

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ANNE ST-LAURENT

L'EXPOSITION À LA VIOLENCE CONJUGALE COMME TRAUMATISME
COMPLEXE CHEZ LES ENFANTS TÉMOINS

OCTOBRE 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Daniela Wiethaeuper, Ph.D., directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Daniela Wiethaeuper, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Julie Lefebvre, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Maryse Benoit, Ph.D.

Université de Sherbrooke

Sommaire

L'exposition à la violence conjugale touche un nombre important d'enfants dans notre société, mais la communauté scientifique ne s'entend pas à reconnaître l'exposition à la violence conjugale comme une forme de mauvais traitement psychologique chez l'enfant (Trocmé et al., 2011). Par contre, l'impact de ces expériences est désormais reconnu comme laissant de nombreuses conséquences chez les enfants qui en sont témoins (Howell & Graham-Bermann, 2011; Lamers-Winkelmann, Willemen, & Visser, 2012; Lourenço et al., 2013; McTavish, MacGregor, Wathen, & MacMillan, 2016; Miller, Howell, & Graham-Bermann, 2012). Malgré que l'exposition à la violence conjugale soit considérée parmi les événements traumatiques faisant partie du traumatisme complexe, peu d'études ont, à ce jour, été effectuées en examinant les différenciations entre les enfants directement victimes de traumatismes dans leur milieu familial et ceux étant exposés à la violence conjugale, donc indirectement victimes de cette violence. Cette étude aura donc pour but d'explorer si les conséquences chez les enfants témoins de violence conjugale seulement sont aussi importantes que chez les enfants qui sont directement victimes de traumatismes interpersonnels répétés. Dans cet essai, les concepts de trauma et du traumatisme complexe sont utilisés afin de porter un autre regard sur les impacts psychologiques et développementaux de la violence conjugale chez l'enfant témoin. Les hypothèses de notre étude sont que l'exposition à la violence conjugale peut aboutir à un diagnostic de traumatisme développemental avec des conséquences aussi importantes et que l'exposition à la violence conjugale se

manifesterait par des symptômes plus spécifiques et différents des autres traumatismes. Des études récentes explorant les conséquences de l'exposition à la violence conjugale sont présentées et comparées à des études explorant les conséquences du traumatisme interpersonnel familial répété vécu dans l'enfance. Il ressort donc que les enfants exposés à la violence conjugale présentent des conséquences psychologiques s'apparentant aux conséquences liées aux traumatismes interpersonnels répétés dans la famille et se distinguent, par une plus grande complexité, d'un Trouble de stress post-traumatique (TSPT). Toutefois, certaines différences ressortent selon les types de mauvais traitements dont les enfants sont victimes, ainsi qu'à l'intérieur même des types de violence conjugale dont les enfants sont témoins. Un diagnostic plus précis et spécifique, incluant des facteurs intrapsychiques et inconscients serait donc à recommander afin de mieux cibler les interventions à préconiser auprès de ces enfants.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte théorique	4
Violence conjugale	5
Prévalence de la violence conjugale	5
L'enfant témoin	7
La prévalence des enfants témoins	9
L'enfant témoin : multidétermination et complexité de l'exposition à la violence conjugale	10
Les facteurs médiateurs indiquant la sévérité de l'exposition et des conséquences à la violence conjugale	12
Caractéristiques de l'âge et/ou l'étape développementale de l'enfant	12
Impacts multiples de l'exposition à la violence conjugale	14
Ethnicité	15
Caractéristiques individuelles et personnelles des parents	16
Facteurs socioéconomiques	19
La perception de l'enfant sur la violence et les conséquences psychologiques de l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant témoin	21
Trauma psychologique	23
L'évolution du concept de trauma et des diagnostics des troubles associés au trauma psychologique	24

La dichotomie corps-esprit en psychiatrie aux XVIII ^e et XIX ^e siècles	24
Le rôle des guerres dans l'évolution du concept de trauma.....	32
Psychiatrie britannique : de Freud à l'évolution du concept lors de la Première Guerre mondiale	33
Évolution du concept lors de la Seconde Guerre mondiale et la Guerre de Corée	35
Psychiatrie américaine : avènement des Manuels diagnostics et statistiques des troubles mentaux.....	38
Le DSM-III	40
DSM-III-R	41
DSM-IV	42
DSM-V	43
Modifications apportées au long de l'histoire du DSM.....	45
Le trauma chez l'enfant et nouvelles perspectives diagnostiques.....	48
Diagnostics actuels liés à des traumatismes ou des facteurs de stress chez les enfants	49
Le TSPT chez l'enfant	49
Diagnostics liés à un contexte de négligence.....	49
Particularité du traumatisme développemental chez l'enfant	53
Les facteurs qui influencent la gravité du phénomène chez l'enfant.....	55
Traumatisme psychologique relationnel survenant durant le développement de l'enfant (trauma complexe).....	58
Critères diagnostics.....	60
Objectifs de l'étude	64
Questions de recherche	65

Méthode.....	66
Recherche bibliographique.....	67
Critères d'inclusion.....	69
Critères d'exclusion	69
Résultats	73
Conséquences développementales chez les enfants témoins de violence conjugale ...	74
Conséquences développementales de l'exposition à des traumatismes interpersonnels complexes chez l'enfant.....	80
Comparaison des conséquences liées à l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant témoin et les conséquences du traumatisme complexe chez l'enfant victime	84
Discussion	88
Forces et limites de l'essai et futures recherches	98
Conclusion	100
Références	104
Appendice A Diagnostics liés aux traumatismes et au stress touchant spécifiquement l'enfant dans le DSM-V	121
Appendice B Tableau 4. Conséquences socioémotionnelles et comportementales, traumatiques et neurophysiologiques de l'exposition développementale à la violence conjugale chez l'enfant de la naissance à 12 ans	123
Appendice C Tableau 5. Conséquences développementales de l'exposition à des traumatismes interpersonnels chez les enfants de zéro à 12 ans	132

Liste des tableaux

Tableau

1	Évolution du diagnostic du TSPT selon les DSM.....	46
2	Critères proposés pour le Developmental Trauma Disorder (DTD)	61
3	Comparaison des conséquences liées à l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant témoin et des conséquences liées au traumatisme complexe basée sur des études empiriques récentes.....	86
4	Conséquences socioémotionnelles et comportementales, traumatiques et neurophysiologiques de l'exposition développementale à la violence conjugale chez l'enfant de la naissance à 12 ans.....	124
5	Conséquences développementales de l'exposition à des traumatismes interpersonnels chez les enfants de zéro à 12 ans	133

Remerciements

Je souhaite d'abord remercier sincèrement madame Daniela Wiethaeuper, directrice du présent essai, pour ses encouragements, sa bienveillance et son soutien tout au long de cet essai. Les remerciements s'adressent également aux professeurs qui ont accepté de joindre le jury d'évaluation de cet essai. La rédaction de ce projet de recherche fut un défi considérable qui m'a permis d'importants apprentissages tant au plan professionnel que personnel.

Je tiens à remercier mes collègues et amies, Catherine Audy-Dubé et Jessica Couture Levasseur pour leur écoute, leur support et leurs conseils tout au long du processus. Finalement, un grand merci à ma famille et mon conjoint pour leurs encouragements durant ce long processus que fut la rédaction de cet essai.

Introduction

Les conséquences de l'exposition à la violence conjugale chez les enfants sont un sujet plutôt récent dans la recherche, lorsque comparées à l'étude de la maltraitance qui date de plus d'un demi-siècle (Clément, Bernèche, Chamberland, & Fontaine, 2013). Encore récemment, bien que l'exposition à la violence conjugale était de plus en plus considéré comme une forme de mauvais traitement psychologique chez l'enfant, la communauté scientifique n'était pas unanime à ce sujet (Trocmé et al., 2011). Toutefois, la reconnaissance de l'impact de ces expériences est désormais reconnue dans notre société.

Bien que l'exposition à la violence conjugale soit considérée par certains auteurs comme pouvant être incluses dans le traumatisme complexe, peu d'études ont, à ce jour, été effectuées en examinant les différentiations entre les enfants directement victimes de traumatismes dans leur milieu familial et ceux étant exposés à la violence conjugale, donc indirectement victimes de cette violence. Dans cette optique, le présent essai, de nature théorique et basé sur une recension des écrits, a pour but d'explorer si les conséquences chez les enfants témoins de violence conjugale sont aussi importantes que chez les enfants qui sont directement victimes de traumatisme physique et relationnel dans la famille. Les concepts de trauma et du traumatisme complexe seront utilisés afin de porter un autre regard sur les impacts psychologiques et développementaux de la violence conjugale chez l'enfant témoin.

Dans un premier temps, la violence conjugale et l'enfant témoin seront abordés afin de camper le sujet de la présente recension critique et de bien saisir les enjeux de la problématique. Par la suite, l'historique du concept de trauma sera exposé en se centrant plus particulièrement sur la théorie de Freud et sur la conception des Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux (DSM). Cette section sera suivie du trauma chez l'enfant et des nouvelles perspectives de recherche sur le sujet. Le traumatisme complexe sera alors abordé. Par la suite, la méthode sera exposée afin d'éclairer de quelle façon la recension s'est effectuée. Dans la présentation des résultats, les conséquences de l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant témoin seront exposées et discutées, suivies des conséquences des traumatismes interpersonnels complexes chez les enfants. Finalement, dans la discussion, les conséquences de l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant témoin seront comparées à ceux des traumatismes interpersonnels directs. Une analyse réflexive sur les diagnostics concernant les conséquences chez les enfants témoins de violence conjugale sera effectuée.

Contexte théorique

Cette section débutera en abordant le concept de la violence conjugale et l'impact sur l'enfant témoin. Par la suite, le concept de trauma psychologique sera abordé, suivi des nouvelles conceptions diagnostiques du traumatisme chez l'enfant. Finalement, les objectifs du présent essai seront présentés.

Violence conjugale

La violence conjugale fait partie d'une série d'actes se produisant de façon répétitive, ascendante (Gouvernement du Québec, 2012) et implique généralement l'abus d'un partenaire sur l'autre avec lequel il entretient une relation intime (McGee, 1997). Elle réfère à l'utilisation de comportements qui ont pour objectif d'avoir un contrôle sur l'autre conjoint, de manière coercitive et agressive, contre la volonté de la personne qui le subit (Gouvernement du Québec, 2012; ministère de la Justice du Canada, 2002). La violence conjugale peut se manifester sous forme d'agressions physiques, psychologiques, verbales, sexuelles ou d'abus au plan économique (Gouvernement du Québec, 2012; ministère de la Justice du Canada, 2002).

Prévalence de la violence conjugale

En 2013, l'Organisation mondiale de la santé révélait que près de 30 % des femmes à travers le monde subissent de la violence de nature physique ou sexuelle de la part de leur conjoint au cours de la vie et, en Amérique du Nord, cette prévalence se chiffrait à 21,3 %

(World Health Organization, 2013). En 2014, au Canada, ce sont environ 342 000 femmes et 418 000 hommes qui ont déclaré avoir été victime de violence conjugale dans les cinq années précédentes (2009–2014), équivalent à 4 % de la population générale (Statistique Canada, 2016). La même année, plus de la moitié des personnes (51 %) qui avaient été victimes de violence conjugale dans les cinq années précédentes et qui avaient des enfants de moins de 15 ans vivant sous le même toit, a affirmé que les enfants avaient été témoins de cette violence (Statistique Canada, 2016). L'exposition à la violence conjugale est donc un phénomène qui touche un nombre important d'enfants.

Au Québec, en 2014, 18 746 infractions contre la personne ont été commises dans un contexte conjugal chez les individus âgés de 12 ans et plus, représentant le quart de la totalité des victimes de crime contre la personne pour cette même année dans la province (ministère de la Sécurité publique, 2016). Les personnes de 18 à 24 ans représentent plus du cinquième de ces victimes (21,5 %) alors que les individus âgés de 30 à 39 ans représentent plus du quart (30,4 %) de ces victimes (ministère de la Sécurité publique, 2016). Il est donc possible de constater une prévalence élevée de violence conjugale se produisant à un âge où la parentalité devient plus présente. Bien que la violence conjugale n'ait pas de sexe, les femmes sont plus à risque de subir des formes de violence plus graves que les hommes, dont des blessures physiques ou psychologiques (Statistique Canada, 2016). La mère, souvent le donneur de soin de l'enfant, risque donc d'être davantage affectée par la violence conjugale.

Quant à la durée moyenne des relations abusives chez les couples ayant des enfants, les résultats des études varient de trois (Lamers-Winkelmann, Willemen et al., 2012) à neuf ans (de la Vega, de la Osa, Granero, & Ezpeleta, 2013; Graham-Bermann & Perkins, 2010; Katz, Stettler, & Gurtovenko, 2016; McDonald, Corona et al., 2016). Les différences entre les études sont essentiellement dues aux caractéristiques des échantillons (taille de l'échantillon, âge des enfants, méthode de recrutement), aux différentes mesures utilisées ainsi qu'à la nationalité des participants, considérant que ces études ont été portées dans différents pays. Chez les femmes qui ne demeurent plus avec le partenaire violent, un taux élevé d'entre elles maintiennent des contacts réguliers avec ceux-ci (Gewirtz, DeGarmo, & Medhanie, 2011; Graham-Bermann & Perkins, 2010), laissant présager que la violence peut perdurer au-delà de la relation conjugale.

L'enfant témoin

La violence conjugale ne touche pas seulement les parents impliqués dans les actes violents, mais également les enfants qui y sont exposés (Bourret, 2006; Edleson, 1999; McGee, 1997; Paradis, 2012). L'exposition à la violence conjugale peut prendre diverses formes dont le fait d'en être témoin direct (par ex. par l'exposition à des scènes de violence), par l'implication de l'enfant dans la violence en tentant d'intervenir physiquement ou en appelant de l'aide, mais aussi de manière indirecte en entendant cette violence et en vivant les conséquences physiques et psychologiques qu'elle peut entraîner (par ex., la dépression chez les donneurs de soins victimes, les blessures et les signes de violence qui demeurent parfois dans la maison) (Bourret, 2006; Hornor, 2005, Paradis, 2012). Au Québec, depuis

2008, l'exposition à la violence conjugale est admise comme un motif de compromission à la sécurité et au développement de l'enfant selon la Loi de la Protection de la Jeunesse au même sens que les autres formes de mauvais traitements psychologiques (Gouvernement du Québec, 2008).

Ainsi, les enfants ne sont pas passifs face à la violence conjugale, et cette dernière peut les affecter, même s'ils n'en sont pas directement témoins (Fortin, 2005). Selon une étude de DeBoard-Lucas et Grych (2011), les deux attitudes les plus communes adoptées face à la violence des parents seraient de tenter d'y mettre fin (ex. en intervenant directement dans le conflit ou en appelant la police) ou alors de renoncer (ex. en quittant la pièce). Les enfants deviennent donc partie prenante du conflit en s'impliquant de différentes façons dans celui-ci. De plus, il arrive que les enfants soient impliqués dans le conflit en étant physiquement agressés lors de l'incident (Bourret, 2006; Clément et al., 2013; Fantuzzo, Boruch, Beriama, & Atkins, 1997). En effet, chez les enfants plus âgés, ils sont parfois eux-mêmes blessés physiquement en tentant de protéger un de leur parent alors que chez les plus jeunes, ils peuvent être blessés en se trouvant dans les bras de leur mère au moment de la violence (Bourret, 2006). Aussi, bien que la violence conjugale soit vécue de façon directe ou indirecte, les enfants témoins vivent les conséquences physiques et psychologiques qu'elle peut entraîner (par ex., la dépression chez les donneurs de soins victimes, les blessures et les signes de violence qui sont parfois visibles dans la maison) (Bourret, 2006; Holden, Geffner, & Jouriles, 1998; Hornor, 2005; McGee, 1997; Paradis, 2012).

