était la première à s'intéresser à la transmission intergénérationnelle du risque associée à la maltraitance par le biais des états d'esprit hostiles-impuissants sur le tempérament des enfants. Un apport notable de la présente étude est le fait qu'elle ait été réalisée auprès d'un échantillon présentant peu de facteurs de risque.

Les résultats de cette étude ne permettent pas de conclure à la présence d'une association entre la sévérité de la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères et l'affectivité négative, l'extraversion et l'orientation/ régulation, trois dimensions tempéramentales des enfants âgés entre 10 et 36 mois. Les résultats obtenus ne démontrent pas non plus de lien entre la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants des mères et les trois dimensions tempéramentales des enfants. Cependant, une association positive significative a été observée entre la sévérité des antécédents de mauvais traitements des

mères et la sévérité de leurs états d'esprit hostiles-impuissants. Ce résultat ajoute aux écrits existants étant donné qu'il s'agit d'une des premières études à s'intéresser au lien entre ces deux variables auprès d'un échantillon provenant de la population générale et présentant peu de facteurs de risque. Ce résultat souligne l'importance, pour les cliniciens, d'être attentifs à la présence de désorganisation de l'attachement chez l'ensemble de la population. Bien que la présente étude ne permette pas de conclure que la sévérité des états d'esprit hostiles-impuissants des mères soit liée au tempérament de leur enfant, d'autres répercussions intergénérationnelles de ces états d'esprit ont été identifiées dans les écrits (Finger, 2006; Lyons-Ruth et al., 2005; Sauvé et al., 2021). Les interventions préventives chez les individus présentant des états d'esprit hostiles-impuissants pourraient permettre de prévenir l'émergence de répercussions sur les futures générations (Turgeon et al., 2022).

Par ailleurs, cet essai permet d'identifier des pistes de réflexion pour de futures études. D'abord, il serait pertinent d'étudier les modèles proposés par la présente étude auprès d'un plus large échantillon composé de mères d'une population à faible risque, afin d'examiner si une plus grande taille d'échantillon permettrait de détecter une contribution significative des variables prédictives dans l'explication de la variance des dimensions du tempérament de l'enfant. Ensuite, il serait pertinent de reproduire l'étude auprès de femmes présentant une sévérité d'états d'esprit hostiles-impuissants plus élevée afin de vérifier l'hypothèse selon laquelle cette plus grande sévérité de la désorganisation de l'attachement à l'âge adulte serait liée de façon significative au tempérament des enfants.

Ensuite, des changements dans la méthode de recrutement des participantes, notamment en proposant aux femmes de participer au projet de recherche lors de leur suivi de grossesse, pourraient permettre d'observer des résultats moins homogènes sur les variables d'intérêt, et possiblement détecter des associations entre les variables à l'étude. Finalement, il pourrait être pertinent de vérifier le rôle spécifique de chacune des formes de maltraitance sur les variables d'intérêt. Des études futures devraient pallier certaines limites, notamment en utilisant un même instrument mesurant le tempérament des enfants et en utilisant une mesure objective de la maltraitance vécue durant l'enfance par les mères.

Références

- Affifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., & Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Canadian Medical Association, 186*(9), E324-E332. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131792>
- Affifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M.W., MacMillan, H., & Sareen, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research, 45*(6), 814-822. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.008>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Erlbaum.
- Anderson, V., Northam, E., Hendy, J., & Wrennall, J. (2001). *Developmental Neuropsychology: A clinical approach*. Taylor & Francis, Inc.
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *PloS One, 11*(10), e0161645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>
- Atherton, O. E., Lawson, K. M., Ferrer, E., & Robins, R. W. (2020). The role of effortful control in the development of ADHD, ODD, and CD symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology: Personality Processes and Individual Differences, 118*(6), 1126-1246. <https://doi.org/10.1037/pspp0000243>
- Atzl, V. M., Narayan, A. J., Rivera, L. M., & Lieberman, A. F. (2019). Adverse childhood experiences and prenatal mental health: Type of ACEs and age of maltreatment onset. *Journal of Family Psychology, 33*(3), 304-314. <https://doi.org/10.1037/fam0000510>
- Barone, L., Bramate, A., Lionetti, F., & Pastore, M. (2014). Mothers who murdered their child: An attachment-based study on filicide. *Child Abuse & Neglect, 38*(9), 1468-1477. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.04.014>
- Belsky, J., & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. *Psychological bulletin, 135*, 885. <https://doi.org/10.1037/a0017376>
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report*. The Psychological Corporation

- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Bosquet Enlow, M., Devick, K. L., Brunst, K. J., Lipton, L. R., Coull, B. A., & Wright, R. J. (2017). Maternal lifetime trauma exposure, prenatal cortisol, and infant negative affectivity. *Infancy*, 22(4), 492-513. <https://doi.org/10.1111/inf.12176>
- Bosquet Enlow, M., Englund, M. M., & Egeland, B. (2018). Maternal childhood maltreatment history and child mental health: Mechanisms in intergenerational effects. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(suppl. 1), S47-S62. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1144189>
- Bouvette-Turcot, A.-A., Bernier, A., & Meaney, M. J. (2013). Intergenerational transmission of psychosocial risk: Maternal childhood adversity, mother-child attachment, and child temperament. *Psychologica Belgica*, 53(3), 65-83. <https://doi.org/10.5334/pb-53-3-65>
- Bouvette-Turcot, A.-A., Fleming, A. S., Unternaehrer, E., Gonzalez, A., Atkinson, L., Gaudreau, H., Steiner, M., & Meaney, M. J. (2020). Maternal symptoms of depression and sensitivity mediate the relation between maternal history of early adversity and her child temperament: The inheritance of circumstance. *Development and Psychopathology*, 32(2), 605-613. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000488>
- Bouvette-Turcot, A. A., Fleming, A. S., Wazana, A., Sokolowski, M. B., Gaudreau, H., Gonzalez, A., Deslauriers, J., Kennedy, J. L., Steiner, M., Meaney, M. J., & MAVAN Research Team. (2015). Maternal childhood adversity and child temperament: An association moderated by child 5-HTTLPR genotype. *Genes, Brain and Behavior*, 14(3), 229-237. <https://doi.org/10.1111/gbb.12205>
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss. Volume 1: Attachment* (2^e éd.). Basic Books.
- Bowlus, A., McKenna, K., Day, T., & Wright, D. (2003). *Coûts et conséquences économiques des sévices infligés aux enfants au Canada*. Rapport à la Commission du droit du Canada. <https://publications.gc.ca/site/eng/9.634297/publication.html>
- Bruder-Costello, B., Warner, V., Talati, A., Nomura, Y., Bruder, G., & Weissman, M. (2007). Temperament among offspring at high and low risk for depression. *Psychiatry Research*, 153(2), 145-151. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.02.013>

- Brumariu, L., Obsuth, I., & Lyons-Ruth, K. (2013). Quality of attachment relationships and peer relationship dysfunction among late adolescents with and without anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 116-124. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.09.002>
- Byun, S., Brumariu, L. E., & Lyons-Ruth, K. (2016). Disorganized attachment in young adulthood as a partial mediator of relations between severity of childhood abuse and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation, 17*(4), 460-479. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1141149>
- Cappella, E., O'Connor, E. E., McCormick, M. P., Turbeville, A. R., Collins, A. J., & McClowry, S. G. (2015). Classwide efficacy of INSIGHTS: Observed teacher practices and student behaviors in kindergarten and first grade. *The Elementary School Journal, 116*(2), 217-241 <https://doi.org/10.1086/683983>
- Choi, K. W., & Sikkema, K. J. (2016). Childhood maltreatment and perinatal mood and anxiety disorders: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse, 17*(5), 427-453. <https://doi.org/10.1177/1524838015584369>
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 8*, 597-600. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007318>
- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *The British Journal of Psychiatry, 150*(6), 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Cyr, C., Euser, E., 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. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990289>
- Davis, E. P., & Narayan, A. J. (2020). Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience for mothers and infants. *Development and Psychopathology, 32*(5), 1625-1639. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001121>
- Derryberry D., & Rothbart M. K. (1997). Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Development and Psychopathology, 9*(4), 633-652. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001375>
- Finger, B. (2006). *Exploring the intergenerational transmission of attachment disorganization*. Department of Psychology, University of Chicago, Chicago, IL.

- Finger, B., Byun, S., Melnick, S., & Lyons-Ruth, K. (2015). Hostile-Helpless states of mind mediate relations between childhood abuse severity and personality disorder features. *Translational Developmental Psychiatry, 3*, 1-11. <https://doi.org/10.3402/tdp.v3.28785>
- Foss, S., So, R. P., Petty, C. R., Waber, D. P., Wright, R. J., & Bosquet Enlow, M. (2022). Effects of maternal and child lifetime traumatic stress exposures, infant temperament, and caregiving quality on preschoolers' executive functioning. *Developmental Neuropsychology, 47*(7), 327-352. <https://doi.org/10.1080/87565641.2022.2147180>
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., Novella, L., & Ansoldi, M. (1998). Brief communication: Criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *Journal of Personality Disorders, 12*(2), 172-178. <https://doi.org/10.1521/pedi.1998.12.2.172>
- Frigerio, A., Costantino, E., Ceppi, E., & Barone, L. (2013). Adult attachment interviews of women from low-risk, poverty, and maltreatment risk samples: Comparisons between the hostile helpless and traditional AAI coding systems. *Attachment & Human Development, 15*(4), 424-442. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.797266>
- Gallo, E. A. G., Munhoz, T. N., Loret de Mola, C., & Murray, J. (2018). Gender differences in the effects of childhood maltreatment on adult depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect, 79*, 107-114. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.003>
- Garon-Bissonnette, J., Duguay, G., Lemieux, R., Dubois-Comtois, K., & Berthelot, N. (2021). Maternal childhood abuse and neglect predicts offspring development in early childhood: The roles of reflective functioning and child sex. *Child Abuse and Neglect, 128*, 105030. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105030>
- Gartstein, M. A., Putnam, S. P., & Rothbart, M. K. (2012). Etiology of preschool behavior problems: Contributions of temperament attributes in early childhood. *Infant Mental Health Journal, 33*(2), 197-211. <https://doi.org/10.1002/imhj.21312>
- Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the revised infant behavior questionnaire. *Infant Behavior and Development, 26*, 64-86. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(02\)00169-8](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(02)00169-8)
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The Berkeley Adult Attachment Interview*. [Manuscript non publié]. Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Goldman, J., Salus, M. K., Wolcott, D., & Kennedy, K. Y. (2003). A coordinated response to abuse and neglect: The foundation for practice (Child Abuse and Neglect User

- Manual Series). National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information. [https://popcenter.asu.edu/sites/default/files/problems/child_abuse/PDFs/Goldmanetal\(2003\).pdf](https://popcenter.asu.edu/sites/default/files/problems/child_abuse/PDFs/Goldmanetal(2003).pdf)
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach (Vol. 3)*. The Guilford Press.
- Honde, C. K. (2007). *The relation of atypical maternal behavior (“disrupted communication”) to maternal risk factors and infant attachment* [Thèse de doctorat inédite]. The University of Chicago.
- Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 102*, 104361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361>
- Hustedt, J. T., Hooper, A., Hallam, R. A., Vu, J. A., Han, M., & Ziegler, M. (2022). Child temperament as a moderator of promoting first relationships intervention effects among families in early head start. *Prevention Science, 1-10*. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01340-0>
- Hyler, S. E. (1994). *Personality Diagnostic Questionnaire-4 (PDQ-4)*. New York State Psychiatric Institute.
- Jonas, K., & Kochanska, G. (2018). An imbalance of approach and effortful control predicts externalizing problems: Support for extending the dual-systems model into early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology, 46*, 1573-1583. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0400-3>
- Keating, J., Bramham, J., McNicholas, F., Carr, A., Hasshim, N., & Downes, M. (2021). An exploration of sleep and family factors in young children at familial risk for ADHD. *Behavioral Sleep Medicine, 19*(6), 754-768. <https://doi.org/10.1080/15402002.2020.1862119>
- Kochanska, G. (1997). Multiple pathways to conscience for children with different temperaments: From toddlerhood to age 5. *Developmental Psychology, 33*(2), 228-240. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.2.228>
- Kochanska, G., & Knaack, A. (2003). Effortful control as a personality characteristic of young children: Antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Personality, 71*(6), 1087-1112. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.7106008>

- Kozlova, E. A., Slobodskaya, H. R., & Gartstein, M. A. (2020). Early temperament as a predictor of child mental health. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, 1493-1506. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00181-3>
- Laforest, J., Maurice, P., & Bouchard, L. M. (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante>
- Lang, A. J., Gartstein, M. A., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M. (2010). The impact of maternal childhood abuse on parenting and infant temperament. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(2), 100-110. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00229.x>
- Légis Québec. (2021, 1er avril). *Loi sur la protection de la jeunesse*. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1>
- Lessard, G., Damant, D., Hamelin-Brabant, L., Pépin-Gagné, J., & Chamberland, A. (2009). L'exposition à la violence conjugale. Dans M.-E. Clément & S. Dufour (Éds), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (pp. 79-97). CEC.
- Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., & Thombs B. D. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: Systematic review and meta-analysis of individual participant data. *British Medical Journal*, 371. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>
- Li, D., Chu, C. M., & Lai, V. (2020). A developmental perspective on the relationship between child sexual abuse and depression: A systematic and meta-analytic review. *Child Abuse Review*, 29, 27-47. <https://doi.org/10.1002/car.2592>
- Li, M., D'Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, 46(4), 717-730. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002743>
- Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 257-275. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199623\)17:3<257::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199623)17:3<257::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-L)
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Atwood, G., & Yellin, C. (2011). *Pervasively unintegrated hostile-helpless states of mind on the Adult Attachment Interview: Classification and coding manual Version 4.0*. [Manuscrit non publié]. Harvard Medical School.

- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Patrick, M., & Hobson, R. P. (2003). Childhood experiences of trauma and loss have different relation to maternal unresolved and hostile helpless state of mind on the AAI. *Attachment and Human Development*, 5, 330-352. <https://doi.org/10.1080/14616730310001633410>
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Patrick, M., & Hobson, R. P. (2007). A controlled study of Hostile-Helpless states of mind among borderline and dysthymic women. *Attachment and Human Development*, 9, 1-16. <https://doi.org/10.1080/14616730601151417>
- 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, 1-23. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050017>
- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment & Human Development*, 8(2), 89-111. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050017>
- Madigan, S., Oatley, H., Racine, N., Fearon, R. P., Schumacher, L., Akbari, E., Cooke, J. E., & Tarabulsky, G. M. (2018). A meta-analysis of maternal prenatal depression and anxiety on child socioemotional development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(9), 645-657. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.012>
- Main, M., & Goldwyn, R. (1998). *Adult Attachment Interview scoring and classification manual*. [Document non publié]. University of California, Department of Psychology.
- Main, M., Goldwyn, R., & Hesse, E. (2002). *Classification and scoring systems for the Adult Attachment Interview*. [Manuscrit non publié]. University of California, Berkeley.
- 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 University Press.
- McDonald, S. W., Madigan, S., Racine, N., Benzie, K., Tomfohr, L., & Tough, S. (2019). Maternal adverse childhood experiences, mental health, and child behaviour at age 3: The All Our Families community cohort study. *Preventive Medicine*, 118, 286-294. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.11.013>

- Milot, T., Lorent, A., St-Laurent, D., Bernier, A., Tarabulsky, G., Lemelin, J. P., & Éthier, L. S. (2014). Hostile-helpless state of mind as further evidence of adult disorganized states of mind in neglecting families. *Child Abuse & Neglect*, *38*(8), 1351-1357. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.02.015>
- Moog, N. K., Cummings, P. D., Jackson, K. L., Aschner, J. L., Barrett, E. S., Bastain, T. M., Blackwell, C. K., Bosquet Enlow, M., Breton, C. V., Bush, N. R., Deoni, C. L., Duarte, C. S., Ferrara, A., Grant, T. L., Hipwell, A. E., Jones, K., Leve, L. D., Lovinsky-Desir, S., Miller, R., K., ... Buss, C. (2023). Intergenerational transmission of the effects of maternal exposure to childhood maltreatment in the USA: A retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*, *8*, e226-e237. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00025-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00025-7)
- Moore, K. A., Vandivere, S., & Redd, Z. (2006). A sociodemographic risk index. *Social Indicators Research*, *75*, 45-81. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-6398-7>
- Muzik, M., Bocknek, E. L., Broderick, A., Richardson, P., Rosenblum, K. L., Thelen, K., & Seng, J. S. (2013). Mother-infant bonding impairment across the first 6 months postpartum: The primacy of psychopathology in women with childhood abuse and neglect histories. *Archives of Women's Mental Health*, *16*, 29-38. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0312-0>
- Narayan, A. J., Lieberman, A. F., & Masten, A. S. (2021). Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clinical Psychology Review*, *85*, 101997. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101997>
- Observatoire des tout-petits. (2018). *Violence et maltraitance : les tout-petits de Montréal sont-ils à l'abri?* <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3475178>
- Plant, D. T., Pawlby, S., Pariante, C. M., & Jones, F. W. (2018). When one childhood meets another – maternal childhood trauma and offspring child psychopathology: A systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *23*(3), 483-500. <https://doi.org/10.1177/1359104517742186>
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *141*, 6-20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Putnam, S. P., Helbig, A. L., Gartstein, M. A., Rothbart, M. K., & Leerkes, E. (2014). Development and assessment of short and very short forms of the Infant Behavior Questionnaire-Revised. *Journal of Personality Assessment*, *96*(4), 445-458. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.841171>

- Putnam, S. P., Jacobs, J. F., Gartstein, M. A., & Rothbart, M. (2010). *Development and assessment of short and very short forms of the Early Childhood Behavior Questionnaire*. Présentation par affiche présentée à l'Annual International Conference of Infant Studies, Baltimore, MD. https://research.bowdoin.edu/rothbart-temperament-questionnaires/files/2016/08/ICIS_2010_ECBQ_sf_poster.pdf
- Putnam, S. P., Rothbart, M. K., & Gartstein, M. A. (2008). Homotypic and heterotypic continuity of fine-grained temperament during infancy, toddlerhood, and early childhood. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 17(4), 387-405. <https://doi.org/10.1002/ICD.582>
- Racine, N., Deneault, A. A., Thiemann, R., Turgeon, J., Zhu, J., Cooke, J., & Madigan, S. (2023). Intergenerational transmission of parent adverse childhood experiences to child outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 106479. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106479>
- Rafiq, S., Campodonico, C., & Varese, F. (2018). The relationship between childhood adversities and dissociation in severe mental illness: A meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 509-525. <https://doi.org/10.1111/acps.12969>
- Rothbart, M. K. (2012). Advances in temperament. Dans M. Zentner & R. L. Shiner (Éds), *Handbook of temperament* (pp. 3-20). The Guilford Press.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. Dans W. Damon & N. Eisenberh (Éds), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (pp. 105-176). John Wiley & Sons, Inc.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament. Dans N. Eisenberg (Éd.), *Handbook of child psychology* (pp. 99-166). Wiley.
- Rothbart, M. K., & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. Dans M. E. Lamb & A. L. Brown (Éds), *Advances in developmental psychology* (pp. 37-86). Erlbaum.
- Ruiz-Ortiz, R., Braza, P., Carreras, R., & Muñoz, J. M. (2023). Does surgency moderate the relationship between parenting and children's aggression in middle childhood? *Infant and Child Development*, 32(2), e2391. <https://doi.org/10.1002/icd.2391>
- Sauvé, M., Cyr, C., St-Laurent, D., Amédée, L., Dubois-Comtois, K., Tarabulsy, G. M., Bernier, A., & Moss, E. (2021). Transmission of parental childhood trauma to child behavior problems: Parental Hostile/Helpless state of mind as a moderator. *Child Abuse and Neglect*, 128, 104885. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104885>

- Slade, A., Cohen, L. J., Sadler, L. S., & Miller, M. (2009). The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. Dans C. H. Zeanah, Jr. (Éds.), *Handbook of infant mental health* (pp. 22–39). The Guilford Press.
- Slobodskaya, H. R., & Kozlova, E. A. (2016). Early temperament as a predictor of later personality. *Personality and Individual Differences*, *99*, 127-132. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.094>
- Statistique Canada. (2023). *Tableau 11-10-0241-01. Seuils de faible revenu (SFR) avant et après impôt selon la taille de la communauté et la taille de la famille, en dollars courants*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1110024101>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, *24*, 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Su, Y., D'Arcy, C., & Meng, X. (2022). Intergenerational effect of maternal childhood maltreatment on next generation's vulnerability to psychopathology: A systematic review with meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, *23*, 152-162. <https://doi.org/10.1177/1524838020933870>
- Terry, M., Finger, B., Lyons-Ruth, K., Sadler, L., & Slade, A. (2020). Hostile/Helpless maternal representations in pregnancy and later child removal: A pilot study. *Infant Mental Health Journal*, *42*, 60-73. <https://doi.org/10.1002/imhj.21887>
- Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M., & Baril, K. (2008). Prevalence and cooccurrence of violence against children in the Quebec population. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *32*(4), 331-335. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2008.00250.x>
- Turgeon, J., Milot, T., St-Laurent, D., & Dubois-Comtois, K. (2022). Hostile-helpless states of mind: A scoping review of risk factors, correlates, and consequences. *Infant Mental Health Journal*, *43*(4), 597-623. <https://doi.org/10.1002/imhj.21994>
- Turgeon, J., Milot, T., St-Laurent, D., & Dubois-Comtois, K. (2023). Association between childhood maltreatment and attachment disorganization in young adulthood: The protective role of early mother-child interactions. *Child Abuse & Neglect*, *143*, 106281. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106281>
- Vonderlin, R., Kleindienst, N., Alpers, G. W., Bohus, M., Lyssenko, L., & Schmahl, C. (2018). Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: A meta-analytic review. *Psychological Medicine*, *48*(15), 2467-2476. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000740>

- Vu, N. L., Jouriles, E. N., McDonald, R., & Rosenfield, D. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clinical Psychology Review, 46*, 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.003>
- Walker, E. A., Unutzer, J., Rutter, C., Gelfand, A., Saunders, K., VonKorff, M. P., & Katon, W. (1999). Costs of Health Care Use by Women HMO Members With a History of Childhood Abuse and Neglect. *Archives of General Psychiatry, 56*, 609-613. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.609>
- Warmingham, J. M., Handley, E. D., Rogosch, F. A., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (2019). Identifying maltreatment subgroups with patterns of maltreatment subtype and chronicity: A latent class analysis approach. *Child Abuse & Neglect, 87*, 28-39. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.013>
- Waters, E. & Deane, K. E. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. Dans I. Bretherton & E. Waters (Éds), *Growing points of attachment theory and research* (pp. 41-65). <https://doi.org/10.2307/3333826>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. www.ptsd.va.gov
- Wilkins, K. C., Lang, A. J., & Norman, S. B. (2011). Synthesis of the psychometric properties of the PTSD checklist (PCL) military, civilian, and specific versions. *Depression and Anxiety, 28*(7), 596-606. <https://doi.org/10.1002/da.20837>
- Wilson, B. J., Dauterman, H. A., Frey, K. S., Rutter, T. M., Myers, J., Zhou, V., & Bisi, E. (2021). Effortful control moderates the relation between negative emotionality and socially appropriate behavior. *Journal of Experimental Child Psychology, 207*, 105-119. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2021.105119>

Appendice A
Formulaire de consentement T1

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (volet prénatal)

Titre de l'étude : Projet STEP - Soutenir la transition et l'engagement dans la parentalité : L'influence des événements de vie difficiles sur la transition à la parentalité.