La prévalence des enfants témoins. Aux États-Unis, en 2006, le nombre d'enfants témoins de violence conjugale était estimé à 15,5 millions, dont sept millions qui auraient été témoins de violences sévères entre les parents, tels qu'avoir été menacés avec une arme, avoir été agressés physiquement, victimes d'étouffements ou de brûlures (McDonald, Jouriles, Ramisetty-Mikler, Caetano, & Green, 2006). De plus, toujours au États-Unis, une étude de Finkelhor et ses collaborateurs (2009) sur 4549 enfants âgée de 0 à 17 ans, indique que 6,2% des enfants ont été témoins d'un assaut entre leurs parents dans la dernière année et ce chiffre augmente à 16,3% depuis leur naissance.

Plus près de nous, au Québec, une enquête menée en 2012, portant sur la violence familiale dans la vie de 3629 enfants, révèle qu'annuellement 25 % des enfants de 6 mois à 17 ans qui vivent dans un ménage privé ont connaissance ou sont témoins de violence verbale entre leurs parents et 6 % des enfants en sont témoins de façon répétée, soit trois fois ou plus dans une année (Clément et al., 2013). De plus, des conduites de violence physique entre les parents toucheraient 1,9 % des enfants au Québec alors que des conduites de violence psychologique toucheraient 6 % des enfants (Clément et al., 2013). Les résultats de cette étude ne prennent toutefois pas en compte les enfants vivant dans un logement collectif (par ex., centre jeunesse, résidence scolaire, foyer pour jeunes contrevenants) ou ceux qui résident sur une réserve autochtone ou sur les territoires Cris ou Inuits, pouvant alors minimiser le pourcentage d'enfants exposés. Ainsi, ces données font état de l'ampleur du phénomène pour les enfants qui sont exposés à la violence conjugale. Néanmoins, il est possible de croire que le nombre d'enfants exposés indirectement à la violence conjugale est

d'autant plus élevé et possiblement peu étudié, dû à la complexité du phénomène d'un point de vue théorique et méthodologique.

L'enfant témoin : multidétermination et complexité de l'exposition à la violence conjugale. L'étude sur l'exposition à la violence et ses conséquences peut être considérée comme un phénomène complexe et multidéterminé puisque la majorité des enfants témoins de violence sont exposés à plus d'un type de violence (Bogat, Levendosky, von Eye, & Davidson Li, 2011; Chemtob & Carlson, 2004; Grasso et al., 2016; Lamers-Winkelman, Willemen et al., 2012). Selon l'Enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants au Québec mentionnée précédemment, dans la population générale, 3,3 % des enfants exposés à la violence conjugale auraient été témoins à la fois de violence verbale et psychologique et 0,9 % à la fois à de la violence verbale, psychologique et physique (Clément et al., 2013). Selon une autre étude concernant un échantillon de 208 enfants néerlandais des deux sexes, âgés de 2 à 12 ans et ayant été témoins de violence conjugale, seulement 11 % ont été exposés à un seul type de violence, souvent la violence verbale (Lamers-Winkelman, Willemen et al., 2012). Ainsi, la majorité des enfants de cette étude ont été exposés à plus d'un type de violence, soit 23 % à deux types, 30 % à trois types, 19 % à quatre types et 16 % aux cinq types de violence conjugale ciblée par cette étude (violence verbale, violence physique, blessures sérieuses au donneur de soin, bris dans la maison ou d'objets et harcèlement). Les combinaisons de violence les plus fréquentes étaient la violence verbale et physique (Lamers-Winkelman, Willemen et al., 2012). La différence des résultats à ces études concernant le taux de comorbidité entre les différents

types de violence conjugale est attribuable au fait que la première étude cible une population normale, alors que la seconde concerne une population d'enfants exposés à la violence conjugale. De plus, la taille des échantillons et leur provenance peuvent contribuer à l'écart entre les résultats des études. Il est toutefois possible de constater un taux élevé de comorbidité entre les différents types de violence conjugale.

Ce portrait devient encore plus complexe si la violence conjugale est également considérée? comme un indicateur important du risque concomitant d'autres types d'adversités (Porche, Costello, & Rosen-Reynoso, 2016) comme les abus physiques, sexuels et la négligence chez l'enfant (Dong et al., 2004; Horner, 2005; Huang, Vikse, Lu, & Yi, 2015; Lamers-Winkelmann, Willemen et al., 2012; McGee, 2000; McTavish et al., 2016; Osofsky, 2003; Porche et al., 2016; Witt et al., 2016). Par exemple, une étude américaine de Graham-Bermann, Castor, Miller et Howell (2012), réalisée avec 120 enfants de nationalités diverses (38 % européens américains, 37 % afro-américains, 5 % latino et 20 % multiethniques) de 4 à 6 ans, dont 53 % sont des garçons, examine l'impact de la violence conjugale chez des enfants provenant de familles défavorisées. Les résultats de cette étude font ressortir que 62 % des enfants ont indiqué avoir vécu l'exposition à la violence conjugale sans abus porté directement à leur personne, à répétition, alors que 38 % ont été exposés à au moins un événement traumatique additionnel (Graham-Bermann et al., 2012). De ce nombre, 70 % n'ont vécu qu'un événement additionnel alors que 24 % en ont vécu deux et 6 % ont vécu trois événements traumatiques additionnels. De ceux qui ont rapporté avoir vécu des événements additionnels, la violence physique était la plus commune, soit

perpétrer par un membre de la famille ou quelqu'un qui était connu de l'enfant, sans différence significative au niveau du genre de l'enfant (Graham-Bermann et al., 2012). Ces résultats concordent avec d'autres études qui établissent des liens significatifs et positifs entre la violence conjugale et la violence psychologique et physique dirigée sur l'enfant (Doucet & Fortin, 2014; Lamers-Winkelmann, Willemen et al., 2012; Roberts, Campbell, Ferguson, & Crusto, 2013). Ainsi, les enfants exposés à la violence conjugale sont souvent témoins de différents types de violence entre leurs parents et sont également plus susceptibles d'être directement victimes de violence, d'abus ou de négligence.

Les facteurs médiateurs indiquant la sévérité de l'exposition et des conséquences à la violence conjugale

Il existe de nombreuses caractéristiques qui peuvent influencer la sévérité de la violence à laquelle l'enfant est témoin ainsi que les conséquences que l'exposition à cette violence peut engendrer. Les facteurs les plus cités dans la littérature sont l'âge/étape développementale de l'enfant, l'effet cumulatif, l'ethnicité, les caractéristiques de la structure familiale, et les caractéristiques socioéconomiques.

Caractéristiques de l'âge et/ou l'étape développementale de l'enfant. Certains auteurs identifient l'âge de l'enfant comme étant une variable importante à prendre en considération, tant dans l'ampleur de la violence à laquelle ils seront exposés qu'au niveau des conséquences de l'exposition à la violence conjugale. Une étude de Graham-Bermann et Perkins (2010) tente de distinguer l'effet de l'âge de l'enfant lors de la première exposition à la violence conjugale et l'étendue de la violence à laquelle 190 enfants américains du sud-est

du Michigan, âgés de 6 à 12 ans, ont été exposés. Dans cette étude, l'échantillon utilisée le nombre des participants pour chaque sexe est similaire, mais la variable ethnicité varie (52 % caucasien, 34 % afro-américain, 9,5 % multiethnique et 4 % autres). Il ressort de façon significative de ces résultats que la majorité de ces enfants (63 %) ont été exposés à la violence conjugale dès leur première année de vie (Graham-Bermann & Perkins, 2010). Ces résultats sont cohérents avec d'autres études indiquant que les enfants d'âge préscolaire ont plus de risque d'être exposés à la violence conjugale (Clément et al., 2013; Fantuzzo et al., 1997; Osofsky, 2003). Cela peut notamment s'expliquer par le fait que ces derniers passent plus de temps à la maison que les enfants plus âgés (Fortin, 2005; Howell, 2011). Considérant le jeune âge de l'enfant lors de l'exposition à ce type de violence, il est possible de croire que l'impact sur le développement sera d'autant plus important.

De plus, l'exposition à la violence conjugale à un plus jeune âge est associée à une plus grande décroissance au niveau de l'ajustement de l'enfant dans le futur (Graham-Bermann & Perkins, 2010; Holmes, 2013a). Plus précisément, plus les enfants sont exposés à la violence conjugale en bas âge, plus ils présentent de problèmes de comportements d'agressivité au fil du temps (Holmes, 2013a). Dans le même sens, une étude de Graham-Bermann et Perkins (2010), citée plus haut, portant sur 190 enfants des deux sexes, fait ressortir une corrélation négative significative chez les garçons, entre l'âge de la première exposition et les problèmes de comportements extériorisés. Chez les filles, une corrélation négative significative ressort entre l'âge de la première exposition et les problèmes d'ajustement incluant les problèmes intériorisés et extériorisés (Graham-Bermann &

Perkins, 2010). Cette étude indique donc une différence sur le plan des conséquences comportementales selon le genre de l'enfant, mais souligne à nouveau que de façon générale, les résultats démontrent une corrélation négative entre la variable âge de l'enfant et les conséquences de la violence conjugale sur les comportements présentés. Plus l'enfant est exposé en bas âge, plus les conséquences sur son fonctionnement comportemental seront importantes. De plus, les résultats au niveau du genre sont corroborés par d'autres études qui dégagent des liens significatifs entre le fait d'être un garçon et les troubles extériorisés et des comportements délinquants (Huang et al., 2015; Maneta, White, & Mezzacappa, 2017) alors que les filles présenteraient davantage de symptômes intériorisés (Renner & Boel-Studt, 2017).

Impacts multiples de l'exposition à la violence conjugale. L'exposition à la violence conjugale chez l'enfant entraînerait de multiples difficultés d'ajustements chez les enfants exposés la violence conjugale, dû à une victimisation répétée (McTavish et al., 2016). En effet, des effets cumulatifs de l'exposition à la violence conjugale ont été soulevés tant par des problèmes de comportements extériorisés et intériorisés chez les enfants (Graham-Bermann & Perkins, 2010; Maneta et al., 2017) que par des difficultés sévères d'ajustement au plan socioémotionnel (McDonald, Graham-Bermann, Maternick, Ascione, & Williams, 2016), et par des symptômes de stress post-traumatique (Bogat, DeJonghe, Levendosky, Davidson, & von Eye, 2006; Miller et al., 2012).

Une étude menée à Barcelone en Espagne explore si l'accumulation de différents sous-types de mauvais traitements psychologiques pouvant être associés à l'exposition à la violence conjugale (par ex., terreur, réponses affectives niées ou rejetées) a un impact plus important sur le fonctionnement et au niveau psychopathologique chez 168 enfants (39,3 % filles) de 4 à 17 ans, dont les mères sont victimes de violence conjugale (de la Vega et al., 2013). Parmi l'échantillon, 85,1 % sont caucasiens, 9,5 % américains-hispaniques et 5,4 % sont d'une autre ethnie. Les résultats les plus significatifs à cette étude indiquent une corrélation positive entre l'incidence des mauvais traitements psychologiques et des scores élevés aux échelles mesurant la psychopathologie (par ex., retrait, dépression, comportements agressifs, problèmes d'attention, problèmes sociaux) ainsi qu'aux niveaux de perturbation du fonctionnement de l'enfant de façon générale. Cela indique donc que les conséquences de l'effet cumulatif des années d'exposition chez les enfants sont une variable importante à considérer dans la sévérité des conséquences psychologiques qui en découlent.

Ethnicité. Selon les résultats de plusieurs études, la multiethnicité semble être un facteur de risque chez les enfants exposés à la violence conjugale. Une étude de McDonald, Graham-Bermann et al. (2016), étudie les profils d'ajustements chez 291 enfants (47 filles et 53 garçons) de 7 à 12 ans et d'ethnicités diverses (55,3 % latino ou hispanique, 22 % caucasien, 17,9 % multiethnique, 3,4 % afro-américain ou noir, 1 % amérindien et 0,3 % asiatique), recrutés dans des services communautaires de soutien aux victimes de violence conjugale dans un état de l'ouest des États-Unis. Les résultats obtenus par ces auteurs

indiquent que les enfants qui présentent un profil d'adaptation plus sévère sont ceux identifiés, dans le profil sociodémographique rempli par leur mère, comme étant multiethniques. Une autre étude vérifie entre autres les corrélats sociodémographiques sur un échantillon de 7977 enfants âgés de 5 à 16 ans, vivant au Royaume-Uni (Pays de Galles, Écosse et Angleterre) et d'ethnies diverses (caucasien, noir, asiatique, multiethnique et autre), exposés à la violence conjugale. Les résultats de cette étude révèlent que les enfants provenant des couples d'ethnicité mixte (lesquelles ne sont pas précisées dans l'étude), en comparaison aux enfants caucasiens, sont plus susceptibles d'être témoins de violence conjugale sévère (Meltzer, Doos, Vostanis, Ford, & Goodman, 2009). Ces résultats font donc ressortir que l'ethnicité tend à influencer autant les conséquences de la violence que l'intensité de la violence à laquelle ces enfants sont exposés.

Caractéristiques individuelles et personnelles des parents. Plusieurs caractéristiques familiales sont également des facteurs médiateurs importants. Selon plusieurs auteurs, chez les familles dans lesquelles il y a présence de violence conjugale, une proportion significativement plus élevée de monoparentalité est constatée, particulièrement chez les mères (Fantuzzo et al., 1997; Meltzer et al., 2009). En effet, bien que la violence conjugale se produise généralement dans une relation intime, elle peut également être vécue dans une relation extra-conjugale ou avec un ancien partenaire (Gouvernement du Québec, 2012). De plus, des profils d'ajustements plus sévères (problèmes de comportements intériorisés et extériorisés, problèmes d'attention et problèmes sociaux) chez les enfants exposés à la violence conjugale se présentent

souvent lorsque le partenaire violent n'est pas le parent biologique de l'enfant (McDonald, Graham-Bermann et al., 2016).

Un bas niveau d'éducation chez la mère est également un facteur de risque, non seulement concernant la présence de la violence conjugale, mais également par l'intensité plus élevée des actes violents (Aber & Allen, 1987; Fantuzzo et al., 1997; McDonald, Corona et al., 2016; McTavish et al., 2016; Schnurr & Lohman, 2013). En effet, de hauts niveaux de fréquence et d'intensité de violences conjugales sont négativement corrélés à l'âge de la mère et son niveau de scolarité (Hibel, Granger, Blair, & Cox, 2011).

Une autre caractéristique importante des familles où la violence conjugale est fréquente est le taux significativement plus élevé de difficultés de santé mentale chez les mères (McTavish et al., 2016; Meltzer et al., 2009). En effet, les études démontrent que, chez les mères, des niveaux élevés de violence conjugale sont significativement et positivement corrélés à la dépression (Grasso et al., 2016; Hibel et al., 2011; McTavish et al., 2016; Meltzer et al., 2009), aux symptômes de TSPT (Grasso et al., 2016), à l'anxiété (Grasso et al., 2016; Hibel et al., 2011; Meltzer et al., 2009) et à l'abus de substance (McTavish et al., 2016). Ces impacts négatifs tendent à réduire les habiletés parentales, résultant en des conséquences comportementales chez les enfants (Holmes, 2013b; Levendosky & Graham-Bermann, 2001).