Chercheur responsable : Nicolas Berthelot, Ph. D., professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, (819) 376-5011 poste 3487

Chercheuse responsable : Roxanne Lemieux, Ph. D., professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, (819) 376-5011 poste 3441

Objectif de la recherche : Devenir parent est l'une des transitions les plus importantes que plusieurs personnes auront l'occasion de connaître au cours de leur vie. Les femmes comme les hommes peuvent vivre d'importantes perturbations affectives, biologiques, sociales, familiales et économiques pendant la grossesse et à la suite de la naissance d'un enfant. On en parle rarement, mais la période entourant la naissance d'un enfant est parmi les périodes de vie les plus critiques en ce qui concerne le bien-être psychologique. Cette période peut être encore plus exigeante pour les personnes qui ont déjà dû s'adapter à des événements de vie difficiles avant l'âge adulte.

L'objectif principal de nos travaux de recherche consiste à mieux comprendre les mécanismes favorisant l'adaptation des adultes ayant vécu des événements de vie difficiles durant leur enfance, lors de la transition à la parentalité. Puisque l'exposition à ce type d'événements peut potentiellement entraîner des conséquences intergénérationnelles (c'est-à-dire un impact sur l'enfant), nous nous intéressons également au développement des enfants nés d'adultes ayant vécu cette situation, afin de déterminer les facteurs soutenant la continuité et l'interruption de trajectoires de risque à la suite de ces événements.

Les données recueillies dans le cadre de nos recherches serviront à mieux saisir la réalité de nombreux adultes transigeant vers la parentalité, qu'ils aient ou non fait face à des événements difficiles dans leur vie. Une meilleure compréhension de cette réalité nous aidera à élaborer un programme prénatal d'accompagnement favorisant la santé psychologique et physique des adultes en attente d'un enfant et de leur enfant à naître. Le développement de notre programme d'accompagnement reçoit le soutien financier de l'Agence de la Santé Publique du Canada.

Déroulement de l'étude : Cette étape de la recherche comporte deux phases. D'abord, vous êtes invité(e) à remplir des questionnaires portant sur vos sentiments comme parent ainsi que sur votre degré de bien-être psychologique et conjugal. Ces questionnaires prennent entre 45 minutes et 1h30 à compléter. La 2^{ème} phase consiste en une entrevue portant sur votre expérience de parent et votre propre histoire familiale. Tous les participants ne sont pas invités à participer à la 2^e phase (entrevue) de l'étude.

Inconvénients et risques : Cette étude comporte peu de risques ou d'inconvénients. Notons d'abord le temps de passation des questionnaires (45 minutes à 1h30) et de l'entrevue (1h à 2h). Aussi, parmi les inconvénients potentiels, notons que les questions qui vous seront posées concernent des aspects personnels et que le fait d'y répondre pourrait susciter des questionnements ou des réactions émotionnelles. Si cela survenait, n'hésitez pas à en discuter avec l'équipe de recherche. Les professionnels de l'équipe s'assureront de discuter avec vous de vos réactions et de répondre à vos questions. Advenant que vous en ressentiez le besoin, l'équipe STEP pourra vous diriger vers les ressources appropriées (p. ex., Maternaide, CALACS, etc.). Le CIUSSS MCQ s'engage également à offrir de rencontrer un professionnel en cas de besoin (819-370-2200 poste 43107).

Avantages et bénéfices : Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à l'étude. Toutefois, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques en regard de la parentalité. Aussi, votre participation aidera l'équipe de recherche à développer un programme d'accompagnement qui sera bientôt offert aux adultes qui transigent vers la parentalité.

Compensation : Afin de vous dédommager pour le temps accordé à la recherche, nous vous remettons une compensation financière en argent d'un montant de 10 \$ pour les questionnaires et de 20 \$ pour l'entrevue.

Confidentialité : Vos réponses sont strictement confidentielles. Afin de préserver votre anonymat et la confidentialité des renseignements, les données de recherche sont identifiées par un numéro de code. Les questionnaires seront conservés pendant 10 ans après la fin de la recherche par les chercheurs et seront détruites par la suite. Les publications scientifiques ultérieures en rapport avec le projet de recherche rapporteront les résultats de sorte que l'anonymat et la confidentialité des participants de l'étude seront préservés.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par l'équipe de recherche. À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec ou par une personne

mandatée par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants du commanditaire. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Droits des participants : Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, ni en subir de préjudice. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'entraînera aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite, ou sur vos relations avec les professionnels de la santé. Si le fait de répondre au questionnaire devenait trop difficile, vous pouvez en tout temps l'interrompre. En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Identification des personnes ressources : Pour plus d'information sur cette recherche, vous pouvez contacter Nicolas Berthelot au (819) 376-5011, poste 3487 ou Roxanne Lemieux au (819) 376-5011, poste 3441.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec au numéro suivant : 1 888 693-3606.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche : Le comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec ainsi que le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières ont approuvé ce projet de recherche. En plus d'en assurer le suivi, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche multiclientèle du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du Québec au (819) 372-3133 poste 32303 ou avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'UQTR au (819) 372-5011 poste 2129.

Financement du projet de recherche : Les chercheurs responsables de la recherche ont reçu un financement pour mener à bien ce projet de recherche.

Consentement : La nature et le déroulement du projet de recherche m'ont été expliqués. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et un exemplaire m'a été remis J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. Après réflexion, j'accepte de participer à ce projet de recherche.

Nom de la participante
(Lettres moulées)

Signature

Date

Engagement de la personne qui a obtenu le consentement : J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui a obtenu
le consentement
(Lettres moulées)

Signature

Date

Engagement des chercheurs responsables de ce projet de recherche : Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nicolas Berthelot
Nom du chercheur

Signature

Date

Roxanne Lemieux
Nom du chercheur

Signature

Date



Appendice B
Formulaire de consentement T3

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT **(suivi 1 an)**

Titre de l'étude : Projet STEP - Soutenir la transition et l'engagement dans la parentalité : L'influence des événements de vie difficiles sur la transition à la parentalité.

Chercheur responsable : Nicolas Berthelot, Ph. D., professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, (819) 376-5011 poste 3487

Chercheuse responsable : Roxanne Lemieux, Ph. D., professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, (819) 376-5011 poste 3441

Objectif de la recherche : Devenir parent est l'une des transitions les plus importantes que plusieurs personnes auront l'occasion de connaître au cours de leur vie. Les femmes comme les hommes peuvent vivre d'importantes perturbations affectives, biologiques, sociales, familiales et économiques pendant la grossesse et à la suite de la naissance d'un enfant. On en parle rarement, mais la période entourant la naissance d'un enfant est parmi les périodes de vie les plus critiques en ce qui concerne le bien-être psychologique. Cette période peut être encore plus exigeante pour les personnes qui ont déjà dû s'adapter à des événements de vie difficiles avant l'âge adulte.

L'objectif principal de nos travaux de recherche consiste à mieux comprendre les mécanismes favorisant l'adaptation des adultes ayant vécu des événements de vie difficiles durant leur enfance, lors de la transition à la parentalité. Puisque l'exposition à ce type d'événements peut potentiellement entraîner des conséquences intergénérationnelles (c'est-à-dire un impact sur l'enfant), nous nous intéressons également au développement des enfants nés d'adultes ayant vécu cette situation, afin de déterminer les facteurs soutenant la continuité et l'interruption de trajectoires de risque à la suite de ces événements.

Les données recueillies dans le cadre de nos recherches serviront à mieux saisir la réalité de nombreux adultes transigeant vers la parentalité, qu'ils aient ou non fait face à des événements difficiles dans leur vie. Une meilleure compréhension de cette réalité nous aidera à élaborer un programme prénatal d'accompagnement favorisant la santé psychologique et physique des adultes en attente d'un enfant et de leur enfant à naître. Le développement de notre programme d'accompagnement reçoit le soutien financier de l'Agence de la Santé Publique du Canada.

Déroulement de l'étude : Cette étape de la recherche comporte deux phases. D'abord, vous êtes invité(e) à remplir des questionnaires portant sur vos sentiments comme parent, sur votre degré de bien-être psychologique et sur le développement de votre enfant. Ces questionnaires prennent entre 1h00 et 1h45 à remplir. Selon vos réponses aux questionnaires, il se peut que l'équipe de recherche vous recontacte afin de préciser, par

téléphone, certaines informations concernant votre bien-être psychologique. Cet appel devrait durer environ 15 à 30 minutes. Si vous répondez aux critères d'inclusion, vous pourriez également être invité(e) à participer à la 2^{ème} phase de la recherche qui consiste en une entrevue portant sur votre expérience de parent, vos symptômes psychologiques et la façon dont vous êtes parvenu(e) à vous adapter aux événements difficiles que vous avez rencontrés au cours de votre enfance.

En parallèle, nous aimerions pouvoir consulter votre dossier médical afin d'obtenir des informations sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que sur des variables susceptibles d'influencer votre expérience et le développement de votre enfant (antécédents de santé physique et psychologique). Si vous nous en donnez l'autorisation, le dossier médical de votre enfant sera aussi consulté afin de documenter l'évolution de son poids et de sa grandeur ainsi que la présence de problèmes de santé.

Inconvénients et risques : Cette étude comporte peu de risques ou d'inconvénients. Notons d'abord le temps de passation du questionnaire (entre 1 heure et 1h45) et de l'entrevue (entre 1h30 et 2h30). Aussi, parmi les inconvénients potentiels, notons que les questionnaires et l'entrevue concernent des aspects personnels et que le fait d'y répondre pourrait susciter des questionnements ou un inconfort. Si cela survenait, n'hésitez pas à en parler avec l'équipe de recherche. Le CIUSSS MCQ s'engage également à offrir de rencontrer un professionnel advenant que votre participation à la recherche suscite de la détresse.

Avantages et bénéfices : Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à l'étude. Toutefois, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques en regard de la parentalité. Aussi, votre participation aidera l'équipe de recherche à développer un programme d'accompagnement qui sera bientôt offert aux adultes qui transigent vers la parentalité.

Compensation : Afin de vous dédommager pour le temps accordé à la recherche, nous vous remettons une compensation financière en argent d'un montant de 10 \$ (phase des questionnaires seulement) ou de 35 \$ (phases des questionnaires et de l'entrevue) une fois votre participation complétée.

Confidentialité : Vos réponses sont strictement confidentielles. Afin de préserver votre anonymat et la confidentialité des renseignements, les données de recherche sont identifiées par un numéro de code. Les questionnaires seront conservés pendant 10 ans après la fin de la recherche par les chercheurs et seront détruites par la suite. Les publications scientifiques ultérieures en rapport avec le projet de recherche rapporteront les résultats de sorte que l'anonymat et la confidentialité des participants de l'étude seront préservés.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation

au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par l'équipe de recherche. À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants du commanditaire. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Droits des participants : Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, ni en subir de préjudice. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'entraînera aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite, ou sur vos relations avec les professionnels de la santé. En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Identification des personnes ressources : Pour plus d'information sur cette recherche, vous pouvez contacter Nicolas Berthelot au (819) 376-5011, poste 3487 ou Roxanne Lemieux au (819) 376-5011, poste 3441. Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec au numéro suivant : 819-370-2200 poste 3227.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche : Le comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec ainsi que le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières ont approuvé ce projet de recherche. En plus d'en assurer le suivi, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec au (819) 697-3333 poste 64399 ou avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'UQTR au (819) 372-5011 poste 2129.

Financement du projet de recherche : Les chercheurs responsables de la recherche ont reçu un financement pour mener à bien ce projet de recherche.

Consentement : La nature et le déroulement du projet de recherche m'ont été expliqués. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et j'ai pu en conserver un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. Après réflexion, j'accepte :

- de remplir les questionnaires : OUI NON
- de participer à l'entrevue, si je répons aux critères d'inclusion : OUI NON
- que l'équipe de recherche consulte mon dossier médical : OUI NON
- que l'équipe de recherche consulte le dossier médical de mon enfant
(nom : _____) né le _____ : OUI NON
- d'être recontacté(e) afin d'être invité(e) à participer à une autre
phase de la recherche, s'il y a lieu : OUI NON

Nom de la participante
(Lettres moulées)

Signature

Date

Engagement de la personne qui a obtenu le consentement : J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'informations et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui a
obtenu le consentement
(Lettres moulées)

Signature

Date

Engagement des chercheurs responsables de ce projet de recherche : Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nicolas Berthelot
Nom du chercheur

Signature

Date

Roxanne Lemieux
Nom du chercheur

Signature

Date

Appendice C
Questionnaire sociodémographique

Cher/chère participant(e) au Projet STEP,

Votre participation à notre protocole de recherche est très appréciée et nous tenons à vous remercier du fond du cœur de votre contribution à l'avancement des connaissances en lien avec la transition à la parentalité.

La grossesse et l'attente d'un enfant est sans aucun doute une période d'une grande complexité. Les transformations que vivent les femmes pendant la grossesse ne se limitent pas qu'aux changements physiques (p. ex., le ventre qui grossit ou les changements hormonaux). En effet, la venue d'un enfant modifie bien souvent la façon de se percevoir, les objectifs de vie, le système de valeurs, l'emploi du temps et les relations avec les autres. Il en est de même pour les hommes en attente d'un enfant. Ces transformations importantes peuvent être à la source de sentiments très positifs comme de sentiments parfois très négatifs.

Les questions qui suivent concernent différentes sphères de votre vie (p. ex., vos relations amoureuses, votre personnalité, vos symptômes physiques et psychologiques, vos antécédents de violence, votre perception de vous-mêmes et du bébé). Nous sommes parfaitement conscients qu'il s'agit d'éléments très personnels et nous sommes extrêmement reconnaissants que vous acceptiez de partager votre vécu avec nous. Nous vous demandons de faire de votre mieux afin de répondre à l'ensemble des questions en vous référant le plus possible à votre première impression. Vous êtes toutefois libre de cesser votre participation à tout moment ou de vous abstenir de répondre à certaines questions. Soyez assuré que vos réponses seront parfaitement confidentielles et que votre nom ne figurera jamais sur les questionnaires ainsi que dans les résultats de recherche rapportés.

Nous considérons que des réactions émotives fortes sont normales pendant cette importante période de transition que représentent la grossesse et l'attente d'un enfant. Si toutefois vous réalisiez que la participation à cette recherche éveillait en vous des sentiments qui vous préoccupent ou que vous avez de la difficulté à gérer, nous vous invitons à contacter l'équipe de recherche au (819) 376-5011 poste 3487. Nous nous ferons un plaisir et un devoir de vous accompagner et de vous référer vers les services appropriés.



Nicolas Berthelot, Ph.D.
Chercheur principal

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

SECTION I : QUESTIONS GÉNÉRALES

1. Quel est votre sexe

- Féminin
- Masculin

2. Quel est votre âge?

_____ ans

3. Quelle est votre langue maternelle?

- Français
- Anglais
- Autre : _____

4. Quel est votre pays de naissance?

- Canada
- Autre* : _____

***4.1 Si vous êtes né(e) à l'extérieur du Canada, depuis combien d'année(s) vivez-vous au Canada?**

_____ an(s)

5. À quel(s) groupe(s) ethnique(s) considérez-vous appartenir?

- Caucasien/Blanc
- Noir (p. ex., Haïtien, Jamaïquain, Africain, etc.)
- Hispanique/Latino
- Asiatique (p. ex., Japonais, Chinois, Vietnamien, etc.)
- Moyen-Orient
- Première nation/Métis
- Autre(s)* : _____

6. Veuillez cocher la/les case(s) qui correspond(ent) à votre situation scolaire :

- J'ai complété le primaire
- J'ai complété le secondaire (DES)
- J'ai complété un cours professionnel
- J'ai complété le Cégep (DEC, technique)
- J'ai complété un baccalauréat
- J'ai complété une maîtrise
- J'ai complété un doctorat

SECTION II : OCCUPATION PRINCIPALE ACTUELLE**7. Quelle est votre occupation principale actuelle?**

Emploi(s) temps complet Spécifiez l'emploi(s) que vous occupez :

Emploi(s) temps partiel Spécifiez l'emploi(s) que vous occupez :

Arrêt préventif Spécifiez l'emploi(s) que vous occupez :

Sans emploi et je reçois de l'assurance chômage

Sans emploi et je reçois de l'aide sociale

Sans emploi et je reçois des prestations d'invalidité

Étudiant Spécifiez le programme d'étude :

À la maison

8. Quelle est l'occupation principale actuelle de la mère ou du père de l'enfant à venir?

Emploi(s) temps complet Spécifiez l'emploi(s) qu'il/elle occupe :

Emploi(s) temps partiel Spécifiez l'emploi(s) qu'il/elle occupe :

Arrêt préventif Spécifiez l'emploi(s) qu'il/elle occupe :

Sans emploi et il/elle reçoit de l'assurance chômage

Sans emploi et il/elle reçoit de l'aide sociale

Sans emploi et il/elle reçoit des prestations d'invalidité

Étudiant Spécifiez le programme d'étude :

À la maison

SECTION III : DESCRIPTION DE VOTRE VIE CONJUGALE ET FAMILIALE ACTUELLE**9. Quel est votre état civil actuel? (veuillez cocher toutes les cases qui vous représentent)**

Marié(e)

Je vis actuellement avec la mère ou le père de l'enfant

Je vis actuellement avec un(e) partenaire qui n'est pas la mère ou le père de l'enfant

Union de fait

Séparé(e) ou divorcé(e)

Célibataire*

Veuf(ve)

Famille recomposée

*Si vous êtes actuellement célibataire, veuillez passer à la **Section IV** du questionnaire*

10. Depuis combien de temps êtes-vous en couple avec votre conjoint(e) actuel(le)?
_____ an(s)

11. Depuis combien de temps habitez-vous avec votre conjoint(e) actuel(le)?
_____ an(s)

Je ne cohabite pas avec mon/ma conjoint(e)

SECTION IV : SITUATION ÉCONOMIQUE

12. Quel est votre revenu familial annuel (avant impôts et déductions)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 15 000 \$ | <input type="checkbox"/> De 65 001 à 74 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> De 15 001 à 24 999 \$ | <input type="checkbox"/> De 75 001 à 84 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> De 25 001 à 34 999 \$ | <input type="checkbox"/> De 85 001 à 94 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> De 35 001 à 44 999 \$ | <input type="checkbox"/> De 95 001 \$ et plus |
| <input type="checkbox"/> De 45 001 à 54 999 \$ | <input type="checkbox"/> Non applicable |
| <input type="checkbox"/> De 55 001 à 64 999 \$ | |

SECTION V : ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

13. Est-ce que vous souffrez d'un trouble de santé physique chronique?

- Oui*
 Non

*Veuillez spécifier le/les trouble(s) de santé physique chronique(s) :

14. Devez-vous prendre une médication actuellement pour ce trouble de santé physique?

- Oui*
 Non

*Veuillez spécifier le(s) nom(s) du/des médicament(s) :

15. Est-ce que la mère ou le père de l'enfant à venir souffre d'un trouble de santé physique chronique?

- Oui*
 Non

*Veuillez spécifier le/les trouble(s) de santé chronique (s) :

SECTION VI : CONSULTATION(S) PSYCHOLOGIQUE(S)

16. Au cours des 2 dernières années, avez-vous bénéficié d'un suivi psychologique, psychiatrique ou psychosocial auprès d'un professionnel de la santé mentale (psychologue, psychiatre, travailleur(euse) social(e), etc.)? (veuillez cocher les cases correspondantes et indiquer le nombre de mois en consultation).

Type de consultation	Oui	Non
Seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec votre partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'intérieur d'un groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec un membre de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Avant les 2 dernières années, avez-vous bénéficié d'un suivi psychologique, psychiatrique ou psychosocial auprès d'un professionnel de la santé mentale (psychologue, psychiatre, travailleur(euse) social(e), etc.)? (veuillez cocher les cases correspondantes et indiquer le nombre de mois en consultation).

Type de consultation	Oui	Non
Seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec votre partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'intérieur d'un groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION VII : ANTÉCÉDENT(S)

18. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une condition ou de trouble(s) de santé mentale? Si oui, veuillez spécifier si le trouble a été diagnostiqué par un médecin ou un autre professionnel de la santé (p. ex., psychologue).

Moment de l'épisode		Trouble de santé mentale	Est-ce que le trouble a été diagnostiqué?	
Actuel	Passé		Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.1 Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.2 Trouble anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.3 Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.4 Trouble de comportement alimentaire (p. ex., boulimie, anorexie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.5 Troubles psychotiques (p. ex., schizophrénie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.6 Trouble de la personnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.7 Trouble de stress post-traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.8 Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.9 Autre(s) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Prenez-vous actuellement une médication pour un trouble ou une condition de santé mentale?

- Oui*
 Non

*Veuillez spécifier le(s) nom(s) du/des médicament(s) :

20. Est-ce que le père ou la mère de l'enfant à venir souffre, ou a souffert, d'un trouble de santé mentale? Si oui, veuillez spécifier si le trouble a été diagnostiqué par un médecin ou un autre professionnel de la santé (p. ex., psychologue).

Moment de l'épisode		Trouble de santé mentale	Est-ce que le trouble a été diagnostiqué?	
Actuel	Passé		Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.1 Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.2 Trouble anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.3 Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.4 Trouble de comportement alimentaire (p. ex., boulimie, anorexie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.5 Troubles psychotiques (p. ex., schizophrénie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.6 Trouble de la personnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.7 Trouble de stress post-traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.8 Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.9 Autre(s) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Dans les mois précédant la grossesse, est-ce que vous aviez une ou plusieurs de ces d'habitudes de vie?

Tabac Nombre de cigarette(s) par semaine :

Alcool Nombre de consommation(s) par semaine :

Drogue(s) Spécifier la/les drogue(s) :

Spécifier la fréquence de la consommation de drogue(s) :

Aucune consommation

22. Depuis le début de la grossesse, est-ce que vous avez une ou plusieurs de ces d'habitudes de vie?

Tabac Nombre de cigarette(s) par semaine :

_____ Alcool Nombre de consommation(s) par semaine :

_____ Drogue(s) Spécifier la/les drogue(s) :

_____ Spécifier la fréquence de la consommation de drogue(s) :

_____ Aucune consommation

23. Depuis le début de la grossesse, est-ce que la mère ou le père de l'enfant à venir a une ou plusieurs de ces d'habitudes de vie?

Tabac Nombre de cigarette(s) par semaine :

_____ Alcool Nombre de consommation(s) par semaine :

_____ Drogue(s) Spécifier la/les drogue(s) :

_____ Spécifier la fréquence de la consommation de drogue(s) :

_____ Aucune consommation

24. Avez-vous déjà eu des démêlés avec la justice?

- Oui
- Non

25. Avez-vous déjà été incarcéré(e)?

- Oui
- Non

26. Est-ce que la mère ou le père de l'enfant a déjà eu des démêlés avec la justice?

- Oui
- Non

27. Est-ce que la mère ou le père de l'enfant a déjà été incarcéré(e)?

- Oui
- Non

28. Est-ce qu'un membre de votre famille souffre ou a souffert de trouble(s) de santé mentale? Si oui, veuillez indiquer si le trouble a été diagnostiqué par un médecin ou un autre professionnel de la santé ainsi que le lien de parenté avec vous (p. ex., père, mère, frère/sœur, grand-père, grand-mère, oncle, tante).