Par ailleurs, sur le plan affectif, durant la petite enfance, la mère a une fonction de régulateur externe pour l'enfant en assistant ce dernier dans la modulation de ses excitations et en mettant en place une régulation émotionnelle efficace lors d'événements stressants ou qui présentent un défi pour l'enfant. Lorsque la mère se voit incapable de fournir des réponses sensibles et cohérentes, il peut y avoir un échec dans la corégulation de ces événements et en retour, inhiber le développement normal des processus de régulation en réponse au stress (Sturge-Apple, Davies, Cicchetti, & Manning, 2012). À ce propos, une étude américaine de Roberts et al. (2013) explore les associations entre l'exposition du jeune enfant à la violence familiale, le stress parental et le fonctionnement de l'enfant au plan psychologique sur un échantillon de 188 enfants (49 % de filles) de 3 à 5 ans. Chez les donneurs de soins, 13 % ont rapporté un niveau de stress parental cliniquement significatif ($\geq 90^{\text{e}}$ percentile) et parmi ces derniers, 68,75 % ont été exposés à la violence familiale. De plus, sur le plan du fonctionnement psychologique de l'enfant, les résultats indiquent que lorsque les autres indices d'événements traumatiques (ne faisant pas partie de la violence familiale), l'âge de l'enfant et le genre sont contrôlés, de plus hauts niveaux d'exposition à la violence familiale sont associés à un moins bon fonctionnement sur le plan de la santé mentale chez celui-ci (Roberts et al., 2013). Puisque le support du donneur de soin est primordial dans la réponse de l'enfant à un événement traumatique, il n'est pas surprenant que le niveau de stress parental puisse influencer les conséquences psychologiques de ce dernier face à la violence familiale.

En effet, il semble y avoir un effet circulaire, dans le système mère-enfant, en lien avec la violence conjugale et les problèmes de santé mentale chez la dyade. Une étude longitudinale de Huang, Wang, et Warrener (2010) cible quant à elle les impacts de l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant d'un an et les conséquences sur les problèmes intériorisés et extériorisés chez les enfants à 5 ans. Elle examine également si les aptitudes parentales de la mère ainsi que sa santé mentale, lorsque l'enfant a 3 ans, ont un effet médiateur sur ces impacts. Cette étude a été effectuée dans 20 villes américaines et concerne 905 mères (49 % afro-américain, 25 % caucasien et 23 % hispanique) et leurs enfants âgés de 1 à 5 ans. Les résultats indiquent une corrélation positive entre l'exposition à la violence conjugale alors que l'enfant a un an et la dépression chez la mère lorsque l'enfant a 3 ans. De plus, la santé mentale de la mère, lorsque l'enfant a 3 ans, est significativement associée à des problèmes de comportements intériorisés et extériorisés chez l'enfant à 5 ans (Huang et al., 2010). L'effet médiateur de la santé mentale de la mère est appuyé par plusieurs autres études (Ahlf-Dunn & Huth-Bocks, 2014; Gewirtz et al., 2011; Gonzalez, MacMillan, Tanaka, Jack, & Tonmyr, 2014). Il est donc possible d'inférer que la violence conjugale a un effet sur la santé mentale de la mère, qui la prédispose davantage à se mettre à risque de vivre des situations de violence conjugale. De plus, la santé mentale de la mère qui subit de la violence conjugale a un impact sur le système psychologique de l'enfant qui va, à son tour, entraîner des conséquences sur la santé mentale de la mère.

Facteurs socioéconomiques. Selon les résultats de l'étude de Meltzer et al. (2009), il ressort également une forte association entre les facteurs socioéconomiques et

l'incidence de l'exposition à la violence conjugale. En effet, les niveaux de pauvreté (Grasso et al., 2016; McTavish et al., 2016), le chômage, l'habitation dans les logements sociaux et le voisinage des quartiers où il existe une forte présence d'adversité (par ex., revenus faibles, multiethnicité, présence de violence, monoparentalité, aide sociale) sont des variables fortement corrélées avec la prévalence de la violence témoignée par les enfants (Meltzer et al., 2009). De plus, une étude de Gonzalez et al. (2014) sur 2184 enfants canadiens témoins de violence conjugale et recevant des services de la Protection de la jeunesse, indique que dans les maisons caractérisées comme pouvant manquer de ressources financières afin de combler les besoins de bases, les enfants ont environ trois fois plus de risque d'être exposés à différents types de violence conjugale. Ainsi, les caractéristiques socioéconomiques sont un facteur de risque à l'exposition à la violence conjugale et plus les familles sont défavorisées, plus les enfants sont à risque d'être exposés à différents types de violence.

Ces différents facteurs médiateurs de la violence vont influencer les conséquences que cette dernière aura sur les enfants qui y sont exposés. En effet, les enfants exposés à la violence conjugale ne démontrent pas tous les symptômes, difficultés et caractéristiques nommées plus haut pouvant expliquer, en partie, les différences individuelles chez ces derniers. Toutefois, il arrive que l'exposition à la violence laisse des conséquences importantes chez l'enfant et la prochaine section sera dédiée à celles-ci. Les conséquences seront globalement abordées, mais seront explorées plus en détail dans les résultats.

La perception de l'enfant sur la violence et les conséquences psychologiques de l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant témoin

L'exposition à la violence conjugale est généralement reconnue comme étant un facteur de stress chronique chez l'enfant (Graham-Bermann & Perkins, 2010; Stolbach et al., 2013) et est de plus en plus reconnue comme une forme de mauvais traitement pour l'enfant qui y est exposé (MacMillan, Wathen, & Varcoe, 2013). Une étude américaine de DeBoard-Lucas et Grych (2011) sur 34 dyades mères-enfants, dont les enfants sont âgés de 7 à 12 ans, d'ethnies diverses (41,2 % latino, 41,2 % afro-américain, 14,7 % caucasiens et 2,9 % d'ethnicité mixte), étudie les perceptions des enfants sur la violence conjugale. Les résultats à cette étude indiquent que bien que les enfants perçoivent généralement l'homme comme étant le seul responsable de la violence (56,3 %), près du tiers (31,3 %) considèrent que les deux parents en sont responsables. Parmi les causes attribuées par les enfants à cette violence, les plus communes sont une perte de contrôle de la part de l'agresseur, de la colère, ou encore des caractéristiques personnelles (ex. « parce qu'il est méchant », « probablement qu'il était jaloux » ou « parce qu'il n'est pas heureux avec lui-même ») (DeBoard-Lucas & Grych, 2011). De plus, une étude de Doucet et Fortin (2014), concernant 116 enfants québécois (62 filles et 54 garçons) âgés de 8 à 12 ans et leurs parents, indique que plus la violence à laquelle l'enfant est exposé s'intensifie, selon le point de vue de l'enfant, plus ce dernier tend à se blâmer de cette violence et plus il se sent menacé par cette dernière (Doucet & Fortin, 2014). Il est donc possible d'affirmer que ce sentiment de menace à sa propre sécurité implique un facteur de stress important chez l'enfant. Conséquemment, l'exposition à la violence conjugale influence le développement à divers niveaux et entraîne une multitude des difficultés dans le fonctionnement de l'enfant.

Plusieurs études indiquent que les enfants exposés à la violence conjugale présentent des taux plus élevés de symptômes liés au trauma psychologique, tant émotionnels que comportementaux (Fantuzzo & Mohr, 1999; Howell & Graham-Bermann, 2011; Lamers-Winkelmann, Willemen et al., 2012; Lourenço et al., 2013; McTavish et al., 2016; Miller et al., 2012; Osofsky, 1999; Rossman, 1999). L'exposition à la violence conjugale affecte également le développement physique, cognitif et social chez l'enfant (Fantuzzo & Mohr, 1999; Gustafsson, Coffman, & Cox, 2015; Gustafsson et al., 2013; Howell & Graham-Bermann, 2011; Lourenço et al., 2013; McTavish et al., 2016; Osofsky, 1999). Elle inclut des difficultés au niveau de l'autorégulation physiologique face au stress, la régulation des émotions et entraîne des effets sur le plan de la réactivité physiologique (Howell & Graham-Bermann, 2011). Osofsky (2003) dégage également que les nourrissons et les jeunes enfants exposés à la violence conjugale sont plus sujets à montrer de la détresse émotionnelle, des comportements immatures ainsi que des régressions au niveau du langage et de la propreté. Finalement, des plaintes somatiques sont également fréquentes chez les enfants témoins de violence conjugale (Grip, Almqvist, Axberg, & Broberg, 2014; Lamers-Winkelmann, De Schipper, & Oosterman, 2012; Osofsky, 2003).

Dans le contexte de cet essai, les situations vécues par les enfants exposés à la violence conjugale sont considérées comme traumatiques sur le plan psychologique et entraînent des difficultés psychologiques et comportementales qui peuvent évoluer à des difficultés assez complexes sur un plan clinique. Cet essai visera notamment à expliquer les conséquences de

la violence conjugale chez les enfants en utilisant les théories et études plus récentes dans le domaine du trauma interpersonnel et ses conséquences. Dans le but d'y parvenir, il semble pertinent de débiter la prochaine section, abordant le traumatisme psychologique, par une présentation de l'évolution du concept de trauma dans la psychologie.

Trauma psychologique

À la base, le vocable *trauma* renvoie à un terme médical référant à une blessure au corps (Lam, Lyons, Griffin, & Kisiel, 2015). *Trauma* provient du grec *τραῦμα* (*traûma*) signifiant « blessure »; ***trau- de la** racine proto-indo-européenne ***tere-** signifie « frotter, virer », avec des dérivés se référant à la torsion, le perçage, ou blessure avec effraction (Laplanche & Pontalis, 2009). Le terme « traumatisme », quant à lui, référerait davantage aux conséquences sur l'ensemble de l'organisme, d'une blessure externe (Laplanche & Pontalis, 2009). Dans la littérature, ces deux termes tendent à être utilisés de façon synonyme, et cela sera également le cas pour le présent essai. De nos jours, sur le plan de la santé mentale, le mot trauma (ou traumatisme) réfère tant à la description d'un événement qui peut être traumatique qu'à la réaction émotionnelle et comportementale de l'individu à la suite de l'événement (Lam et al., 2015).

Dans les prochaines sections, une évolution du concept de trauma (traumatisme) et ses conséquences dans la littérature psychiatrique et psychologique seront présentées. La constante évolution du concept démontre les avancements ainsi que les questionnements

qui demeurent jusqu'à nos jours. Ces aspects seront importants dans la discussion de ce travail.

L'évolution du concept de trauma et des diagnostics des troubles associés au trauma psychologique

Les conséquences psychologiques des situations traumatiques chez les êtres humains sont décrites depuis l'Antiquité, mais c'est avec la naissance de la psychiatrie que l'intérêt de comprendre et traiter ces individus de façon scientifique a pris forme.

La dichotomie corps-esprit en psychiatrie aux XVIII^e et XIX^e siècles. Dans les premiers siècles dans la psychiatrie, des modèles explicatifs pour établir des liens entre le corps et l'esprit étaient encore mal compris et en l'absence de théorie concernant l'anxiété, les symptômes physiques liés à l'anxiété post-traumatique pouvaient être attribués à des maladies organiques (Holdorff, 2011; Weisæth, 2002).

En France, dans son traité intitulé *Nosographie Philosophique* (1798), le psychiatre Philippe Pinel (1745–1826) décrit un événement subi par le philosophe Blaise Pascal (1623–1662) qui, à la suite d'un accident avec son charriot, a échappé à la noyade (Crocq & Crocq, 2000). Jusqu'aux dernières années de sa vie, le philosophe avait des rêves récurrents concernant l'accident et présentait des changements notables dans sa personnalité. En effet, il est devenu plus méticuleux, isolé et dépressif. De plus, Philippe Pinel observait des symptômes qu'il appelait « névrose cardiorespiratoire » ainsi que des

états post-traumatiques qu'il appelait « l'idiotisme » chez les patients ayant vécu les guerres de la Révolution française (Crocq & Crocq, 2000).

Au XIX^e siècle, la révolution industrielle et l'introduction de la machine à vapeur ont donné lieu aux premières catastrophes humaines civiles et aux cas de stress post-traumatique hors du champ de bataille. L'imagination de la population a été frappée par les premières catastrophes ferroviaires spectaculaires, et les médecins de l'époque étaient perplexes face aux symptômes psychologiques et physiques présentés par les survivants (Weisæth, 2002). La première mention du terme « névrose traumatique » remonte à cette époque: en 1884, le médecin allemand Hermann Oppenheim (1858–1919) proposa ce nom, avec son collègue Thomsen, dans un article des Archives médicales de Westphalie, puis en 1888 dans son livre du même nom *Die Traumatischen Neurosen*. Ce livre contenait une description de 42 cas de patients qui avaient subi des accidents de chemin de fer ou de travail (Crocq, 1999). Ce dernier diagnostic a été vivement critiqué par Jean-Martin Charcot (1825–1893) qui soutenait que ces cas n'étaient que des formes d'hystérie, de neurasthénie ou d'hystéro-neurasthénie, étant donc attribués à l'hérédité nerveuse (Holdorff, 2011). Après la mort de Charcot en 1893, le terme « névrose traumatique » a ouvert la voie à la psychiatrie de langue française: témoin du psychiatre belge Jean Crocq qui, en 1896, a signalé 28 cas causés par des accidents de chemin de fer. C'est à l'époque des célèbres conférences marocaines de Charcot que Janet (1889) et Freud (1893) ont proposé un nouveau diagnostic, soit l'hystérie traumatique (Weisæth, 2002) avec tous ses corrélats: la dissociation causée par le traumatisme, le rôle

pathogène des souvenirs oubliés et le traitement « cathartique ». C'était un premier aperçu de ce qui deviendrait plus tard la thèse de l'inconscient et ses vicissitudes.

L'importance de Sigmund Freud (1856–1939) dans l'évolution du concept de trauma psychologique est indéniable. Un de ses principaux mérites a été de tenter d'expliquer l'étiologie des troubles mentaux névrotiques d'un point de vue développemental et psychique structural. L'élaboration de sa conception du traumatisme s'est grandement transformée au cours des années. Entre 1893 et 1897, Freud a formulé trois théories distinctes centrées sur la névrose, qui pour certains auteurs, sont incompatibles les unes aux autres (Sletvold, 2016). Ces différentes phases sont exposées dans les prochaines lignes.

Dans les débuts de la psychanalyse (1890–1897), l'étiologie de la névrose était identifiée comme étant liée aux traumatismes du passé (Freud, 1896/1962; Laplanche & Pontalis, 2009; Masson, 2012). La première formulation de Freud, concernant l'hystérie, est centrée sur le trauma psychique et les défenses. Selon cette hypothèse, l'hystérie résulte d'un trauma psychique lié au vécu de situations traumatiques réelles ou, mieux dit, perpétré par des événements de séduction. Dans leur « Communication préliminaire » (1893), Breuer et Freud postulent que les expériences suscitant une détresse importante chez l'individu, notamment la frayeur, l'anxiété ou la honte, peuvent produire un trauma psychique. À cette époque, les symptômes dont souffrent les patients hystériques sont principalement compris comme étant dus à des réminiscences, en lien

avec les événements subis (Breuer & Freud, 1893). En 1895, dans « Études sur l'hystérie », Freud et Breuer considèrent également le trauma comme pouvant avoir des effets de « sommation », c'est-à-dire que certains événements, pris seuls, n'agiraient que comme traumatismes partiels, mais que vécus en série, ces effets peuvent s'additionner et entraîner la maladie chez l'individu (Freud & Breuer, 1895/1990). De plus, aux facteurs externes du trauma (l'expérience traumatique), des facteurs personnels s'ajoutent, notamment les conditions psychologiques de l'individu au moment de l'événement, les circonstances sociales et les exigences de la situation, pouvant entraver une réaction adéquate face à la situation et empêcher l'intégration de l'expérience (Freud & Breuer, 1895/1990). En effet, dans un point de vue « économique », préconisé par Freud, l'appareil psychique humain aurait un « quantum » maximal de tolérance aux excitations externes et internes, qui dans l'impossibilité de décharge, subit des effractions qui empêchent l'intégration des expériences vécues. Un des mécanismes de défense associés à la difficulté d'intégration du vécu émotionnel décrit par Freud, la dissociation, se manifeste par des états de conscience anormaux, nommés états « hypnoïdes ».