Moment de l'épisode		Trouble de santé mentale	Est-ce que le trouble a été diagnostiqué?		Lien de parenté
Actuel	Passé		Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.1 Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.2 Trouble anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.3 Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.4 Trouble de comportement alimentaire (p. ex., boulimie, anorexie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.5 Troubles psychotiques (p. ex., schizophrénie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.6 Trouble de la personnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.7 Trouble de stress post-traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.8 Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.9 Autre(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

29. Est-ce qu'un membre de la famille de la mère ou du père de l'enfant à venir souffre ou a souffert de trouble(s) de santé mentale? Si oui, veuillez indiquer si le trouble a été diagnostiqué par un médecin ou un autre professionnel de la santé ainsi que le lien de parenté avec le père ou la mère de l'enfant à venir (p. ex., enfant, père, mère, frère/sœur, grand-père, grand-mère, oncle, tante).

Moment de l'épisode		Trouble de santé mentale	Est-ce que le trouble a été diagnostiqué?		Lien de parenté
Actuel	Passé		Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.1 Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.2 Trouble anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.3 Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.4 Trouble de comportement alimentaire (p. ex., boulimie, anorexie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.5 Troubles psychotiques (p. ex., schizophrénie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.6 Trouble de la personnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.7 Trouble de stress post-traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.8 Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.9 Autre(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Appendice D
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE

Les questions suivantes concernent certaines expériences que vous avez peut-être vécues au cours de votre enfance et votre adolescence (avant 18 ans). Elles sont toutes de nature personnelle, intime, essayez d'y répondre le plus honnêtement possible. Pour chaque énoncé, encerclez le numéro qui décrit le mieux ce que vous ressentez. Vos réponses demeureront confidentielles. Les questionnaires complétés sont strictement utilisés aux fins de cette recherche.

1	2	3	4	5
Jamais vrai	Rarement vrai	Quelquefois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai

Quand j'étais jeune (avant 18 ans)

1. Je n'avais pas suffisamment à manger.	1	2	3	4	5
2. Je savais qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger.	1	2	3	4	5
3. Des membres de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseux(se) », « laid(e) » ou d'autres noms semblables.	1	2	3	4	5
4. Mes parents étaient trop saouls ou « gelés » pour prendre soin de la famille.	1	2	3	4	5
5. Il y avait quelqu'un dans ma famille qui m'aidait à sentir que j'étais important ou spécial.	1	2	3	4	5
6. Je devais porter des vêtements sales.	1	2	3	4	5
7. Je me sentais aimé(e).	1	2	3	4	5
8. Je sentais que mes parents souhaitaient que je ne sois jamais né(e).	1	2	3	4	5
9. J'ai été frappé(e) tellement fort par un membre de ma famille que j'ai dû voir un médecin ou aller à l'hôpital.	1	2	3	4	5
10. Il n'y avait rien que je voulais changer concernant ma famille.	1	2	3	4	5
11. Des membres de ma famille me frappaient si fort que cela laissait des bleus ou des marques.	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
	Jamais vrai	Rarement vrai	Quelquefois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
12. J'étais puni(e) avec une ceinture, un bâton, une corde ou un autre objet dur.	1	2	3	4	5
13. Les membres de ma famille prenaient soin les uns des autres.	1	2	3	4	5
14. Des membres de ma famille me disaient des choses blessantes ou insultantes.	1	2	3	4	5
15. Je pense que j'étais abusé(e) physiquement.	1	2	3	4	5
16. J'avais une enfance parfaite.	1	2	3	4	5
17. J'étais frappé(e) ou battu(e) si fort que cela a été remarqué par une personne comme un professeur, un voisin ou un médecin.	1	2	3	4	5
18. Je sentais que quelqu'un dans la famille qui me haïssait.	1	2	3	4	5
19. Les membres de ma famille se sentaient proches les uns des autres.	1	2	3	4	5
20. Quelqu'un a tenté de me toucher de manière sexuelle ou a essayé de me forcer à le toucher ainsi.	1	2	3	4	5
21. Quelqu'un m'a menacé(e) de me faire mal ou de raconter des mensonges sur moi si je ne faisais pas d'activités sexuelles avec lui ou avec elle.	1	2	3	4	5
22. J'avais la meilleure famille du monde.	1	2	3	4	5
23. Quelqu'un a tenté de me faire faire ou de me faire regarder des activités sexuelles.	1	2	3	4	5
24. Quelqu'un m'a abusé(e) sexuellement.	1	2	3	4	5
25. Je crois que j'ai été abusé(e) psychologiquement.	1	2	3	4	5
26. Il y avait quelqu'un pour m'amener chez le médecin si j'en avais besoin.	1	2	3	4	5
27. Je crois que j'ai été abusé(e) sexuellement.	1	2	3	4	5
28. Ma famille était une source de courage et de soutien.	1	2	3	4	5

Appendice E
Entrevue d'attachement à l'âge adulte (AAI)

ENTREVUE D'ATTACHEMENT ADULTE (AAI)

Cette seconde entrevue porte sur vos expériences en enfance et sur la façon dont ces expériences ont influencé la personne que vous êtes aujourd'hui. Au cours de l'entrevue, je vous poserai des questions sur votre relation avec vos parents et sur l'impact que ces relations ont eu sur vous. Nous allons principalement nous attarder à votre enfance, mais nous parlerons également de votre adolescence et de la période actuelle vers la fin de l'entrevue. L'entrevue prend généralement 1h à réaliser, mais cela peut s'étendre entre 45 minutes et 1h30.

Vous constaterez qu'il s'agit d'une entrevue structurée, c'est-à-dire que je pose les mêmes questions à tous les participants, dans le même ordre. Il se peut ainsi par moment que je vous pose une question sur des aspects que vous aurez déjà abordé plus tôt dans l'entrevue et que vous aurez l'impression de vous répéter. Il se peut également que je sois appelé à vous interrompre par moment.

Cette entrevue concerne des aspects très personnels de votre vie et certaines questions pourraient être difficiles à répondre. Vous êtes bien entendu tout à fait libre de refuser de répondre à certaines questions ou de m'en faire part si cela suscite un malaise. Avez-vous des questions avant que nous débutions?

1. Pour commencer, j'aimerais que vous me parliez un peu de votre situation familiale quand vous étiez petit(e) afin que je puisse me faire une bonne idée du contexte dans lequel vous viviez? Par exemple, j'aimerais savoir où êtes-vous né(e); Où avez-vous habité pendant votre enfance; Avez-vous déménagé souvent; Qu'est-ce que vos parents faisaient pour vivre?
 - 1.1 Voyiez-vous beaucoup vos grands-parents quand vous étiez petit(e)?
 - 1.2 Aviez-vous des frères ou des sœurs qui vivaient à la maison, ou quelqu'un d'autre à part vos parents?
2. Je vais maintenant vous poser une question un peu différente. J'aimerais maintenant que vous essayiez de décrire la relation que vous aviez avec vos parents lorsque vous étiez enfant, aussi loin que possible, si vous pouvez vers 4-5 ans, ou du moins avant l'âge de 12 ans. Globalement, ça avait l'air de quoi?
3. Maintenant je vais vous demander de choisir 5 adjectifs, mots ou expressions qui reflètent votre relation avec votre mère dans votre enfance à partir d'aussi loin dont vous pouvez vous souvenir, mais disons, de 5 à 12 ans, c'est correct. Je sais que cela peut prendre un peu de temps, alors prenez le temps d'y penser... ensuite je vous demanderai pourquoi vous les avez choisis. Je vais écrire les mots pour ne pas les oublier.

Pour chacun des adjectifs

Vous avez dit que votre relation avec votre mère était _____. Y a-t-il un souvenir ou un épisode spécifique que vous pourriez me raconter pour illustrer pourquoi vous avez choisi ce mot pour décrire la relation avec votre mère quand vous étiez petit(e), c'est-à-dire moins de 12 ans?

4. Maintenant je vais vous demander de choisir 5 adjectifs, mots ou expressions qui reflètent votre relation avec votre père dans votre enfance à partir d'aussi loin dont vous pouvez vous souvenir, mais disons entre 5 et 12 ans. Je sais que cela peut prendre un peu de temps, alors prenez le temps d'y penser... ensuite je vous demanderai pourquoi vous les avez choisis. Je vais écrire les mots pour ne pas les oublier.
5. On en a déjà parlé un peu mais j'aimerais tout de même vous demander brièvement de quel parent vous vous sentiez le plus près quand vous étiez un(e) petit(e) garçon/fille? et pourquoi?
 - 5.1. Qu'est-ce qui fait que vous n'aviez pas le même sentiment envers l'autre parent?
6. Maintenant, quand vous étiez enfant et que vous étiez contrarié(e), qu'est-ce que vous faisiez?
 - 6.1 Quand vous étiez petit(e) et que vous n'alliez pas bien émotivement ou que vous aviez de la peine, qu'est-ce que vous faisiez? (réponse)
Pouvez-vous vous souvenir d'une fois où c'est arrivé?
 - 6.2 Pouvez-vous vous rappeler de ce qui se passait quand vous vous faisiez mal physiquement? (réponse).
Encore une fois, y a-t-il un incident spécifique qui vous vient à l'idée?
 - 6.3 Avez-vous déjà été malade quand vous étiez petit(e)? (réponse)
Vous souvenez-vous de ce qui se passait?
Vous rappelez-vous d'une fois en particulier?
7. C'est quand la première fois dont vous vous souvenez avoir été séparé(e) de vos parents?
 - 7.1 Comment c'était pour vous d'être séparé(e) d'eux?
 - 7.2 Vous souvenez-vous de comment c'était pour eux d'être séparés de vous?
 - 7.3 Comment ça s'est passé à votre retour?
8. Vous êtes-vous déjà senti(e) rejeté(e) quand vous étiez un(e) petit(e) enfant? Bien entendu, lorsque vous y repensez maintenant avec du recul, peut-être voyez-vous la situation différemment, mais ce que j'essaie de voir avec vous, c'est si vous vous êtes déjà senti(e) rejeté(e)?

- 8.1 Quel âge aviez-vous quand vous vous êtes senti(e) comme cela la 1^{re} fois?
Qu'est-ce qui se passait pour que vous vous sentiez comme ça? Et qu'est-ce que vous avez fait?
- 8.2 Pourquoi pensez-vous que votre père/mère agissait comme ça?
Pensez-vous qu'il se rendait compte qu'il vous rejetait?
- 8.3 Si le participant n'identifie pas de moment, demander : « Vous êtes-vous déjà senti(e) mis(e) de côté ou ignoré(e)? »
- 8.4 Avez-vous déjà senti que vos parents ignoraient vos besoins physiques ou qu'ils les négligeaient?
9. Vos parents vous ont-ils déjà menacé(e), soit pour des questions de discipline, soit en blague? (réponse)
- 9.1 Certaines des personnes nous ont dit par exemple que leurs parents les menaçaient de les laisser, de les renvoyer de la maison ou encore de les placer dans un pensionnat ou dans une autre famille. Est-ce que cela vous est arrivé? (réponse)
- 9.2 D'autres personnes ont des souvenirs de menaces ou d'une autre sorte de comportement qui était abusif physiquement. Est-ce quelque chose comme cela vous est déjà arrivé à vous ou à quelqu'un de votre famille?
- Si oui,
- Quel âge aviez-vous à ce moment-là?
- Pourriez-vous m'en dire un peu plus sur ce qui s'est produit ou sur la façon dont ça se passait? (si nécessaire)
- Est-ce que ça arrivait souvent?
- Est-ce que ça a duré longtemps? (si pas déjà mentionné)
- Est-ce que ça laissait parfois des marques sur votre corps? (si pas mentionné)
- Est-ce que ça vous faisait peur? (si pas mentionné)
- Pensez-vous que cette expérience vous affecte maintenant comme adulte?
- Est-ce que cela influence votre approche envers (nom de l'enfant qui participe à l'étude)?
- 9.3 Vous rappelez-vous d'avoir été frappé(e) quand vous étiez enfant?
Personne ne vous a donné la fessée en tant que moyen de discipline?
- 9.4 Certaines personnes ont des souvenirs d'une sorte quelconque de comportement sexuel. Est-ce que quelqu'un dans votre famille ou quelqu'un plus vieux que vous a déjà essayé de faire quelque chose de sexuel avec vous?

Si oui,

- Quel âge aviez-vous à ce moment-là?
 - Pourriez-vous m'en dire un peu plus sur ce qui s'est produit ou sur la façon dont ça se passait? (si nécessaire)
 - Est-ce que ça arrivait souvent?
 - Pensez-vous que cette expérience vous affecte maintenant que vous êtes adulte? Si oui, de quelle façon?
 - Pensez-vous que ça influence votre approche avec votre enfant?
- 9.5 Avez-vous eu de telles expériences impliquant des personnes extérieures à votre famille?

Si oui, mêmes sous-questions que ci-haut

10. En général, comment pensez-vous que l'ensemble de vos expériences avec vos parents, dont on s'est parlé depuis le début de l'entrevue, ont affectés votre personnalité comme adulte?
- 10.1 Est-ce qu'il y a des aspects de ces premières expériences avec vos parents qui vous ont influencé(e) négativement dans votre développement?
11. Pourquoi pensez-vous que vos parents se sont conduits comme ils l'ont fait pendant votre enfance?
12. Quand vous étiez enfant, y avait-il d'autres adultes dont vous vous sentiez près, qui étaient comme des parents pour vous?
- 12.1 Ou n'importe quels autres adultes qui étaient vraiment très importants, même s'ils n'étaient pas comme des parents pour vous?
- Sous-questions :
- vous aviez quel âge, à ce moment-là?
 - vivaient-ils avec vous?
 - est-ce qu'ils prenaient soin de vous?
 - à quel point étaient-ils importants pour vous?
13. Est-ce que vous avez vécu la perte d'un parent, d'un membre de votre famille ou d'autres personnes dont vous vous sentiez proche quand vous étiez petit(e)?

Si oui,

- Quel âge aviez-vous à ce moment-là?
- Pouvez-vous me parler des circonstances?
- Est-ce que c'était une mort subite ou prévue?
- Comment avez-vous réagi à ce moment-là?
- Vous rappelez-vous de vos sentiments à ce moment-là?
- Vos sentiments à propos de cette mort, ont-ils beaucoup changé au cours des années?
- Si le sujet n'en a pas parlé spontanément, demander : « Avez-vous assisté aux funérailles? Comment ça s'est passé pour vous? »
- Diriez-vous que cette perte a eu un effet sur votre personnalité adulte?
- Comment est-ce que ça affecte votre approche envers vos enfants?

- 13a Avez-vous perdu d'autres personnes importantes durant votre enfance?
si oui, recommencer la même série de questions (i.e. 13.1 à 13.8).
- 13b Avez-vous perdu d'autres personnes significatives pour vous, depuis que vous êtes adulte ou même à l'adolescence?
si oui, répéter la série de questions.
14. À part les expériences difficiles que vous avez déjà décrites, avez-vous eu d'autres expériences que vous considérez comme ayant pu vous traumatiser?
15. J'aimerais vous poser quelques questions de plus au sujet de votre relation avec vos parents. Y a-t-il eu plusieurs changements dans la relation entre vous et vos parents après votre enfance? Tout à l'heure, on va passer à la période actuelle, mais pour le moment je veux dire des changements qui se seraient produits entre votre enfance et l'âge adulte?
16. Comment vous décririez votre relation avec vos parents maintenant que vous êtes adulte? Ma question porte donc sur votre relation actuelle.
- 16.1 Avez-vous beaucoup de contacts avec vos parents actuellement?
- 16.2 Pourriez-vous me parler de sources d'insatisfaction dans votre relation actuelle avec vos parents?
- 16.3 Pouvez-vous me parler de sources de satisfaction dans votre relation actuelle avec vos parents?
17. Je vais maintenant passer à une sorte différente de question, qui ne concerne pas votre relation avec vos parents. Si vous aviez trois souhaits à faire pour votre enfant dans 20 ans, ce serait quoi? (pause)
Je pense entre autres à la sorte d'avenir que vous aimeriez qu'il ait. Vous pouvez prendre quelques minutes pour y penser.
18. Y a-t-il une chose particulière que vous pensez avoir apprise à partir de vos expériences d'enfance? Je pense ici à quelque chose que vous pensez que vous pourriez avoir acquis ou gagné à partir de l'enfance que vous avez eue?
19. On a parlé beaucoup du passé dans cette entrevue, mais j'aimerais terminer en projetant plutôt dans le futur. On vient juste de parler de ce que vous pensez avoir appris de vos expériences dans l'enfance. J'aimerais terminer en vous demandant ce que vous espéreriez que ____ (nom de l'enfant) pourrait apprendre de ses expériences d'avoir été gardé par vous?

CONCLUSION :

Ça fait le tour des questions que je voulais vous poser. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter?

Ce ne sont pas des questions auxquelles on pense à tous les jours; j'apprécie que vous ayez accepté d'y répondre.

Comment avez-vous trouvé les deux entrevues que nous venons de faire? Avec quoi repartez-vous?


Appendix F
Infant Behavior Questionnaire Revised – Very Short Form (IBQr-vsf)

INFANT BEHAVIOR QUESTIONNAIRE (IBQ-VSF)

(Gartstein & Rothbart (2003))

Lisez chaque description de comportement du bébé ci-dessous et indiquez à quelle fréquence le bébé fait ce qui est écrit au cours de **LA DERNIÈRE SEMAINE** (les sept jours passés) en cochant un des choix. Ces choix indiquent à quelle fréquence vous avez observé le comportement décrit au cours de la dernière semaine.

La colonne « Ne s'applique pas » est utilisée quand vous n'avez pas vu le bébé dans la situation décrite au cours de la dernière semaine. Par exemple, si la question concerne le bébé qui attend pour manger ou boire, alors qu'à aucun moment au cours de la semaine passée, votre bébé n'a eu à attendre, encerclez « Ne s'applique pas ». « Ne s'applique pas » est différent de « Jamais ». « Jamais » est utilisé quand vous avez vu le bébé dans la situation concernée, mais que le bébé n'a jamais eu le comportement décrit au cours de la dernière semaine. Par exemple, si le bébé a dû attendre pour manger ou boire au moins une fois, mais qu'il n'a jamais pleuré fort durant l'attente, encerclez « Jamais ».

1	2	3	4	5	6	7	X
Jamais	Très rarement	Moins de la moitié du temps	Environ la moitié du temps	Plus que la moitié du temps	Presque toujours	Toujours	Ne s'applique pas
							

- | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (1) Quand vous l'avez habillé ou déshabillé durant la dernière semaine, à quelle fréquence votre bébé s'est tortillé ou a essayé de s'éloigner? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | X |
| (2) Quand il a lancé des jouets avec espièglerie, à quelle fréquence votre bébé a ri? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | X |
| (3) Quand il était fatigué, à quelle fréquence votre bébé a montré de la détresse? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | X |
| (4) Quand vous lui avez présenté un adulte qu'il/elle ne connaissait pas, à quelle fréquence votre bébé s'est accroché à vous? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | X |
| (5) À quelle fréquence votre bébé a apprécié que vous lui lisiez une histoire? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | X |
| (6) À quelle fréquence votre bébé a joué avec un jouet ou un objet pendant 5 à 10 minutes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | X |
| (7) À quelle fréquence votre bébé s'est déplacé rapidement vers de nouveaux objets? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | X |
| (8) Quand vous l'avez mis au bain, à quelle fréquence votre bébé a ri? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | X |

1	2	3	4	5	6	7	X
Jamais	Très rarement	Moins de la moitié du temps	Environ la moitié du temps	Plus que la moitié du temps	Presque toujours	Toujours	Ne s'applique pas
—————→							

(9)	Quand il était l'heure du lit ou de la sieste et que votre bébé ne voulait pas y aller, à quelle fréquence il/elle a pleurniché ou sangloté?	1	2	3	4	5	6	7	X
(10)	Après le sommeil, à quelle fréquence votre bébé a pleuré si personne n'est arrivé rapidement?	1	2	3	4	5	6	7	X
(11)	En mangeant assis sur vos genoux, à quelle fréquence votre bébé a semblé enthousiaste pour s'en aller dès la fin du repas?	1	2	3	4	5	6	7	X
(12)	Quand vous avez chanté ou parlé à votre bébé, à quelle fréquence il/elle s'est apaisé(e) immédiatement?	1	2	3	4	5	6	7	X
(13)	Une fois placé sur le dos, à quelle fréquence votre bébé s'est tortillé et/ou s'est retourné?	1	2	3	4	5	6	7	X
(14)	Durant le jeu du cou cou-me-voilà, à quelle fréquence votre bébé a ri?	1	2	3	4	5	6	7	X
(15)	À quelle fréquence votre bébé a interrompu son jeu quand le téléphone a sonné?	1	2	3	4	5	6	7	X
(16)	À quelle fréquence votre bébé a semblé en colère (pleurant et s'agitant) quand vous le mettiez au lit?	1	2	3	4	5	6	7	X
(17)	À quelle fréquence votre bébé a été surpris par un changement soudain de position de son corps (p. ex., quand il a été bougé soudainement)?	1	2	3	4	5	6	7	X
(18)	À quelle fréquence votre bébé a apprécié écouter le son des mots, comme dans une comptine?	1	2	3	4	5	6	7	X
(19)	À quelle fréquence votre bébé a regardé des images dans des livres et/ou des magazines pendant 5 minutes ou plus longuement?	1	2	3	4	5	6	7	X
(20)	Quand vous avez visité un nouvel endroit, à quelle fréquence votre bébé a été excité par la découverte d'un nouvel environnement?	1	2	3	4	5	6	7	X
(21)	À quelle fréquence votre bébé a souri ou ri quand on lui donnait un jeu?	1	2	3	4	5	6	7	X
(22)	À la fin d'une journée excitante, à quelle fréquence votre bébé s'est mis à pleurer?	1	2	3	4	5	6	7	X
(23)	À quelle fréquence votre bébé a protesté d'être coincé dans un endroit (siège bébé, parc, siège de voiture)?	1	2	3	4	5	6	7	X

1	2	3	4	5	6	7	X
Jamais	Très rarement	Moins de la moitié du temps	Environ la moitié du temps	Plus que la moitié du temps	Presque toujours	Toujours	Ne s'applique pas
—————→							

- (24) Quand vous l'avez porté dans vos bras, à quelle fréquence votre bébé a semblé s'amuser? 1 2 3 4 5 6 7 X
- (25) Quand vous avez montré à votre bébé quelque chose à regarder, à quelle fréquence il/elle s'est apaisé(e) immédiatement? 1 2 3 4 5 6 7 X
- (26) Quand ses cheveux ont été lavés, à quelle fréquence votre bébé a fait des vocalises? 1 2 3 4 5 6 7 X
- (27) À quelle fréquence votre bébé a remarqué le son d'un avion qui passait au-dessus de lui? 1 2 3 4 5 6 7 X
- (28) Quand vous lui avez présenté un adulte qu'il/elle ne connaissait pas, à quelle fréquence votre bébé a refusé d'aller vers cette personne inconnue? 1 2 3 4 5 6 7 X
- (29) Quand vous êtes occupé par une autre activité et que votre bébé n'arrive pas à attirer votre attention, à quelle fréquence il/elle a pleuré? 1 2 3 4 5 6 7 X
- (30) À quelle fréquence votre bébé a apprécié des activités rythmiques douces, telles que se balancer ou être bercé? 1 2 3 4 5 6 7 X
- (31) À quelle fréquence votre bébé a regardé fixement un mobile, un tour de lit ou une image pendant 5 minutes ou plus longuement? 1 2 3 4 5 6 7 X
- (32) Quand votre bébé voulait quelque chose, à quelle fréquence il/elle s'est énervé(e) quand il/elle n'a pas pu obtenir ce qu'il/elle voulait? 1 2 3 4 5 6 7 X
- (33) Quand il/elle était en présence de plusieurs adultes inconnus, à quelle fréquence votre bébé s'est accroché à vous? 1 2 3 4 5 6 7 X
- (34) Une fois balancé ou étreint, la semaine dernière, à quelle fréquence votre bébé a semblé s'amuser? 1 2 3 4 5 6 7 X
- (35) Quand vous avez tapoté ou caressé doucement certaines parties du corps de votre bébé, à quelle fréquence il/elle s'est apaisé(e) immédiatement? 1 2 3 4 5 6 7 X
- (36) À quelle fréquence votre bébé a fait du bruit pour s'adresser à vous quand vous étiez en voiture? 1 2 3 4 5 6 7 X
- (37) Une fois installé dans un siège pour bébé ou un siège voiture, à quelle fréquence votre bébé s'est tortillé et s'est retourné? 1 2 3 4 5 6 7 X