Freud élabore ensuite une thèse selon laquelle le trauma est le résultat des désirs inconscients d'ordre libidinal, de l'interdit de sa décharge et des mécanismes de défense mises en place pour maintenir les désirs inconscients de faire surface et ainsi devenir conscients chez l'individu. Pour Freud la libido correspondrait à la pulsion de vie ou énergie vitale humaine, y compris les désirs, les envies, les activités sexuelles concrètes

ou imaginaires. Ainsi, dans sa seconde formulation concernant la névrose, en 1896/1962, Freud présente un essai portant le titre « d'Étiologie de l'hystérie ». Cet article avance que l'origine de l'hystérie chez les femmes qu'il avait comme clientes, se trouve dans une ou plusieurs expériences sexuelles prématurées, vécues avant la puberté et généralement perpétrées par un membre de la famille de sexe masculin ou un proche (Masson, 2012). Dans un premier moment, ces expériences sexuelles prématurées appelées *scène de séduction* sont vécues et refoulées dû à l'immaturité subjective propre des enfants pour en donner un sens. Dans un deuxième temps, souvent après la puberté, l'individu vivra une seconde scène, qui apparaît alors anodine, mais qui évoque, par traits associatifs, la première scène à laquelle la personne est maintenant capable de donner une signification cognitive et affective (Laplanche & Pontalis, 2009). C'est dans cet « après-coup » que les souvenirs déclenchent un afflux d'excitation sexuelle dans lesquelles l'appareil psychique se trouve débordé d'excitations, et pour se défendre contre ce débordement, il déploie une multitude des mécanismes défensifs dont le refoulement comme étant le principal. Ces mécanismes de défense à leur tour, utilisent aussi de l'énergie vitale pour que les désirs et fantasmes restent inconscients. Le caractère distinctif de cette seconde formulation de sa théorie se trouve dans la reconnaissance des influences des excitations libidinales inconscientes dans l'étiologie de la névrose hystérique. Dans cette élaboration, Freud éloigne sa compréhension du trauma psychique de celle du traumatisme physique. En effet, la seconde scène réveille une énergie endogène, qui se révèle comme traumatique chez l'individu, nuanciant ainsi le rôle joué par l'événement externe. Ainsi, selon cette thèse, l'origine des névroses

prend racine dans des traumatismes sexuels précoces que Freud nomma plus tard la *théorie de la séduction* (Masson, 2012). Pour le psychanalyste Masson (2012), Freud fut le premier neurologue à croire que ses patientes présentant des symptômes liés à l'hystérie souffraient psychologiquement puisqu'elles avaient été victimes d'événements de séduction traumatiques durant leur enfance.

Toutefois, Freud renonce rapidement à la théorie de la séduction et abandonne l'étiologie du traumatisme telle que décrite plus haut, aux dépens d'une conception dans laquelle la vie fantasmatique et les fixations à divers stades libidinaux prennent plus d'importance. Selon Masson (2012) Freud effectua ce choix plutôt politique dû au rejet de ses théories de la séduction dans l'enfance par ses confrères médecins, dans la société victorienne, mais il est notable l'importance de son apport sur la complexité de l'interaction entre les fantasmes inconscients, la libido et les mécanismes défensifs dans la compréhension des clients névrosés, jusqu'au moment présent.

Ainsi, dans sa troisième élaboration de l'étiologie de la névrose, Freud (1906/1953) souligne qu'il est plutôt difficile pour l'analyste de bien préciser le vécu des clients par leur récit, et aussi de distinguer avec certitude les traces d'événements réels, des fantasmes inconscients. Il vérifie qu'il est possible que les désirs de l'enfant projetés sur une scène quelconque puissent aussi avoir un effet traumatique. Il l'explique avec le cas du petit Hans (1909) dans lequel, au contraire de ses clientes hystériques, il n'était pas possible de vérifier des scènes de séduction. Il postule donc que la pulsion et le

fantasmes inconscients sont aussi marquants et réels pour les clients si comparés à une scène de séduction (Masson, 2012). Désormais, l'élément traumatique des événements de séduction vécus par ses clients vont être mis en arrière-plan.

C'est à partir du cas du petit Hans que Freud étend sa conception du développement sexuel infantile. Dans celle-ci, le traumatisme est lié aux fantasmes originaires et aux angoisses (par ex., angoisse de séduction, de castration, qui réfèrent au complexe d'Œdipe) prenant ses origines dans le développement sexuel infantile et la théorie de la libido. Ainsi les fantasmes sexuels à l'enfance représentent le conflit entre le désir et l'interdit. Les mécanismes de défense et les symptômes manifestés par les patientes représentent, quant à eux, le compromis entre ces deux états mentaux (Freud, 1906/1953). Dans la névrose, le psychisme inconscient serait fixé à une époque développementale où les désirs de l'enfant ont été interdits (et refoulés) et ceux-ci semblent se reproduire par des actes symptomatiques à valeur symbolique provenant du conflit initial et du compromis inconscient.

Freud ajoute aussi que dans le complexe d'Œdipe, les pulsions agressives des enfants envers leurs parents deviennent partie intégrante des névroses. Dans la troisième élaboration, les pulsions agressives (fantasmes œdipiens) des enfants remplacent la théorie de la séduction. Pour Masson (2012), cela implique des conséquences importantes au plan théorique et clinique, notamment par le fait que la violence et les

abus sont dorénavant considérés comme secondaires à la compréhension des fantasmes, des pulsions et mécanismes de défenses.

À la suite de la Première Guerre mondiale, en 1920, Freud affina sa théorie de la névrose traumatique conséquemment à ses observations sur les névrosés de guerre (Freud, 1920/2010). Dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920/2010), Freud soutient que les événements traumatiques externes comme la guerre peuvent aussi perturber le fonctionnement énergétique/économique de l'organisme et mobilisent des moyens de défense. Le système ne tente plus d'empêcher l'appareil psychique d'être submergé par de grandes quantités d'excitation, mais tente plutôt de maîtriser l'excitation et de lier psychiquement les sommes d'excitation externes qui ont pénétré par effraction (Freud, 1920/2010). Freud (1920/2010) avance que les névroses traumatiques se rapprochent des névroses hystériques au niveau de la richesse de symptômes moteurs manifestés, qu'il appelle de *symptômes de conversion*. Toutefois, les névroses traumatiques présentent des signes de souffrances subjectives très prononcés laissant supposer un affaiblissement des fonctions psychiques. Il remarque que les soldats revivent sans cesse l'expérience traumatique à travers des cauchemars effrayants qui ne peuvent plus avoir seulement la pulsion libidinale comme déclencheur. Il élabore donc le concept de compulsion à la répétition, qui a pour but de rétablir la charge d'excitation à un seuil tolérable pour l'individu, par la réexposition de l'événement traumatique en fantasmes. Selon lui, les rêves effrayants et à répétition présentés par les soldats ont pour objectif une maîtrise de l'excitation, de façon rétroactive (Freud, 1920/2010). Pour Freud (1920/2010), 'effroi

évoque l'état dans lequel se trouve l'individu face à une situation dangereuse, sans y avoir été préparé. Il élabore également la théorie des pulsions en opposant les pulsions de vie, qui tendent vers la continuation de la vie, aux pulsions de mort, qui tendent plutôt vers la réduction des tensions et le retour à un état antérieur, un état anorganique.

Bien que Freud ait modifié sa théorie de la névrose à plusieurs occasions, ce dernier a toujours mis l'accent sur la sexualité et l'enfance, lesquels ont gardé une place importante dans ses théories. Ainsi, la théorie de Freud demeure primordiale dans la compréhension des traumatismes au niveau des dynamiques intrapsychiques, du développement et des aspects relationnels qui y sont considérés. Une des critiques apportées sur la théorie à Freud est le ton dogmatique qui caractérisait ses propos permettant peu la place aux débats et à la recherche, tant au plan théorique que thérapeutique (Sletvold, 2016). Malgré cela, l'importance accordée au développement de l'enfant dans sa vision développementale de la névrose demeure une influence importante dans la recherche au niveau de la santé mentale encore aujourd'hui.

Le rôle des guerres dans l'évolution du concept de trauma. Longtemps, en psychanalyse, le trauma a été perçu et compris sous l'angle du monde interne et ce qui était traumatique était la signification interne d'un fantasme. Cette compréhension du fonctionnement de la psyché a conduit à accorder une priorité à la vie fantasmatique, entraînant des effets négatifs pour les personnes qui étaient exposées à des traumatismes considérables (abus sexuels, guerre) et qui souffraient de ces conséquences (Weisæth,

2002). De plus, le choix « politique » de Freud a eu des conséquences dans l'évolution de la théorie psychanalytique, car l'importance de l'événement externe a été minimisée. Cette compréhension a toutefois évolué et avec les différentes guerres vécues au XX^e siècle, il est devenu concevable que certains événements soient trop exigeants pour penser qu'un individu puisse s'en sortir indemne.

Psychiatrie britannique : de Freud à l'évolution du concept lors de la Première Guerre mondiale. Bien que les idées de Freud aient d'abord été peu supportées par les psychiatres britanniques à la fin du XIX^e siècle, une réévaluation de ses théories contribua à expliquer le phénomène qui fut remarqué, lors de la Première Guerre mondiale, chez les soldats au front. Après quelques mois au front, les jeunes hommes, auparavant sans problème de santé, devenaient anéantis mentalement et physiquement, et ils présentaient des symptômes nerveux (Beveridge, 1997). Ces derniers présentaient, de façon répandue, des troubles mentaux, alors nommés « shell-shock » ou « névrose de guerre » (Beveridge, 1997). Le médecin Charles S. Myers (1873–1946) fut le premier à nommer cette condition shell-shock, en raison des explosions et des conséquences alors associées. En effet, il était considéré que les cerveaux des soldats étaient endommagés en raison des explosions de projectiles. Les symptômes plus proéminents consistaient en des tremblements violents qui pouvaient durer plusieurs jours, de l'hystérie de conversion (perdre la parole, perdre la vue, surdité ou paralysie sans raison médicale apparente), des difficultés d'équilibre et des symptômes dépressifs (Babington, 1997; Mott, 1919). De plus, l'apparition de symptômes chez certains, plutôt que chez d'autres,

était associée à des caractéristiques prémorbides, dont une personnalité plus vulnérable (dispositions nerveuses, manque d'expérience, âge, etc.). Les militaires pouvaient également être suspectés de simuler leurs difficultés afin de ne pas retourner au front (Weisæth, 2002). Durant la Première Guerre mondiale, la psychiatrie britannique était centrée sur un cadre de dégénérescence physique et était peu capable d'offrir des traitements efficaces pour les soldats mentalement malades revenant du front (Babington, 1997).

À la fin de la Première Guerre mondiale, plus de 80 000 soldats britanniques présentaient les symptômes émotionnels et physiques du shell-shock (Babington, 1997). Petit à petit, les origines psychologiques furent davantage acceptées par les autorités militaires et vers la fin de la Première Guerre mondiale, la France, l'Angleterre et l'Amérique établirent un consensus que les soldats souffrant de shell-shock souffraient en réalité de différents types d'hystérie ou de névroses traumatiques, découlant de leur expérience au combat. Il fut réalisé, pour la première fois, que certains types d'événements ne pouvaient laisser les individus indemnes, même les plus braves et les plus courageux, puisqu'ils dépassaient les capacités de l'humain à y faire face (Babington, 1997; Weisæth, 2014).

En se basant sur l'évolution des travaux de Freud, les symptômes mentaux furent compris comme un conflit intrapsychique chez les soldats entre le devoir et la peur, c'est-à-dire le désir du soldat de répondre aux ordres militaires versus la terreur d'être

blessé ou de perdre la vie (Rivers, 1920; Weisæth, 2014). Cette nouvelle conception n'était donc plus originaire des conflits libidinaux, mais ciblée davantage sur le conflit entre le devoir et la peur.

La littérature sur les névroses de guerre laisse sous-entendre que certains facteurs sociologiques et politiques ont contribué à la compréhension et au traitement du phénomène. Par exemple, lors de la Première Guerre mondiale, les pays vaincus avaient tendance à attribuer les symptômes traumatiques à des faiblesses individuelles et n'acceptaient pas comme valides les théories psychologiques du trauma (Weisæth, 2014). Les compensations financières entrèrent alors en jeu, et les médecins des pays vaincus étaient moins prompts à recommander des pensions de Guerre à ces soldats.

Évolution du concept lors de la Seconde Guerre mondiale et la Guerre de Corée.

Les manifestations symptomatologiques liées au trauma se sont traduites différemment lors de la première et de la Deuxième Guerre mondiale. En effet, la Première Guerre mondiale est apparue comme une guerre plus « statique », se produisant dans les tranchées et entraînant davantage de symptômes de conversion « hystériques » (Weisæth, 2014). Lors de la Deuxième Guerre mondiale, ce sont davantage des symptômes découlant de la peur et de l'anxiété qui ont été remarqués chez les soldats tels que des réactions psychosomatiques, des symptômes de stress post-traumatiques ainsi que de la fatigue (Weisaeth, 2014). Selon le même auteur, cette différence au niveau symptomatologique s'explique en partie par le fait que la Seconde Guerre

mondiale fut davantage une guerre de « mouvement » dans laquelle certains combats pouvaient durer des semaines, dans différents lieux et territoires, entraînant des réactions de terreur par la présence de danger constant et imprévisible.

À la suite de la Seconde Guerre mondiale et à la Guerre de Corée, la psychiatrie différait au niveau diagnostique en Amérique et en Europe. En effet, chez les Américains, les syndromes reliés aux traumatismes ont été décrits comme étant liés aux combats et aux prisonniers de guerre, tels que décrits dans le DSM-I (1952) concernant le diagnostic de « réaction de stress majeure » (*Gross stress reaction*), dont il sera question plus en détail dans quelques lignes. Par contre, en Europe, ces expériences avaient été vécues différemment en raison des invasions, des occupations et de la guerre qui prenait place directement sur leur territoire, entraînant des pertes au niveau de leur liberté et l'exposition à des brutalités ou des situations de stress extrêmes telles que l'expérience de camp de concentration (Weisæth, 2014). Malgré tout, il fut surprenant de constater qu'après une certaine période de temps, les survivants reprenaient une vie plutôt normale. Ce changement dans le fonctionnement des individus laissait croire que les troubles liés au stress traumatique étaient temporaires et le pronostic était considéré comme favorable dans les années 1950.