Appendice G

Early Childhood Behavior Questionnaire – Very Short Form (ECBQ-vs)

THE EARLY CHILDHOOD BEHAVIOR QUESTIONNAIRE (ECBQ-VSF)

(Putnam, Jacobs, Garstein, & Rothbart, 2010)

En lisant chaque description du comportement de l'enfant ci-dessous, s'il-vous-plait indiquez à quelle fréquence l'enfant a agi de cette façon au cours des **DEUX DERNIÈRES SEMAINES** en encerclant l'un des numéros dans la colonne appropriée. Ces nombres indiquent la fréquence à laquelle vous avez observé le comportement décrit durant les deux dernières semaines.

La colonne « Ne s'applique pas » (NA) est utilisée lorsque vous n'avez pas vu l'enfant dans la situation décrite durant les deux dernières semaines. Par exemple, si la situation mentionne que l'enfant est allé(e) chez le médecin et qu'au cours des deux dernières semaines, il n'y a eu aucun moment où l'enfant s'est présenté(e) chez le médecin, encerclez la colonne (NA). « Ne s'applique pas » (NA) est différent de « Jamais » (1). « Jamais » est utilisé lorsque vous avez vu l'enfant dans la situation décrite, mais que l'enfant n'a jamais agi selon le comportement mentionné au cours des deux dernières semaines. Veuillez vous assurer d'encercler un numéro ou NA pour chaque question.

1	2	3	4	5	6	7	NA
Jamais	Rarement	Moins de la moitié du temps	Environ la moitié du temps	Plus de la moitié du temps	Presque toujours	Toujours	Ne s'applique pas
						→	

- | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|----|
| (1) Lorsqu'une personne inconnue l'a approché(e) dans un endroit public (p. ex., l'épicerie), à quelle fréquence votre enfant s'est accroché(e) à un parent? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | NA |
| (2) Lorsqu'il/elle a eu des ennuis à compléter une tâche (p. ex., construire, dessiner, s'habiller), à quelle fréquence votre enfant est facilement devenu(e) irrité(e)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | NA |
| (3) Lorsqu'un enfant familier est venu à la maison, à quelle fréquence votre enfant a recherché la compagnie de l'enfant? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | NA |
| (4) Lorsqu'on lui a offert un choix d'activité, à quelle fréquence votre enfant a décidé ce qu'il/elle voulait faire très rapidement tout en s'exécutant? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | NA |
| (5) Lors des moments calmes de la journée ou de la soirée entre vous et votre enfant, à quelle fréquence votre enfant a tout simplement apprécié se faire chanter une chanson calmement? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | NA |
| (6) En jouant dehors, à quelle fréquence votre enfant a choisi de prendre des risques pour le plaisir et l'excitation de le faire? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | NA |

1	2	3	4	5	6	7	NA
Jamais	Rarement	Moins de la moitié du temps	Environ la moitié du temps	Plus de la moitié du temps	Presque toujours	Toujours	Ne s'applique pas
—————→							

(7) Lorsqu'il/elle a joué avec son jouet préféré, à quelle fréquence votre enfant a joué pour plus de 10 minutes?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(8) Lorsqu'il/elle a joué avec son jouet préféré, à quelle fréquence votre enfant a continué à jouer <u>en même temps</u> qu'il/elle répondait à vos remarques ou à vos questions?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(9) Lorsqu'on l'a avisé qu'un adulte aimé le/la visitera, à quelle fréquence votre enfant est devenu(e) très excité(e)?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(10) Au cours des activités tranquilles, telle que lire une histoire, à quelle fréquence votre enfant a joué sans arrêt avec ses cheveux, vêtements, etc.?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(11) En jouant à l'extérieur, à quelle fréquence votre enfant a aimé des jeux brusques et bagarreurs?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(12) Lorsqu'on l'a doucement bercé(e) ou câliné(e), à quelle fréquence votre enfant a semblé empressé(e) de se sauver?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(13) Lorsqu'une nouvelle activité s'est présentée, à quelle fréquence votre enfant s'est impliqué(e) immédiatement?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(14) Lors s'une activité exigeant une attention soutenue, telle que bâtir quelque chose avec des blocs, à quelle fréquence votre enfant s'est fatigué(e) de l'activité assez rapidement?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(15) Au cours des activités quotidiennes, à quelle fréquence votre enfant a immédiatement porté attention à vous lorsque vous l'avez appelé(e)?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(16) Au cours des activités quotidiennes, à quelle fréquence votre enfant a semblé irrité(e) par les étiquettes sur ses vêtements?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(17) Au cours des activités quotidiennes, à quelle fréquence votre enfant a été dérangé(e) par des sons dans un environnement bruyant?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(18) Au cours des activités quotidiennes, à quelle fréquence votre enfant a semblé plein d'énergie, même en soirée?	1	2	3	4	5	6	7	NA

1	2	3	4	5	6	7	NA
Jamais	Rarement	Moins de la moitié du temps	Environ la moitié du temps	Plus de la moitié du temps	Presque toujours	Toujours	Ne s'applique pas
—————→							

(19) Dans un endroit public, à quelle fréquence votre enfant a semblé craintif/ve par des gros véhicules bruyants?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(20) En jouant à l'extérieur avec d'autres enfants, à quelle fréquence votre enfant a semblé parmi les enfants les plus actifs?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(21) Lorsqu'on lui a dit « non », à quelle fréquence votre enfant a cessé une activité interdite?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(22) Lorsqu'on lui a dit « non », à quelle fréquence votre enfant est devenu(e) tristement en pleurs?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(23) À la suite d'une activité ou d'un événement excitant, à quelle fréquence votre enfant a semblé déprimé(e) ou mélancolique?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(24) En jouant à l'intérieur, à quelle fréquence votre enfant a couru à travers la maison?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(25) Précédent un événement excitant (tel que recevoir un nouveau jouet), à quelle fréquence votre enfant est devenu(e) très excité(e) d'obtenir celui-ci?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(26) Lorsqu'il a/elle a demandé pour quelque chose que vous lui avez répondu « non », à quelle fréquence votre enfant a fait une crise?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(27) Lorsqu'on lui a demandé d'attendre pour un objet désirable (tel que de la crème glacée), à quelle fréquence votre enfant a attendu patiemment?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(28) Lorsqu'on l'a bercé(e), à quelle fréquence votre enfant a souri?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(29) Lorsque vous l'avez tenu(e) sur vos genoux, à quelle fréquence votre enfant s'est moulé(e) à votre corps?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(30) Lors d'une visite chez un adulte familial, tel qu'un membre de la famille ou d'un ami, à quelle fréquence votre enfant a voulu interagir avec l'adulte?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(31) Lorsqu'on lui a demandé de le faire, à quelle fréquence votre enfant a été capable de faire attention à quelque chose de fragile?	1	2	3	4	5	6	7	NA
(32) Lors d'une visite d'un nouvel endroit, à quelle fréquence votre enfant n'a <u>pas</u> voulu entrer?	1	2	3	4	5	6	7	NA

1	2	3	4	5	6	7	NA
Jamais	Rarement	Moins de la moitié du temps	Environ la moitié du temps	Plus de la moitié du temps	Presque toujours	Toujours	Ne s'applique pas
→							

- (33) Lorsqu'il/elle était bouleversé(e) (colère, tristesse, malaise), à quelle fréquence votre enfant a pleuré plus de 3 minutes, même après avoir été réconforté(e)?
- (34) Lorsqu'il/elle était bouleversé(e) (colère, tristesse, malaise), à quelle fréquence votre enfant est facilement devenu(e) apaisé(e)?
- (35) Lorsque vous étiez occupé(e), à quelle fréquence votre enfant a trouvé une autre activité lorsqu'on le lui a demandé?
- (36) Lors de grands rassemblements d'adultes ou d'enfants familiaux, à quelle fréquence votre enfant a pris plaisir à jouer avec un nombre de personnes différentes?

Appendice H
Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS)

EDINBURG POSTNATAL DEPRESSION SCALE

Cochez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments depuis les sept derniers jours.

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.

- Aussi souvent que d'habitude
- Pas tout à fait autant
- Vraiment beaucoup moins ces jours-ci
- Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.

- Autant que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Vraiment moins que d'habitude
- Pratiquement pas

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal.

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons.

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements.

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- Oui, parfois je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil.

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste et peu heureuse.

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré.

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal.

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

Appendix I
PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)

SYMPTOMATOLOGIE ESPT DU DSM-5 (PCL-5)

(Ashbaugh, Houle-Johnson, Herbert, El-Hage, & Brunet, 2016; Weathers et al., 2013).

PTSD Checklist for DSM-V

Instructions : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois à la suite d'une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et encercler le chiffre à droite pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois**.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Souvent	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
3. Se sentir soudainement comme si l'expérience stressante recommençait (<i>comme si vous la viviez de nouveau</i>)?	0	1	2	3	4
4. Être bouleversé lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
5. Réagir physiquement lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante (<i>p. ex., avoir le cœur qui bat très fort, du mal à respirer, ou avoir des sueurs</i>)?	0	1	2	3	4
6. Éviter souvenirs, pensées ou sentiments en lien avec l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
7. Éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (<i>p. ex., des gens, des lieux, des conversations, des activités, des objets, ou des situations</i>)?	0	1	2	3	4
8. Avoir du mal à vous rappeler d'éléments importants de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
9. Avoir des croyances négatives sur vous-même, les autres ou sur le monde (<i>p. ex., avoir des pensées telles que : je suis mauvais, il y a quelque chose qui cloche sérieusement chez moi, nul n'est digne de confiance, le monde est un endroit complètement dangereux</i>)?	0	1	2	3	4

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Souvent	Extrêmement
10. Vous blâmer ou blâmer les autres pour la survenue de l'expérience stressante ou ce qui est arrivé par la suite?	0	1	2	3	4
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte?	0	1	2	3	4
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant?	0	1	2	3	4
13. Vous sentir distant ou coupé des autres?	0	1	2	3	4
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (<i>p. ex., être incapable de ressentir la joie ou de l'amour envers vos proches</i>)?	0	1	2	3	4
15. Être irritable, avoir des bouffées de colère, ou agir agressivement?	0	1	2	3	4
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger?	0	1	2	3	4
17. Être 'super-alerte', vigilant ou sur vos gardes?	0	1	2	3	4
18. Sursauter facilement?	0	1	2	3	4
19. Avoir du mal à vous concentrer?	0	1	2	3	4
20. Avoir du mal à trouver ou garder le sommeil?	0	1	2	3	4

Appendice J

Personality Diagnostic Questionnaire for the Diagnostic and Statistical Manual of
Mental Disorders (DSM), fourth edition, revised (PDQ-4+)

PDQ-4+

Le but de ce questionnaire est de vous aider à décrire le genre de personne que vous êtes. Pour répondre aux questions, pensez à la manière dont vous avez eu tendance à ressentir les choses, à penser et à agir durant ces dernières années. Afin de vous rappeler cette consigne, chaque page du questionnaire commence par la phrase : « depuis plusieurs années... ».

V (Vrai) signifie que cet énoncé est **généralement vrai** pour vous.

F (Faux) signifie que cet énoncé est **généralement faux** pour vous.

Même si vous n'êtes pas tout à fait certain(e) de votre réponse, veuillez indiquer **V** ou **F** à chaque question.

Par exemple, à l'énoncé suivant :

#. J'ai tendance à être têtu(e) V F

Si, depuis plusieurs années, vous êtes effectivement têtu(e), vous répondrez « vrai » en entourant le **V**. Si cet énoncé ne s'applique pas du tout à vous, vous répondrez « faux » en entourant le **F**.

Il n'y a pas de réponses justes ou fausses.

Vous pouvez prendre tout le temps qu'il vous faut.

Depuis plusieurs années...

- | | | |
|---|---|---|
| 1. J'évite de travailler avec des gens qui pourraient me critiquer. | V | F |
| 2. Je ne peux prendre aucune décision sans le conseil ou le soutien des autres. | V | F |
| 3. Je me perds souvent dans les détails et n'ai plus de vision d'ensemble. | V | F |
| 4. J'ai besoin d'être au centre de l'attention générale. | V | F |
| 5. J'ai accompli beaucoup plus de choses que ce que les autres me reconnaissent. | V | F |
| 6. Je ferais n'importe quoi pour éviter que ceux qui me sont chers ne me quittent. | V | F |
| 7. Les autres se sont plaints que je ne sois pas à jour dans mon travail ou que je ne tienne pas mes engagements. | V | F |
| 8. J'ai eu des problèmes avec la loi à plusieurs reprises (ou j'en aurais eu si j'avais été pris(e)). | V | F |

Depuis plusieurs années...

9. Passer du temps avec ma famille ou avec des amis ne m'intéresse pas vraiment.	V	F
10. Je reçois des messages particuliers de ce qui se passe autour de moi.	V	F
11. Je sais que, si je les laisse faire, les gens vont profiter de moi ou chercher à me tromper.	V	F
12. Parfois, je me sens troublé(e), perturbé(e) ou triste.	V	F
13. Je ne me lie avec les gens que lorsque je suis sûr(e) qu'ils m'aiment.	V	F
14. Je suis habituellement déprimé(e).	V	F
15. Je préfère que ce soit les autres qui soient responsables pour moi.	V	F
16. Je perds du temps à m'efforcer de tout faire parfaitement.	V	F
17. Je suis plus « sexy » que la plupart des gens.	V	F
18. Je me surprends souvent à penser à la personne importante que je suis ou que je vais devenir un jour.	V	F
19. J'aime ou je déteste quelqu'un, il n'y a pas de milieu pour moi.	V	F
20. Je me bagarre beaucoup physiquement.	V	F
21. Je sens très bien que les autres ne me comprennent pas ou ne m'apprécient pas.	V	F
22. J'aime mieux faire les choses tout(e) seul(e) qu'avec les autres.	V	F
23. Je suis capable de savoir que certaines choses vont se produire avant qu'elles n'arrivent.	V	F
24. Je me demande souvent si les gens que je connais sont dignes de confiance.	V	F
25. Parfois, je parle des gens dans leur dos.	V	F
26. Je suis inhibé(e) dans mes relations intimes parce que j'ai peur d'être ridiculisé(e).	V	F
27. Je crains de perdre le soutien des autres si je ne suis pas d'accord avec eux.	V	F
28. Je souffre d'un manque d'estime de moi.	V	F
29. Je place mon travail avant la famille, les amis ou les loisirs.	V	F
30. Je montre facilement mes émotions.	V	F
31. Seules certaines personnes tout à fait spéciales sont capables de m'apprécier et de me comprendre.	V	F
32. Je me demande souvent qui je suis réellement.	V	F
33. J'ai du mal à payer mes factures parce que je ne reste jamais bien longtemps dans le même emploi.	V	F

Depuis plusieurs années...

- | | | |
|---|---|---|
| 34. Le sexe ne m'intéresse tout simplement pas. | V | F |
| 35. Les autres me trouvent « soupe au lait » (susceptible) et colérique. | V | F |
| 36. Il m'arrive souvent de percevoir ou de ressentir des choses alors que les autres ne perçoivent rien. | V | F |
| 37. Les autres vont utiliser ce que je dis contre moi. | V | F |
| 38. Il y a des gens que je n'aime pas. | V | F |
| 39. Je suis plus sensible à la critique et au rejet que la plupart des gens. | V | F |
| 40. J'ai de la peine à commencer quelque chose si je dois le faire tout(e) seul(e). | V | F |
| 41. J'ai un sens moral plus élevé que les autres. | V | F |
| 42. Je suis mon « propre » pire critique. | V | F |
| 43. Je me sers de mon apparence pour attirer l'attention dont j'ai besoin. | V | F |
| 44. J'ai un immense besoin que les autres gens me remarquent et me fassent des compliments. | V | F |
| 45. J'ai essayé de me blesser ou de me tuer. | V | F |
| 46. Je fais beaucoup de choses sans penser aux conséquences. | V | F |
| 47. Il n'y a pas beaucoup d'activités qui retiennent mon intérêt. | V | F |
| 48. Les gens ont souvent de la difficulté à comprendre ce que je dis. | V | F |
| 49. Je m'oppose verbalement à mes supérieurs lorsqu'ils me disent de quelle façon faire mon travail. | V | F |
| 50. Je suis très attentif(ve) à déterminer la signification réelle de ce que les gens disent. | V | F |
| 51. Je n'ai jamais dit un mensonge. | V | F |
| 52. J'ai peur de rencontrer de nouvelles personnes parce que je me sens inadéquat(e). | V | F |
| 53. J'ai tellement envie que les gens m'aient que j'en viens à me porter volontaire pour des choses qu'en fait je préférerais ne pas faire. | V | F |
| 54. J'ai accumulé énormément de choses dont je n'ai pas besoin mais que je suis incapable de jeter. | V | F |
| 55. Bien que je parle beaucoup, les gens me disent que j'ai de la peine à faire passer mes idées. | V | F |
| 56. Je me fais beaucoup de soucis. | V | F |
| 57. J'attends des autres qu'ils m'accordent des faveurs, quand bien même il n'est pas dans mes habitudes de leur en consentir. | V | F |
| 58. Je suis une personne dont l'humeur est très changeante. | V | F |

Depuis plusieurs années...

59. Mentir m'est facile et je le fais souvent.	V	F
60. Je ne suis pas intéressé(e) à avoir des amis proches.	V	F
61. Je suis souvent sur mes gardes, de peur qu'on profite de moi.	V	F
62. Je n'oublie pas et je ne pardonne jamais à ceux qui m'ont fait du mal.	V	F
63. J'en veux à ceux qui ont plus de chance que moi.	V	F
64. Une guerre atomique ne serait peut-être pas une si mauvaise idée.	V	F
65. Lorsque je suis seul(e), je me sens désemparé(e) et incapable de m'occuper de moi-même.	V	F
66. J'ai un penchant pour le « dramatique ».	V	F
67. Il y a des gens qui pensent que je profite des autres.	V	F
68. Il me semble que ma vie est sans intérêt et n'a aucun sens.	V	F
69. Je suis critique à l'égard des autres.	V	F
70. Je ne me soucie pas de ce que les autres peuvent avoir à dire à mon sujet.	V	F
71. J'ai des difficultés à soutenir un face-à-face.	V	F
72. Les autres se sont souvent plaint que je ne remarquais pas qu'ils étaient troublés.	V	F
73. En me regardant, les autres pourraient penser que je suis plutôt original(e), excentrique et bizarre.	V	F
74. J'aime faire des choses risquées.	V	F
75. J'ai beaucoup menti dans ce questionnaire.	V	F
76. Je me plains beaucoup de toutes les difficultés que j'ai.	V	F
77. J'ai de la peine à contrôler ma colère ou mes sautes d'humeur (ou mes emportements).	V	F
78. Certaines personnes sont jalouses de moi.	V	F
79. Je suis facilement influencé(e) par les autres.	V	F
80. J'estime être économe, mais les autres me trouvent pingre.	V	F
81. Quand une relation proche prend fin, j'ai besoin de m'engager immédiatement dans une autre relation.	V	F
82. Je souffre d'un manque d'estime de soi.	V	F
83. Je suis un(e) pessimiste.	V	F
84. Je ne perds pas mon temps à répliquer aux gens qui m'insultent.	V	F
85. Être au milieu des gens me rend nerveux(se).	V	F
86. Dans les situations nouvelles, je crains d'être mal à l'aise.	V	F
87. Je suis terrifié(e) à l'idée de devoir m'assumer tout(e) seul(e).	V	F

Depuis plusieurs années...

- | | | |
|--|---|---|
| 88. Les gens se plaignent que je sois aussi têtu(e) qu'une mule. | V | F |
| 89. Je prends les relations avec les autres beaucoup plus au sérieux qu'ils ne le font eux-mêmes. | V | F |
| 90. Je peux être méchant(e) avec quelqu'un à un moment et, dans la minute qui suit lui présenter mes excuses. | V | F |
| 91. Les autres pensent que je suis prétentieux(se). | V | F |
| 92. Quand je suis stressé(e), il m'arrive de devenir « parano » ou même de perdre conscience. | V | F |
| 93. Tant que j'obtiens ce que je veux, il m'est égal que les autres en souffrent. | V | F |
| 94. Je garde mes distances à l'égard des autres. | V | F |
| 95. Je me demande souvent si ma femme (mari, ami(e)) m'a trompé(e). | V | F |
| 96. Je me sens souvent coupable. | V | F |
| 97. J'ai fait, de manière impulsive, des choses (comme celles indiquées ci-dessous) qui pourraient me créer des problèmes. | V | F |

Veillez indiquer celles qui s'appliquent à vous :

- | | |
|---|-----|
| 1. Dépenser plus d'argent que j'en ai. | ___ |
| 2. Avoir des rapports sexuels avec des gens que je connais à peine. | ___ |
| 3. Boire trop. | ___ |
| 4. Prendre des drogues. | ___ |
| 5. Manger de façon boulimique. | ___ |
| 6. Conduire imprudemment. | ___ |

- | | | |
|--|---|---|
| 98. Lorsque j'étais enfant (avant l'âge de 15 ans), j'étais une sorte de délinquant(e) juvénile et je faisais certaines choses ci-dessous. | V | F |
|--|---|---|

Veillez indiquer celles qui s'appliquent à vous :

- | | |
|---|-----|
| 1. J'étais considéré(e) comme une brute. | ___ |
| 2. J'ai souvent déclenché des bagarres avec les autres enfants. | ___ |
| 3. J'ai utilisé une arme dans mes bagarres. | ___ |
| 4. J'ai volé ou agressé des gens. | ___ |
| 5. J'ai été physiquement cruel(le) avec d'autres gens. | ___ |
| 6. J'ai été physiquement cruel(le) avec des animaux. | ___ |
| 7. J'ai forcé quelqu'un à avoir des rapports sexuels avec moi. | ___ |
| 8. J'ai beaucoup menti. | ___ |
| 9. J'ai découché sans la permission de mes parents. | ___ |
| 10. J'ai dérobé des choses aux autres. | ___ |

11. J'ai allumé des incendies. _____
12. J'ai cassé des fenêtres ou détruit la propriété d'autrui. _____
13. Je me suis plus d'une fois enfui(e) de la maison en pleine nuit. _____
14. J'ai commencé à beaucoup manquer l'école avant l'âge de 13 ans. _____
15. Je me suis introduit(e) par effraction dans la maison, le bâtiment ou la
voiture de quelqu'un. _____