Cependant, chez certains survivants, des conditions néfastes se développant tranquillement ont été observées. L'expérience de camps de concentration a été de plus en plus perçue comme entraînant une combinaison de conséquences durables et

complexes sur le plan psychologique, biologique, social ainsi que sur le plan de la santé (Weisæth, 2002). Niederland (1968) nommait ce trouble le *syndrome du survivant* et identifiait des manifestations cliniques sur le plan de l'anxiété, des perturbations dans la mémoire et les cognitions, des états dépressifs chroniques, une tendance à l'isolement ou au retrait, des manifestations semblables à la psychose, des altérations au niveau de l'identité, de la psychosomatisation ainsi qu'un apparent engourdissement. Des études longitudinales firent ressortir les impacts à long terme de l'expérience des camps de concentration et les changements au niveau de la personnalité chez ces individus (Weisæth, 2014). Cela fut reçu froidement jusqu'en 1970, en partie en raison des tentatives des sociétés de ne plus parler de la guerre et des efforts inconscients de nier la possibilité que ce type de situations (par ex., camps de concentration) puissent se reproduire à nouveau. Ainsi, pour certains, il était considéré peu pertinent de mieux comprendre ce type de phénomène et l'impact de l'expérience des camps de concentration sur les victimes. Les conséquences étaient comprises comme des dommages organiques et des signes de détérioration intellectuelle et le déclin au plan physique était associé à une accélération du processus de vieillissement (Weisaeth, 2014).

Ainsi, pour plusieurs raisons, il semble qu'une certaine ambivalence soit demeurée, malgré les avancements dans la compréhension des traumatismes psychiques, quant à l'importance des facteurs psychologiques dans le traumatisme, même suite aux Guerres mondiales. En effet, bien que pour certains, les symptômes suivant l'exposition à des

événements traumatiques s'expliquaient par des facteurs psychologiques, certains prônaient davantage une minimisation de l'importance des manifestations traumatiques et expliquaient ces dernières par des facteurs neurophysiologiques. Par contre, la psychiatrie américaine, avec les systèmes diagnostiques, portait de plus en plus attention aux phénomènes de stress liés à des événements traumatiques.

Psychiatrie américaine : avènement des Manuels diagnostics et statistiques des troubles mentaux. La Première Guerre mondiale fit avancer les connaissances de la psychiatrie européenne au niveau de la psychotraumatologie de façon comparable à la Seconde Guerre mondiale et la guerre du Vietnam dans la psychiatrie américaine au niveau de l'élaboration du Trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Crocq & Crocq, 2000).

Dès la première version du Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux (DSM), un diagnostic lié à un stress traumatique était élaboré soit la réaction de stress majeure. La réaction de stress majeure était le résultat de l'exposition d'un individu à des exigences physiques sévères ou à un stress émotionnel extrême causé par le combat ou une catastrophe civile (American Psychiatric Association [APA], 1952). Ce trouble appartenait à la catégorie des troubles transitoires de la personnalité (*Transient Situational Personality Disturbance*) et se manifestait par une réponse symptomatique aiguë à une situation, sans trouble de personnalité sous-jacent apparent (APA, 1952). Il

se distinguait de la névrose ou de la psychose par son histoire clinique ainsi que son caractère transitoire et situationnel lorsqu'il était traité rapidement et adéquatement.

La seconde édition du DSM a, quant à elle, délaissé le diagnostic de la réaction de stress majeure (APA, 1968). La publication de la première édition du DSM correspondait avec la guerre de Corée (1950–1953), alors que la seconde édition fut développée dans une période de paix relative, éliminant le diagnostic précédemment mentionné. Toutefois, le DSM-II incluait les perturbations situationnelles transitoires (*Transient Situational Disturbance*) qui référaient à une réponse envahissante provenant d'un stress environnemental (APA, 1968). Cette version tenait compte des stades développementaux de l'individu (petite enfance, enfance, adolescence, âge adulte, fin de vie) en fonction de sa réaction au stress.

Dans les années 1970, il y eut un retour de l'intérêt porté au trauma. Au cours de cette décennie, différents types d'événements traumatiques furent étudiés. La description de plusieurs types de traumatismes émergea tels que le *Rape Trauma Syndrome* (Burgess & Holmstrom, 1974) le *Vietnam War Syndrome* (Figley, 1978), le « syndrome des femmes battues » ainsi que le « syndrome des enfants abusés » (Weisæth, 2014). Ces syndromes, liés aux descriptions de la névrose traumatique déjà existantes établirent les bases de la future définition du Trouble du Stress Post-Traumatique (TPST). C'est ainsi qu'en 1980, aux États-Unis, le concept de névrose fut abandonné au profit de l'introduction du TSPT dans le DSM-III (Weisæth, 2014). La société américaine de psychiatrie tentait alors de

se distancer des concepts psychanalytiques pour favoriser des concepts plutôt médicaux et « a-théoriques ». Selon Weisæth (2002), à ce moment, l'abandon du concept de névrose a entraîné certaines difficultés sur le plan de la compréhension du phénomène en ignorant des aspects importants tels que les gains primaires et secondaires, le principe de résistance, les processus inconscients ainsi que la question du transfert.

Le DSM-III. En 1980, la troisième édition du DSM marque ainsi l'arrivée du diagnostic du trouble de stress post-traumatique (TSPT) comme entité clinique distincte dans le but de répondre à un besoin diagnostic en lien avec les diverses réactions manifestées par les militaires au retour de la guerre du Vietnam ainsi que pour intégrer les observations et conceptualisations des chercheurs au niveau des traumatismes des deux guerres mondiales (Courtois, 2004; Crocq & Crocq, 2000; Krystal, 1969; Rivers, 1920). Ces réactions incluaient des manifestations dont des symptômes d'évitement et d'insensibilité émotionnelle, de l'hyperexcitation au niveau de l'éveil mental et la reviviscence des événements traumatiques (APA, 1980). Ce diagnostic fut bien accueilli des cliniciens ainsi que par les chercheurs qui commençaient à investiguer d'autres types de traumatismes tels que mentionnés précédemment (abus chez les enfants, victimes de viols, etc.) (Courtois, 2004; van der Kolk, 1987). De plus, le concept de la dissociation, qui fut inspiré des recherches chez les enfants qui ont subi de l'abus, entraîna la création d'une catégorie nouvelle soit les *Troubles dissociatifs*. Toutefois, à cette époque, les liens entre la dissociation et le TSPT étaient encore incomplets et peu développés et les particularités des différents types de traumatismes chez l'enfant n'étaient pas suffisamment

démonstrées (Terr, 1979). Ainsi, dès le DSM-III (APA, 1980), les effets spécifiques des traumatismes chez les enfants ont été étudiés et malgré le fait que les effets soient de nature post-traumatique, ils étaient significativement différents de ceux décrits par le TSPT, dans le DSM-III (Courtois, 2004).

DSM-III-R. Dans la version révisée du DSM-III (APA, 1987), la définition du TSPT fut modifiée. Bien que l'essentiel des caractéristiques décrivant ce trouble soit demeuré inchangé, les modifications visaient à incorporer l'évolution des résultats dans la recherche à ce niveau (Turnbull, 1997). Ainsi, il eut une augmentation de l'importance du phénomène de l'évitement dans le TSPT et le critère lié à la « culpabilité du survivant » fut aboli et relégué aux caractéristiques associées, n'étant pas considérées comme un terme suffisamment général pour inclure les différents types de culpabilités rattachées au TSPT. Un autre changement concerne l'élaboration du syndrome chez l'enfant par l'ajout de caractéristiques spécifiques liées au TSPT chez celui-ci. Ces caractéristiques incluaient le refus de parler du trauma, des rêves désagréables pouvant se généraliser sous différents thèmes dont des cauchemars de monstres, où l'enfant doit porter secours aux autres ou encore qui incluent une menace à soi ou aux autres, ainsi que la reviviscence du trauma en action à travers le jeu répétitif. Le TSPT pouvait également créer chez l'enfant des croyances défavorables en leur avenir et entraîner différents symptômes physiques tels que des maux de tête et de ventre ainsi que des symptômes spécifiques d'excitation accrue (APA, 1987).

Malgré les efforts et les avancées considérables dans la compréhension du phénomène post-traumatique, les chercheurs et cliniciens remarquaient des différences au niveau des réactions des victimes qui vivaient des traumatismes vastes et répétés tels que l'abus dans l'enfance et les traumatismes familiaux (Briere & Runtz, 1987; Herman, 1992). Ces différences se situaient notamment au niveau d'une plus grande immaturité physique et émotionnelle. Bien que la version révisée du DSM-III reflétait l'évolution de la recherche et du cadre théorique de la littérature grandissante, le concept du TSPT était considéré comme saisissant des aspects limités de la psychopathologie post-traumatique (Cole & Putnam, 1992; Herman, 1992).

DSM-IV. Pour cette version (APA, 1994), les critères du TSPT ont subi deux changements importants en comparaison à la version précédente. Un premier changement concerne le concept de traumatisme vicariant, soit la reconnaissance qu'il est possible de souffrir de traumatisme même si l'individu n'est pas la victime directe de l'événement traumatique. Le second changement réside dans le symptôme de réactivité physiologique qui a été déplacé de la catégorie des symptômes neurovégétatifs à celle des symptômes d'intrusions (Turnbull, 1997). Il est à noter que dans la version révisée du DSM-IV (APA, 2003), le diagnostic du TSPT est demeuré inchangé. De plus, le DSM-IV marque l'ajout du diagnostic de trouble de stress aigu. Ce dernier se distingue du TSPT de par ses symptômes qui se développent à l'intérieur de quatre semaines suivant l'événement traumatique et qui se résolvent dans cette même période de temps.

Une proposition diagnostique, le *Disorder of Extreme Stress, Not Otherwise Specified* (DESNOS; Herman, 1992) a été effectuée afin d'être inclus au DSM-IV, mais n'a pas été ajoutée. Cette proposition tendait de mieux cerner les impacts liés au contexte développemental des enfants vivant des traumatismes répétés et prolongés. Bien que ce construit ait représenté un grand avancement, il révélait également certaines limites, du fait qu'il prenait racine dans la recherche auprès d'adultes, comme le TSPT, et était supposé être appliqué de la même manière aux enfants (Wamser, 2013). Toutefois, considérant que la façon dont le trauma se manifeste chez l'enfant est influencée par son stade de développement (Cicchetti & Toth, 2005), la conceptualisation de ce diagnostic semblait inappropriée pour ceux-ci. De plus, il a été démontré que lorsque les symptômes du DESNOS étaient associés au TSPT, seulement 3,4 % de l'échantillon démontrait le DESNOS de façon isolée, invalidant la nécessité d'une nouvelle catégorie diagnostique (Pelcovitz et al., 1997; Turnbull, 1997).

DSM-V. La cinquième version du DSM marque plusieurs modifications importantes quant au TSPT qui ne fait dorénavant plus partie de la catégorie des troubles anxieux, mais plutôt d'une nouvelle catégorie: les Troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress. Cette nouvelle catégorie a été ajoutée puisqu'il a été reconnu que la détresse psychologique suivant un événement traumatique est très variable, donc ce n'est pas seulement l'anxiété, qui serait la base du traumatisme (APA, 2013). En effet, ce sont parfois les symptômes anédoniques, dysphoriques, l'extériorisation de la colère et de l'agressivité ou encore les symptômes dissociatifs qui prennent une place plus

importante, plutôt que l'anxiété et la peur, expliquant le regroupement de certains troubles dans une catégorie distincte (APA, 2013). Cette dernière inclut le trouble réactionnel de l'attachement, la désinhibition du contact social, le trouble de stress post-traumatique, l'état de stress aigu, le trouble d'adaptation et autres troubles spécifiques liés aux traumatismes ou au stress. Un autre changement du TSPT dans le DSM-V concerne l'abolition du critère diagnostique relatif à la réaction subjective de l'individu en réponse à l'événement traumatique. De plus, les catégories de symptômes ont été modifiées et divisant en deux la catégorie « évitement et l'engourdissement émotionnel » par l'évitement et les altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur (APA, 2013).

Un autre changement prend compte de l'aspect développemental par la diminution des seuils diagnostics pour les enfants et les adolescents. Des critères spécifiques ont été ajoutés pour les enfants de 6 ans et moins. À nouveau, plusieurs chercheurs et cliniciens étaient d'avis que le diagnostic du TSPT ne saisissait pas l'étendue des conséquences des traumatismes chez les enfants et qu'un diagnostic était requis qui soit, d'une part, approprié pour les enfants, et d'autre part, qui explique adéquatement les résultats des traumatismes jugés complexes et persistants (Courtois, 2004; van der Kolk, 2005; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005).

D'autres propositions (*Developmental Trauma Disorder*; DTD) n'ont pas été ajoutées au DSM-V. Des critiques à cette dernière version se concentrent sur le manque

de délimitation des impacts sur le développement de l'enfant qui semblent provoquer de nombreux symptômes complexes et des difficultés d'autorégulation (capacité à contrôler ses actions et réponses face à différents contextes et est la base de plusieurs autres tâches développementales) à plusieurs niveaux. En effet, il manquerait une description plus minutieuse des domaines déficients chez l'enfant qui présente ce tableau clinique, soit les domaines affectif, comportemental, physiologique, biologique, cognitif, du soi et relationnel, à la suite de l'exposition au trauma chronique et répété (van der Kolk, 2005).

Modifications apportées au long de l'histoire du DSM. Dans le Tableau 1 présenté ci-après, les principaux changements dans les diagnostics du TSPT à travers les différentes versions du DSM sont brièvement résumés.

Tableau 1

Évolution du diagnostic du TSPT selon les DSM

Modification du DSM-III au DSM-III-R
• Plus grande importance au phénomène de l'évitement • Abolition du critère sur la « culpabilité du survivant » comme caractéristique principale. Sera considéré comme caractéristiques associées, n'étant pas suffisamment inclusive • Organisation plus claire des symptômes autour de trois dimensions : la reviviscence du trauma, l'évitement et l'engourdissement ainsi que l'excitation physiologique • Reconnaissance du TSPT chez l'enfant
Modification du DSM-III-R au DSM-IV
• Reconnaissance du traumatisme vicariant (l'individu n'est plus nécessairement la victime directe de l'événement traumatique) • Déplacement des symptômes de réactivité physiologique de la catégorie des symptômes neurovégétatifs à celle des symptômes d'intrusions. • Ajout du trouble de stress aigu qui se distingue du TSPT en lien avec ses symptômes qui se développent à l'intérieur de quatre semaines suivant l'événement traumatique et qui se résout dans cette même période de temps • * La version du DSM-IV-TR ne présente aucun changement en comparaison au DSM-IV
Modification du DSM-IV au DSM-V
• Changement de catégorie, le diagnostic qui faisait auparavant partie des troubles anxieux fait maintenant partie d'une nouvelle catégorie, celle de Troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress. • Abolition du critère diagnostic concernant la réaction subjective à l'événement traumatique (ex. peur intense ou sentiment d'impuissance ou d'horreur) qui peut faire partie de la réponse de l'individu face à l'événement traumatique • La catégorie « évitement et engourdissement émotionnel » a été divisée en deux soit l'évitement et les altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur. • La catégorie liée à l'hyperréactivité, inclut également les comportements d'irritabilité ou d'agressivité et les comportements imprudents et autodestructeurs. • Diminution des seuils diagnostiques pour les enfants et les adolescents et ajout de critères spécifiques pour les enfants de 6 ans et moins.

Tout au long de l'évolution du DSM, de nombreuses modifications ont eu lieu en lien avec le diagnostic du TSPT. Il est possible de remarquer des efforts, de la part des auteurs, à prendre en compte une diversité d'événements traumatiques ainsi qu'à intégrer des critères développementaux afin de reconnaître davantage le trauma chez l'enfant.

Ainsi, depuis XVIII^e siècle, le concept de trauma a grandement évolué. La compréhension et la conceptualisation du trauma se sont affinées avec le temps permettant de mieux comprendre notamment les symptômes physiques et psychiques liés au traumatisme. Bien que les théories de Freud portaient une importance particulière aux événements vécus dans l'enfance, particulièrement à la fin du XIX^e siècle, les Guerres qui ont suivi au XX^e siècle ont semblé écarter certains facteurs internes au profit des facteurs externes au trauma, minimisant parfois le vécu de l'individu. De plus, les traumas chez les enfants ont également été mis de côté et les traumas liés aux situations de Guerre ont pris une grande importance, et ont été considérés comme base explicative des conséquences découlant des situations traumatiques en général. Dans les années 1970, l'intérêt de mieux conceptualiser les traumas vécus dans l'enfance, souvent vécus de façon répétitive et dans un contexte développemental, a retrouvé une certaine importance. Plus récemment, plusieurs auteurs ont ainsi tenté d'intégrer au diagnostic actuel (TSPT) la complexité des manifestations traumatiques chez les enfants. Bien que les dernières versions aient essayé de mieux expliquer les manifestations traumatiques chez ces derniers, plusieurs auteurs contestent encore aujourd'hui les TSPT chez les

enfants ayant vécu des traumatismes interpersonnels répétés en période développementale. De plus, avec l'avènement des DSM, certains concepts pouvant sembler importants ont été écartés dans la psychiatrie américaine actuelle, notamment les facteurs inconscients ainsi que les gains primaires et secondaires, aux profits de manifestations plus observables. Cela peut laisser présager la mise à l'écart de certains concepts primordiaux dans une compréhension plus complexe du traumatisme.

La prochaine section de cet essai s'attardera davantage aux différents diagnostics de la dernière version du DSM, liés à des traumatismes et à des facteurs de stress *chez l'enfant*, principal sujet de cet essai, avant d'entrer plus précisément dans les nouvelles conceptions du traumatisme interpersonnel chez l'enfant.

Le trauma chez l'enfant et nouvelles perspectives diagnostiques

Au courant de la vie, tous les humains sont à risque de vivre des événements traumatiques. Dépendamment de la forme que prendra l'événement traumatique, de la fréquence à laquelle il se produira et des ressources disponibles de l'individu pour y faire face, les répercussions se présenteront sous différentes formes dans la vie de celui-ci (Arnold & Fisch, 2011). Puisque cet essai se centre plus précisément sur les traumatismes chez les enfants, les diagnostics concernant la catégorie des troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress chez les enfants sont présentés dans cette section.

Diagnostics actuels liés à des traumatismes ou des facteurs de stress chez les enfants

La cinquième version du DSM comporte trois diagnostics liés à des traumatismes et à des facteurs de stress chez les enfants. Le premier est le TSPT chez l'enfant. Les deux autres concernent des diagnostics liés à un contexte de négligence soit le trouble réactionnel de l'attachement ainsi que la désinhibition du contact social (APA, 2013).

Le TSPT chez l'enfant. Tel que mentionné précédemment, le DSM-V décrit plus précisément le TSPT chez les enfants de 6 ans et moins. Les critères associés à ce trouble sont moindres et sont décrits de façon plus globale que chez les plus âgés. Les manifestations du TSPT chez l'enfant peuvent émerger à la suite d'une menace actuelle ou perçue, à l'intégrité de l'enfant ou de son donneur de soin.

La prévalence du TSPT peut varier à travers le développement. Par exemple, l'APA (2013) dégage une prévalence moins élevée du TSPT à la suite de l'événement traumatique chez les enfants d'âge préscolaire jusqu'à l'adolescence, que chez les plus âgés. Toutefois, cette disparité peut être due à un manque d'information au niveau développemental quant aux précédents critères (APA, 2013).

Diagnostics liés à un contexte de négligence. En contexte de négligence, soit l'absence de soin adéquat durant la jeune enfance, le DSM-V reconnaît deux troubles présents chez l'enfant soit le trouble réactionnel de l'attachement et la désinhibition du contact social (APA, 2013). Ces derniers présentent la même étiologie, mais leurs

manifestations divergent. En effet, le trouble réactionnel de l'attachement est décrit comme se présentant sous forme intériorisée par des symptômes dépressifs et de retrait. Il se caractérise par des comportements d'attachement gravement perturbés et inadéquats quant au stade développemental. Ces enfants se distinguent par leur capacité à développer un attachement sélectif, mais en raison des possibilités limitées au cours du développement, ils ne démontrent pas les comportements associés à l'attachement sélectif (APA, 2013). Au contraire du trouble réactionnel de l'attachement, le trouble de l'engagement social désinhibé se caractérise davantage par des comportements extériorisés. Ces derniers se définissent par des patrons de comportements qui ne sont pas culturellement appropriés et qui impliquent des comportements exagérément familiers avec des étrangers (APA, 2013).

Les conditions de négligence présentes tant au niveau du trouble réactionnel de l'attachement que de la désinhibition du contact social sont souvent présentes dès les premiers mois de la vie d'un enfant. Si l'environnement de l'enfant demeure le même et que la négligence persiste, le trouble peut persister plusieurs années (APA, 2013).

Ainsi, bien que le nouveau DSM intègre trois diagnostics liés à des traumatismes et à des facteurs de stress visant spécifiquement les enfants, certaines critiques demeurent. En effet, ces diagnostics ne couvrent pas l'ensemble des conséquences de certains types de traumas, notamment les traumatismes interpersonnels vécus à répétition dans la période développementale, notre principal intérêt d'étude.

À ce jour, le diagnostic du TSPT inclut les événements traumatiques interpersonnels (abus) et les événements traumatiques accidentels et ponctuels (accident d'auto ou désastre naturel) de façon confondue, de telle sorte qu'il serait possible de s'attendre aux mêmes conséquences et symptômes chez les individus. Toutefois, il est possible de croire qu'un enfant exposé à la violence sur une période de temps prolongée et en pleine période développementale peut présenter des conséquences différentes d'un enfant victime d'un événement traumatique accidentel et ponctuel. Il est certain qu'il n'est pas possible d'affirmer qu'un seul événement traumatique aurait moins d'impact psychologique chez un enfant, mais il existe des particularités inhérentes aux traumatismes répétés et à long terme, perpétré par les parents ou donneurs de soins. Ces particularités seront mieux approfondies ci-dessous.

Les études démontrent que chez les enfants ayant un historique d'abus ou de négligence, le diagnostic du TSPT ne répond pas à la complexité des symptômes que les enfants présentent (Putnam, 2003). Cette question a été soulevée dans les années 1990 par plusieurs chercheurs. Par exemple, une étude de Ackerman, Newton, McPherson, Jones et Dykman (1998) sur 364 enfants abusés révèle que les diagnostics comorbides les plus fréquents sont l'anxiété de séparation, le trouble oppositionnel avec provocation, les phobies, le TSPT et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Également, une étude de Ford (1999) démontre que les caractéristiques liées aux traumatismes interpersonnels chroniques et répétés peuvent survenir en l'absence du TSPT. Qui plus est, le diagnostic du TSPT considère peu l'étiologie du trauma et les

processus psychologiques sous-jacents, dépeignant un certain aspect réducteur dans la compréhension du traumatisme chez les enfants.

Quant aux diagnostics liés à un contexte de négligence (trouble réactionnel de l'attachement et la désinhibition du contact social), ils ne semblent non plus expliquer les conséquences des différents traumatismes interpersonnels pouvant être vécus dans l'enfance. En effet, les études tendent à montrer que les enfants victimes de ce type de trauma présentent un attachement insécuré (Cole & Putnam, 1992; Cook et al., 2005; Main & Hesse, 1990; van der Kolk, 2005), parfois de type désorganisé (Cook et al., 2005; Schore, 2001). L'avènement du DSM, de par ses diagnostics se voulant plus médicaux et athéoriques, semble avoir contribué à minimiser l'ampleur des facteurs sous-jacents au trauma.

Dans toutes les classifications diagnostiques, un effet de réductionnisme est rencontré, au détriment d'une compréhension plus complexe qui considère l'étiologie et le processus du traumatisme. Ainsi, il semble qu'aucun diagnostic du DSM, même avec les derniers ajouts au DSM-V (APA, 2013), ne couvre l'ensemble des conséquences chez l'enfant de ce type de traumatisme (voir Appendice A pour le tableau des diagnostics liés aux traumatismes et au stress touchant spécifiquement l'enfant dans le DSM-V).

Il est donc possible de croire que les différentes interrelations entre les conséquences impliquent que ces dernières forment un tableau complexe, mais non différencié, tel que proposé par van der Kolk, Pelcovitz, Roth et Mandel (1996).

Dans les prochaines sections, les complexités des conséquences et des diagnostics des *traumatismes développementaux* seront mis en évidence, selon la littérature et les recherches les plus récentes.

Particularité du traumatisme développemental chez l'enfant

Le traumatisme chez l'enfant revêt certaines particularités qui le distingue d'un traumatisme chez l'adulte, notamment en raison du contexte développemental dans lequel il se trouve (Terr, 1991). Les enfants sont dépendants de leurs parents afin de répondre à leurs besoins physiques et émotionnels ainsi que pour leur sécurité. Les parents ont un rôle de protection contre les dangers perçus ou réels. Ainsi, la façon dont les enfants perçoivent le danger est souvent influencée par les capacités parentales de ces derniers et la façon dont ceux-ci ont répondu aux besoins de l'enfant (Scheeringa, Zeanah, & Cohen, 2011).

Chez les enfants, les événements traumatiques peuvent prendre la forme d'abus physiques, de violences sexuelles telles que des expériences sexuelles inappropriées au niveau développemental, de maltraitance, de négligence, d'être témoin d'un accident, de violence conjugale, d'abus physiques ou sexuels sur une autre personne, de vivre une

guerre ou encore un désastre naturel (APA, 2013; Cicchetti & Toth, 2005; Cloitre et al., 2009; Herman, 1992; PDM Task Force, 2006; van der Kolk, 2005; van der Kolk et al., 2005; Wamser-Nanney & Vandenberg, 2013). Le traumatisme chez l'enfant peut perturber de façon sévère le développement émotionnel, affectif, social, comportemental, physique, intellectuel et langagier chez ce dernier (APA, 2013; Cook et al., 2005; De Bellis, Hooper, Spratt, & Woolley, 2009; Enlow, Egeland, Blood, Wright, & Wright, 2012; Lam et al., 2015; PDM Task Force, 2006; Spratt et al., 2012; van der Kolk, 2005; Veltman & Browne, 2001).

Les manifestations du traumatisme peuvent être diverses. Les enfants traumatisés peuvent démontrer des perturbations dans leurs aptitudes notamment au niveau de l'alimentation, de l'élimination, de l'attention, du sommeil, du contrôle des impulsions, de l'humeur, des régressions développementales et de l'irritabilité (APA, 2013; Cook et al., 2005; PDM Task Force, 2006; Terr, 1991; van der Kolk, 2005). De plus, ils peuvent présenter des perturbations au niveau physiologique reflétant l'impact du stress traumatique chez ces derniers au niveau des fonctions automatiques (sympathiques et parasympathiques) et de la régulation des états de base (physiologiques et biologiques) (Cook et al., 2005; De Bellis, 2001; PMD Task Force, 2006; Suor, Sturge-Apple, Davies, Cicchetti, & Manning, 2015; Twardosz & Lutzker, 2010; Watts-English, Fortson, Gibler, Hooper, & Bellis, 2006). Ces perturbations peuvent s'exprimer par des réponses de sursauts exagérés, de panique, d'hypervigilance, d'augmentation du rythme cardiaque, par une lourde respiration, des tremblements ou des transpirations (PDM

Task Force, 2006; Terr, 1991; Watts-English et al., 2006). Lorsque les systèmes se trouvent suractivés sur une longue période, ces réactions au stress peuvent entraîner, à l'âge adulte, le développement de graves problèmes de santé physique (Watts-English et al., 2006) tels que des maladies cardiaques, le cancer, des maladies pulmonaires chroniques, des maladies du foie et auto-immunes (Felitti et al., 1998). De plus, les enfants ayant vécu un traumatisme peuvent présenter des symptômes comportementaux comme l'inquiétude et l'évitement de certains endroits ou objets, parfois accompagnés de cauchemars chroniques. Ces enfants peuvent rejouer le trauma dans leurs jeux à maintes reprises de façon inchangée et ritualisée (APA, 2013, PDM Task Force, 2006; Terr, 1979).

Les facteurs qui influencent la gravité du phénomène chez l'enfant. Une étude de Stolbach et al. (2013), sur 214 enfants (55,1 % filles), de 3 à 17 ans, ayant reçu des services à un centre urbain de traitements pour les enfants ayant vécu des traumatismes psychiques, suggère qu'il existe des différences cliniques fondamentales dans les groupes d'enfants exposés aux différents traumas. Les événements traumatiques sont nombreux, mais la marque qu'ils laissent chez l'enfant dépend de trois aspects de l'événement soit 1) la nature de l'événement; 2) la chronicité; et 3) l'âge de début des événements traumatiques (Arnold & Fisch, 2011; Krystal, 1988; Stolbach et al., 2013; Wamser-Nanney & Vandenberg, 2013).

En ce qui a trait à la *nature* du trauma, des conséquences plus sévères sont associées aux traumatismes interpersonnels puisque ces derniers sont commis par une autre personne de façon intentionnelle (APA, 2013; Arnold & Fisch, 2011; PDM Task Force, 2006; Wamser-Nanney & Vandenberg, 2013). Plusieurs études tendent à démontrer que les enfants exposés ou victimes d'événements traumatiques interpersonnels dans l'enfance (par ex., abus sexuels ou physiques, négligence) vivent souvent plusieurs formes de ces événements, de façon concomitante (Cloitre et al., 2009; D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola, & van der Kolk, 2012; Dong et al., 2004; Gamache Martin, Van Ryzin, & Dishion, 2016; Kim & Cicchetti, 2010; Kim-Spoon, Cicchetti, & Rogosch, 2013; Teisl & Cicchetti, 2008). De plus, le niveau de trahison influence les conséquences du trauma sur l'enfant (Gamache Martin, Cromer, DePrince, & Freyd, 2013; Gamache Martin et al., 2016). L'aspect de trahison se définit, dans le traumatisme interpersonnel, comme des événements traumatiques, dont l'enfant est victime ou témoin, perpétré par un donneur de soin ou un individu significatif pour l'enfant et en lequel il a un lien de confiance (Gamache Martin et al., 2016). Lorsque les différents types de traumas vécus et l'aspect cumulatif des traumas sont observés sous l'angle du niveau de trahison, les conséquences sur le développement psychique de l'enfant sont encore plus graves en comparaison au trauma cumulatif avec un faible niveau de trahison. La qualité de la relation au donneur de soin et la capacité de l'enfant à s'auto-apaiser vont également influencer les conséquences sur l'individu lors d'un trauma interpersonnel (Krystal, 1988). En effet, la réponse d'un enfant à un événement traumatique est influencée par la réponse du parent ou des adultes influents (Arnold &

Fisch, 2011; Scheeringa et al., 2011). Le support relationnel d'un adulte permet à l'enfant le traitement des informations cognitives liées au trauma et, conséquemment, peut retarder ou annuler le développement de symptômes liés au TSPT (Arnold & Fisch, 2011). Lorsque l'enfant ne peut pas compter sur un adulte stable et disponible émotionnellement vers lequel il peut se tourner afin d'obtenir du support et de la protection, l'adulte peut alors créer un effet de re-traumatisme chez l'enfant (Arnold & Fisch, 2011).

En ce qui concerne la *chronicité* du trauma, les études montrent que les séquelles laissées chez l'enfant seront plus sévères et variées lorsque le traumatisme se produit de façon prolongée et fréquente (Blaauw, Winkel, Arensman, Sheridan, & Freeve, 2002; PDM Task Force, 2006; Mechanic, Uhlmansiek, Weaver, & Resick, 2000). À la suite des événements traumatiques sévères, prolongés et répétés tels que la torture ou l'abus sexuels chez l'enfant, ce dernier peut vivre des difficultés associées à la régulation des émotions (De Bellis, 2001; Hébert, Langevin, & Oussaïd, 2018; van der Kolk, 2005), à la dissociation, et à maintenir des relations interpersonnelles stables (APA, 2013; Hébert et al., 2018).

Les conséquences du trauma chez l'enfant seront aussi influencées *par l'âge auquel le trauma a débuté* et le stade développemental de celui-ci. Des symptômes plus sévères sont liés à des traumas qui débutent dans la petite enfance (Cloitre, Stovall-McClough, Zorbas, & Charuvastra, 2008; De Bellis, 2001; PDM Task Force, 2006) puisqu'ils

peuvent altérer significativement le développement de l'enfant à différents niveaux (Cicchetti & Toth, 1995; De Bellis & Putnam, 1994; Font & Berger, 2015). Une étude longitudinale du Royaume-Uni, effectuée avec 4898 enfants de la naissance à 9 ans étudie l'impact de la maltraitance sur le développement socioémotionnel et cognitif de l'enfant (Font & Berger, 2015). Les résultats à cette étude indiquent que la maltraitance entre un an et trois ans est plus fortement associée à des conséquences nuisibles sur le développement des enfants de 5 et 9 ans que la maltraitance entre trois et cinq ans sur les enfants de 9 ans (Font & Berger, 2015).

Ces facteurs dénotent la multiplicité des traumatismes possibles et vont donc influencer les différentes conséquences chez l'enfant. La prochaine section s'attardera davantage au traumatisme de nature interpersonnelle répété chez les enfants, aujourd'hui nommé le traumatisme complexe.

Traumatisme psychologique relationnel survenant durant le développement de l'enfant (trauma complexe)

Selon plusieurs auteurs, un diagnostic était requis qui soit, d'une part, approprié pour les enfants, et d'autre part, qui explique adéquatement les résultats des traumas répétitifs, de longues durées, perpétrés par un donneur de soin ou un proche de l'enfant (van der Kolk et al., 2005). Ainsi, le concept de *trauma complexe* a été proposé en réaction aux limites du diagnostic du TSPT afin de démontrer la complexité et l'étendue des symptômes qui vont au-delà de ce diagnostic (Herman, 1992). Il réfère à une double définition d'exposition et d'adaptation, c'est-à-dire qu'il renvoie à la fois à un type

d'exposition traumatique et aux résultats qui suivent l'exposition à un tel traumatisme (NCTSN, 2003).

Le traumatisme complexe réfère aux conséquences des événements traumatiques interpersonnels qui se produisent de façon chronique et cumulative (Herman, 1992) et qui débute dans l'enfance, souvent à l'intérieur du système de soin ou dans un contexte ou une relation spécifique (Cook et al., 2005; Courtois, 2004; Pelcovitz et al., 1997). Le trauma complexe est conceptualisé comme une équation dans laquelle certains types d'événements traumatiques sont qualitativement considérés comme étant plus graves que d'autres et ainsi, entraîneraient des conséquences plus étendues et plus profondes (Wamser, 2013). Bien que les enfants exposés aux traumatismes dits complexes remplissent souvent les critères du TSPT, ce diagnostic ne serait pas représentatif de l'ensemble des conséquences liées à ce type de trauma (Herman, 1992; NCTSN, 2003; Spinazzola et al., 2005). En effet, d'autres diagnostics sont souvent présents chez ces enfants, dont la dépression, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), le trouble d'opposition avec provocation, le trouble de conduite, le trouble d'anxiété de séparation, le trouble réactionnel de l'attachement (NCTSN, 2003) ainsi que des troubles dissociatifs (van der Kolk et al., 1996). Toutefois, selon plusieurs auteurs, ces différents diagnostics, pris séparément, n'expliqueraient qu'une partie de la complexité des symptômes présents chez ces enfants et ne représenteraient pas le tableau complet présent dans la clinique (Cook et al., 2005; NCTSN, 2003). Ainsi, des auteurs suggèrent que les comorbidités associées au TSPT constitueraient un tableau

psychopathologique plus étendu laissant des conséquences affectives, somatiques, cognitives et comportementales, principalement chez les enfants ayant vécu des traumatismes en début de vie (van der Kolk et al., 1996).

Critères diagnostics. Pour la cinquième version du DSM (APA, 2013) plusieurs auteurs auraient proposé de nouveaux critères de classification des symptômes et traits psychopathologiques des survivants des traumatismes complexes. Van der Kolk (2005), par exemple, proposa le diagnostic de DTD. Le DTD décrit spécifiquement des symptômes présents chez les enfants qui ont subi des traumatismes complexes. La proposition diagnostique délimitait les impacts du traumatisme complexe sur le développement de l'enfant provoquant de nombreux symptômes et des difficultés d'autorégulation. De plus, ces événements traumatiques se produisent souvent à l'intérieur du système de soin qui, au lieu de jouer une fonction protectrice, représente un danger ou une menace pour l'enfant (van der Kolk, 2005). Le Tableau 2 qui suit présente les critères proposés par le *Complex Trauma Taskforce of the National Child Traumatic Stress Network* (NCTSN) (van der Kolk et al., 2009) concernant le traumatisme complexe.

Tableau 2

Critères proposés pour le Developmental Trauma Disorder (DTD)

A. Exposition. L'enfant ou l'adolescent a vécu ou a été témoin de plusieurs événements d'adversité, de façon prolongée, sur une période d'au moins un an et débutant dans l'enfance ou au début de l'adolescence, incluant :

- Expérience directe ou témoin d'épisodes sévères et répétés de violence interpersonnelle; et
- Perturbations significatives dans le système de soin, résultant de changements répétés de donneur de soin; des séparations répétées avec le principal donneur de soin; ou l'exposition à des abus émotionnels sévères et persistants.

B. Dysrégulation affective et physiologique. L'enfant démontre des compétences altérées par rapport à son niveau développemental lié à la régulation de l'excitation, incluant au moins deux des critères suivants :

- Incapacité à moduler, tolérer ou récupérer des états affectifs intenses (par ex., peur, colère, honte), incluant des crises de colère extrêmes et prolongées ou l'immobilisation.
- Perturbation dans la régulation des fonctions corporelles (par ex., perturbations persistantes du sommeil, de l'alimentation et de l'élimination; une sur-réactivité ou une sous-réactivité au touché ou aux sons, désorganisation durant les transitions dans les routines).
- Conscience diminuée/dissociation des sensations, des émotions et des états corporels
- Capacité altérée à décrire les émotions ou les états corporels.

C. Dysrégulation attentionnelle et comportementale. L'enfant démontre des compétences altérées par rapport à son niveau développemental lié à l'attention, les apprentissages, ou la gestion du stress, incluant au moins trois des critères suivants :

- Préoccupation face à la menace, ou capacités altérées à percevoir la menace, incluant des difficultés à lire les indices de sécurité ou de danger.
 - Capacité altérée à se protéger, incluant des prises de risque extrêmes ou la recherche de sensations fortes.
 - Automutilation réactive ou habituelle (intentionnelle ou automatique)
 - Incapacité à initier ou maintenir un comportement dirigé vers un but.
 - Tentatives non adaptées pour s'auto-apaiser (par ex., rocking et autres mouvements rythmiques, masturbation compulsive).
-

Tableau 2

Critères proposés pour le Developmental Trauma Disorder (DTD) (suite)

D. Dysrégulation du soi et relationnelle. L'enfant démontre des compétences altérées par rapport à son niveau développemental en lien avec son sentiment d'identité personnelle et dans son implication dans les relations, incluant au moins trois des critères suivants :

- Préoccupations intenses en lien avec la sécurité de son donneur de soin ou d'autres êtres aimés (incluant les soins précoces) ou difficultés à tolérer les réunions, suite aux séparations.
- Sentiment d'identité négatif et persistant, incluant le dégoût de soi, l'impuissance, la dévalorisation, l'inefficacité ou le sentiment d'être défectueux.
- Méfiance extrême et persistante, défiance ou manque de comportement réciproque dans les relations proches avec les adultes ou les pairs.
- Agressions verbales ou physiques réactives envers les pairs, les donneurs de soin ou les autres adultes.
- Tentatives inappropriées (excessive ou promiscuité) afin d'obtenir un contact intime (incluant, mais non limité à, l'intimité sexuelle ou physique) ou dépendance excessive aux pairs ou aux adultes afin de les sécuriser et les rassurer.
- Capacités altérées à réguler les excitations empathiques, témoignées par un manque d'empathie pour, ou une intolérance de, l'expression de la détresse chez les autres, ou une réponse excessive à la détresse des autres.

E. Symptômes du spectre post-traumatiques. L'enfant démontre au moins un symptôme dans au moins deux des trois catégories de symptômes du TSPT (B, C, & D).

F. Durée de la perturbation (symptômes du DTD critères B, C, D. et E) au moins 6 mois.

G. Altération fonctionnelle. La perturbation cause une détresse cliniquement significative ou une altération dans au moins deux des domaines de fonctionnement suivants :

- Scolaire: sous-performance, absence, problèmes avec la discipline, abandon scolaire, échec à compléter les années scolaires, conflit avec le personnel scolaire, problèmes d'apprentissage ou déficience intellectuelle qui ne peut pas être expliqués par des facteurs biologiques ou autres.
 - Familial: conflit, évitement/passivité, fuite, détachement et remplacement, tentative de blesser physiquement ou émotionnellement les membres de la famille, non-accomplissement des responsabilités dans la famille.
 - Groupe de pairs: isolement, affiliation déviante, conflits émotionnel ou physique persistants, évitement/passivité, implication dans des actes de violence ou des actes dangereux, affiliation ou style d'interaction non approprié pour l'âge.
 - Légal: arrestation/récidivisme, détention, convictions, incarcération, violation de probation ou autres ordres de la Cour, augmentation de la sévérité des offenses, crime contre les autres personnes, mépris pour la loi ou pour les standards moraux conventionnels.
-

Tableau 2

Critères proposés pour le Developmental Trauma Disorder (DTD) (suite)

-
- Santé: maladie physique ou problèmes ne s'expliquant pas entièrement par une blessure physique ou une dégénérescence, impliquant les systèmes digestifs, neurologique (incluant les symptômes de conversion ou l'analgésie), sexuel, immunitaire, cardiopulmonaire, proprioceptif ou sensoriel ou des maux de tête sévères (incluant les migraines) ou la douleur chronique et la fatigue.
 - Professionnel : (pour les jeunes, impliqués dans la recherche ou référé pour un emploi, du bénévolat ou une formation professionnelle): désintérêt dans le travail/vocation, incapacité à obtenir ou à garder un travail, conflits persistants avec les collègues ou les superviseurs, sous-emploi par rapport aux capacités, incapacité à atteindre les avancements attendus.
-

De plus, tant dans le domaine de la clinique que de la recherche, il semble y avoir un consensus que les adultes ayant survécu à ce type de traumatisme dans l'enfance continuent de présenter des déficits significatifs dans différents domaines de fonctionnement (Cook et al., 2005; van der Kolk et al., 1996; van der Kolk et al., 2009). Le trauma complexe entraîne souvent des troubles psychiatriques et des déficits fonctionnels à l'âge adulte dans les domaines tels que l'attachement, l'anxiété, l'humeur, l'alimentation, l'abus de substances, l'attention, la concentration, le contrôle des impulsions, la dissociation, la somatisation, les comportements sexuels à risque, les apprentissages, la performance scolaire et les problèmes médicaux chroniques (Cook et al., 2005). De ce fait, l'expérience de stress traumatiques interpersonnels dans l'enfance peut avoir des répercussions s'étendant sur l'adolescence et l'âge adulte (Cloitre et al., 2009; Dong et al., 2004; Margolin & Gordis, 2000; Pynoos et al., 2014; van der Kolk, Perry, & Herman, 1991).

Ainsi, il ressort que les caractéristiques liées aux événements traumatiques influencent les impacts que ces derniers auront sur le développement de l'enfant. À travers l'évolution des diagnostics liés aux traumatismes psychologiques et les nouvelles perspectives diagnostiques, il est possible de constater une émergence de la considérations des traumatismes relationnels vécus par les enfants et l'importance de distinguer la nature du traumatisme afin de bien comprendre les impacts. Dans ce qui suit, les objectifs du présent essai et les questions de recherche seront présentés.

Objectifs de l'étude

Bien que l'exposition à la violence conjugale soit mentionnée parmi les types de traumatismes interpersonnels ayant une grande influence sur le fonctionnement général de l'enfant, les études semblent favoriser des échantillons d'enfants qui ont subi une violence plus directe, soit intentionnelle, à savoir, des abus sexuels, des blessures physiques et de la négligence. Il est possible de se questionner sur la place qui doit être accordée aux traumatismes liés à la violence conjugale dans la recherche, surtout en considérant que l'incidence des enfants témoins est considérable dans notre société. De ce fait, les conséquences laissées par ce type de violence touchent un nombre important d'enfants et il importe de bien comprendre les impacts que cela peut entraîner sur le développement de ces derniers, n'étant pas directement victime de la violence. Les recherches actuelles ne semblent pas démontrer clairement si les conséquences de ces deux types de traumas (direct et indirect) aboutissent aux mêmes types de symptômes, traits de caractère et diagnostics, chez ces enfants, ou s'ils s'en distinguent. Ainsi, il

semble pertinent de mieux comprendre ce qui distingue et ce qui rejoint ces deux types de traumatismes afin d'éventuellement guider les interventions auprès de ces enfants.

Le but de cet essai est donc de comparer les études qui se sont attardées plus spécifiquement aux conséquences de la violence conjugale chez l'enfant témoin avec des études sur les conséquences démontrées dans les recherches sur le trauma développemental en général.

Questions de recherche

Dans le présent essai, les questions suivantes seront explorées : 1) Selon la littérature révisée, est-ce que l'exposition à la violence conjugale peut-elle aboutir à un diagnostic de traumatisme complexe? 2) Est-ce qu'il est possible de vérifier dans la littérature révisée des symptômes spécifiques présentés par des sujets qui ont vécu de l'exposition à la violence?

Méthode

Cette section présente et décrit la méthode utilisée afin de mener cette recension. Elle inclut la recherche bibliographique ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion.

Recherche bibliographique

Pour le présent essai, les bases de données PsycINFO, Medline et ProQuest Dissertations and Theses Global ont été consultées. Il est à noter que PsycArticles et PubMed constituent deux bases de données respectivement comprises dans PsycINFO et Medline. Différents mots clés ont été utilisés et ces derniers seront présentés dans les prochaines lignes. Les termes « AND » et « OR » ainsi que le symbole d'astérisque (*) ont également été utilisés pour mener cette recherche d'articles et accompagner les mots-clés.

De plus, la consultation des DSM-I à V a été effectuée et différents travaux de Freud ont été consultés en lien avec sa conception du traumatisme. Une recherche manuelle a également été faite à partir des références des différents textes sélectionnés et des revues de la littérature sur le sujet afin d'assurer un maximum d'exhaustivité et d'intégrer les études n'ayant pas été recensées par les bases de données utilisées et correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion.

Le choix des articles s'est effectué en considérant le titre de l'article, le résumé, l'objectif de l'étude et les caractéristiques de l'échantillon. Au niveau de l'année de publication, lorsque les travaux présentaient l'émergence d'un concept, des auteurs de base ont été consultés expliquant que certains travaux datent de plusieurs années. Par contre, les études empiriques ont été sélectionnées davantage selon la pertinence en lien avec le sujet de cet essai qu'en fonction de l'année de publication.

Une recherche sur l'historique du diagnostic de trauma a été effectuée utilisant différents mots clés : *psychic trauma, war trauma, PTSD, war neurosis, traumatic neurosis, shell shock, traumatic stress*. Concernant le trauma complexe et ses conséquences, une recherche sur les mots clés suivants a été effectuée : *child abuse, child neglect, child maltreatment, complex trauma, PTSD, trauma, complex PTSD, developmental trauma, developmental trauma disorder, adverse childhood experiences, attachment trauma, interpersonal trauma, childhood trauma, impacts on child development, effects on child development, consequences on child development, developmental consequence*.

Une recherche a également été effectuée concernant la violence conjugale et ses conséquences. Des documents ministériels ou de statistiques ont été consultés et effectués par une recherche manuelle. Des plus, une recherche sur les mots clés suivants a été effectuée : *exposure to domestic violence, witness domestic violence, interparental*

violence, intimate partner violence, family violence, consequences, effect on child, developmental, impact.

Critères d'inclusion

Les références sélectionnées pour le présent essai devaient cibler l'aspect historique du diagnostic en lien avec le trauma psychique tant chez les adultes que chez les enfants. Les articles concernant le trauma complexe devaient avoir une population enfant (0-12 ans), ou étudier les conséquences d'un traumatisme interpersonnel familial dans l'enfance s'il s'agissait d'une population plus âgée. Seul le traumatisme interpersonnel dans la famille a été pris en compte dans les études pour le trauma complexe. Concernant les conséquences du trauma complexe et de l'exposition à la violence conjugale, les études sélectionnées devaient avoir été publiées entre 2011 et 2018 afin de cibler les articles les plus récents sur le sujet. Il devait s'agir d'études empiriques sur le sujet et à nouveau cibler les enfants de la naissance à 12 ans. Seules les études liées aux conséquences psychologiques et développementales sur l'enfant ont été sélectionnées. De plus, seuls les articles ou thèses écrits originalement en anglais ou en français, ou ceux traduits dans ces langues ont été utilisés.

Critères d'exclusion

Les articles ne correspondant pas aux différents critères d'inclusion ont été exclus. Par ailleurs, les études traitant essentiellement d'événements traumatiques en dehors du milieu familial n'ont pas été considérées puisque cet essai vise davantage à mieux

comprendre les impacts des traumatismes relationnels en milieu familial, plus particulièrement dans la relation avec les donneurs de soin. Les études ciblant seulement la période développementale de l'adolescence ont également été exclues. De plus, les études traitant des traitements et méthodes d'interventions efficaces afin de traiter les symptômes traumatiques ont été exclues du présent essai, se ciblant davantage sur les conséquences de l'exposition à la violence conjugale et des traumatismes interpersonnels chez les enfants. Ainsi, les études ciblant davantage les conséquences de la violence sur les mères ont également été exclues.

Les résultats qui suivent sont divisés en deux sections, une première traitant des conséquences développementales de l'exposition à la violence conjugale chez les enfants et une seconde abordant les conséquences développementales et psychologiques chez les enfants exposés à des traumatismes interpersonnels.

Une recherche sur SCOPUS et PsychInfo, réalisée en novembre 2017, pour les années 2011 à 2107 a été effectuée afin de repérer les études le plus récentes sur les conséquences psychologiques et développementales de l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant témoin. Le Tableau 4 (voir Appendice B) présente sept études récentes qui étudient les conséquences de l'exposition à la violence conjugale sur le développement de l'enfant. Le présent essai s'est limité à ces 7 études puisque ces dernières semblaient couvrir les conséquences les plus fréquemment citées dans la littérature selon la recherche réalisée sur Scopus et PsychInfo. Les mots clés utilisés

pour la recherche de ces études sont les mots clés mentionnés plus haut concernant l'exposition à la violence conjugale et ses conséquences. Ces études ont été sélectionnées parmi les principaux auteurs sur le sujet et les articles empiriques les plus fréquemment cités, et qui semblaient les plus pertinentes en lien avec le but du présent essai, donc qui traitait des conséquences chez l'enfant exposé à la violence conjugale. Bien que la recherche couvrait la période développementale s'étendant de la naissance et 12 ans, une étude a été sélectionnée avec une étendue d'âge plus grand (allant de 6 mois jusqu'à 16 ans), puisqu'elle couvrait presque entièrement l'étendue d'âge de l'étude. Toutefois, des études ciblant seulement l'adolescence n'ont pas été prises en compte. Les études ciblant la violence familiale au sens large non plus n'ont pas été prises en compte puisque souvent l'enfant est aussi victime directe de la violence et le présent essai vise davantage à comprendre si les conséquences de l'exposition à la violence conjugale se distinguent des conséquences des enfants qui sont directement victime de violence. Finalement, il demeure important de préciser que dans les articles choisis, la violence directe subie par l'enfant n'est pas nécessairement contrôlée en raison des difficultés méthodologiques que cela entraîne.

Concernant la section sur les conséquences développementales et psychologiques chez les enfants exposés à des traumatismes interpersonnels, à nouveau, les bases de données SCOPUS et PsychInfo ont été utilisées. La recherche couvre les années 2011 à 2017, afin de s'assurer que les articles soient récents. Ces derniers ont été sélectionnés également parmi les principaux auteurs travaillant sur le sujet et les articles empiriques

les plus fréquemment cités concernant le trauma complexe. Les mots clés utilisés pour cette recherche sont mentionnés plus haut concernant le trauma complexe et ses conséquences. Le Tableau 5 présente six études empiriques, publiées entre 2011 et 2017, soit la même période que le Tableau 4, afin de s'assurer du caractère récent de ces dernières. Ces études concernent les conséquences de l'exposition à des traumatismes interpersonnels ou des traumas complexes, sur le développement des enfants de 0 à 12 ans. Ce tableau n'a toutefois pas été séparé par catégorie de conséquences puisque les articles présentés ciblent chacun plusieurs types de conséquences. À nouveau, les études ciblant seulement l'adolescence n'ont pas été prises en compte, mais lorsqu'elle couvrirait une période développementale plus grande que la période zéro à 12 ans, elles ont quand même pu être incluses. Finalement, les études traitant essentiellement d'événements traumatiques en dehors du milieu familial (par ex., guerres, violence dans la communauté ou catastrophe naturelle) ont été exclues de la sélection.

Résultats

Les résultats qui suivent présentent les conséquences développementales de l'exposition à des événements traumatiques interpersonnels répétés chez les enfants. Cette section débutera par les études ciblant les conséquences de l'exposition à la violence conjugale chez les enfants, principal sujet de cet essai. Par la suite, les études traitant des conséquences développementales de l'exposition directe à des traumatismes interpersonnels seront présentées afin de comparer les impacts et constater les ressemblances et dissemblances. Des tableaux décrivant les études utilisées sont présentés en appendice afin de fournir un support visuel au lecteur et de faciliter la compréhension des résultats qui suivent.

Conséquences développementales chez les enfants témoins de violence conjugale

Le Tableau 4 (voir Appendice B) présente sept études récentes qui étudient les conséquences de l'exposition à la violence conjugale sur le développement de l'enfant. Dans ce qui suit, les commentaires se référeront aux études présentées dans ce tableau. Les études ont été séparées par types de conséquences afin de faciliter la lecture. Les études sont séparées en trois catégories en tenant compte des types de conséquences qui ressortaient le plus dans les études; soit les difficultés socioémotionnelles et comportementales (symptômes intériorisés et extériorisés), les symptômes du spectre traumatiques, qui étaient souvent traités de façon distincte dans les études, ainsi que des conséquences neurophysiologiques. Bien que ces trois catégories soient intimement

interconnectées, l'angle par lequel elles sont traitées dans les articles apparaît comme étant différent.

Parmi les études répertoriées, il est donc possible de constater que la violence conjugale influence négativement le développement socioémotionnel et comportemental de l'enfant qui y est exposé et ces résultats sont cohérents avec de nombreuses autres études (Ahlfs-Dunn & Huth-Bocks, 2014; de la Vega et al., 2013; Ellonen, Piispa, Peltonen, & Oranen, 2013; Fernández, Ezpeleta, Granero, de la Osa, & Domènech, 2011; Gonzalez et al., 2014; Harding, Morelen, Thomassin, Bradbury, & Shaffer, 2013; Maneta et al., 2017).

En effet, il est possible de remarquer que les études récentes concernant les conséquences de l'exposition à la violence conjugale sur le développement du jeune enfant ciblent en grande partie les difficultés socioémotionnelles et comportementales, ainsi que les symptômes traumatiques chez les jeunes enfants. En effet, dans les différentes études, il semble ressortir de façon générale que les enfants exposés à la violence conjugale présentent des problèmes intériorisés (Lamers-Winkelman, Willemen et al., 2012; Schnurr & Lohman, 2013; Symes et al., 2014) et des symptômes extériorisés se manifestant entre autres par des comportements délinquants et agressifs (Holmes, 2013a, 2013b; Lamers-Winkelman, Willemen et al., 2012; Schnurr & Lohman, 2013; Symes, Maddoux, McFarlane, Nava, & Gilroy, 2014).

Il est toutefois à noter que les caractéristiques des échantillons et les instruments de mesure utilisés peuvent avoir un impact sur les résultats aux études. Par exemple, l'étude de Symes et ses collègues (2014) couvre une période développementale plus élevée (18 mois-16 ans) que l'étude de Holmes (2013a) ou que celle de Schnurr et Lohman (2013) qui suit un segment moins grand de développement (0 à 8 ans pour la première et 2 à 10 ans pour la seconde). Ainsi, il est possible que certaines conséquences se transforment avec le temps ou prennent une plus grande importance à un âge ou à un autre, entraînant des différences dans les résultats. De plus, les caractéristiques des échantillons peuvent influencer les résultats notamment dans l'étude de Schnurr & Lohman (2013), réalisée avec une population de famille à faible revenu de quartiers défavorisés, une corrélation négative est établie entre le niveau socioéconomique et la présence des niveaux élevés de problèmes intériorisés et extériorisés. Ainsi, cela amène des facteurs externes à la violence qui peuvent également avoir un lien sur les conséquences sur le développement de l'enfant. Il en est de même pour l'étude de Holmes (2013a), dans laquelle il est possible de se questionner sur la part des conséquences attribuées à l'exposition à la violence conjugale seule puisque l'échantillon de l'étude cible des enfants étant victimes d'abus et de négligence. Bien qu'il soit possible de constater des différences entre les conséquences lorsqu'on ajoute la variable de l'exposition à la violence conjugale ou non, il demeure un ensemble de conséquences liées aux abus dont il n'est pas possible de départager complètement des conséquences de l'exposition à la violence conjugale seule. Ainsi, les résultats à cette étude sont à interpréter avec nuances.

De plus, les études de Symes et ses collègues (2014) et Schnurr & Lohman (2013) ont des échantillons dans lesquels près de la moitié de celle-ci est hispanique, alors que l'étude de Holmes (2013a) présente un échantillon dont la moitié est blanche. Ainsi, des différences ethniques peuvent également possiblement avoir des impacts sur les conséquences de la violence conjugale chez les enfants puisqu'au niveau culturel, plusieurs éléments diffèrent.

Certaines disparités ressortent également à l'étude de Lamers-Winkelmann, Willemen et al., 2012), entre les différents points de vue. Rappelons que cette étude vérifie trois points de vue différents soit celui de la mère, de l'enseignante et le point de vue de l'enfant sur la situation. À cette étude, les résultats diffèrent selon qui évalue les conséquences chez l'enfant. Il est possible de croire que les mères, qui sont généralement impliquées dans la violence, peuvent avoir un point de vue biaisé sur la situation de leur enfant, étant déjà pris émotionnellement dans la situation. Il est aussi possible de croire que les enfants peuvent sous-rapporter leurs symptômes (Lamers-Winkelmann, Willemen et al., 2012). Finalement, il semble que les impacts peuvent être influencés par le type de violence conjugale auquel l'enfant est exposé, tel que suggéré par Symes et al. (2014). En effet, ces auteurs font ressortir plus de comportements intériorisés chez les enfants exposés à la violence sexuelle et plus de comportements extériorisés chez les enfants exposés à la violence physique. Ces résultats au niveau de la violence physique sont d'ailleurs cohérents avec ceux de l'étude de Holmes (2013a). Il ressort d'ailleurs de ces différentes études que la violence physique semble être la forme

de violence conjugale la plus souvent considérée dans les études. Il est possible de croire que due aux difficultés méthodologiques afin de mesurer la violence conjugale, la violence physique est possiblement celle présentant le moins de difficulté à mesurer. Ainsi, il est pertinent de prendre cet aspect en considération dans l'interprétation des résultats et de se questionner sur les impacts des autres types de violence conjugale sur les enfants témoins.

Les symptômes post-traumatiques sont également associés à l'exposition à la violence conjugale tant chez l'enfant (Lamers-Winkelmann, Willemen et al., 2012; Levendosky et al., 2013) que chez la mère (Symes et al., 2014). Il est d'ailleurs possible de croire que les symptômes traumatiques chez la mère peuvent également venir affecter les conséquences chez l'enfant, par les comportements parentaux qu'ils engendrent. Par exemple, l'étude de Levendosky et ses collègues (2013) indique que les relations les plus consistantes entre les symptômes traumatiques chez la mère et ceux chez l'enfant sont liées aux catégories de symptômes à l'étude. À cette étude, la relation la plus consistante ressort aux symptômes d'hyperactivation du système nerveux et est liée significativement aux symptômes de la mère à plusieurs âges. Il est possible de croire que l'hyperactivation du système nerveux chez la mère peut influencer son comportement et ainsi influencer l'enfant. La fréquence de la violence conjugale serait également liée au diagnostic de TSPT chez les enfants, tel qu'indiqué dans l'étude de Levendosky et ses collègues (2013). À ces deux études répertoriées, les instruments de

mesure pour les symptômes traumatiques diffèrent, ce qui influence les variables traumatiques mesurées et peut également influencer les résultats.

De plus, les études font ressortir des conséquences de l'exposition à la violence conjugale au niveau du fonctionnement biologique du cerveau, particulièrement sur le plan du fonctionnement du cortisol. Toutefois, les études ne s'entendent pas sur les résultats, certains allant dans le sens d'une production plus importante de cortisol, alors que d'autres vont dans une hypothèse de sous-production du cortisol. Selon les résultats à l'étude de Davies, Sturge-Apple et Cicchetti (2011), le tempérament de l'enfant pourrait avoir un rôle médiateur sur les changements dans la réactivité au cortisol chez les enfants, pouvant possiblement expliquer, en partie, les différences dans les résultats aux études. Toutefois, il importe de souligner que les études sélectionnées traitant du fonctionnement du cortisol pour la présente section visaient des enfants de 22 à 32 mois, représentant donc une période développementale circonscrite et ne reflétant pas nécessairement les impacts à plus long terme dans l'enfance.

Finalement, les études citées plus haut effleurent rapidement les impacts que l'exposition à la violence conjugale peut entraîner sur le plan de l'attachement et du fonctionnement cognitif. Sur le plan de l'attachement, des comportements maternels, dont le manque de disponibilité émotionnelle, ont été mis en lien avec des impacts au niveau du fonctionnement neurophysiologique chez l'enfant. Ces résultats laissent donc présager que l'exposition à la violence conjugale et les conséquences qu'elle engendre

peuvent affecter les comportements maternels, dont la qualité du lien d'attachement et ainsi entraîné des impacts sur le plan neurophysiologique. Au niveau des habiletés cognitives, l'étude de Schnurr et Lohman (2013) met en lien un moins bon fonctionnement cognitif chez les enfants exposés à la violence conjugale, dont les mères n'ont pas obtenu de diplôme d'études secondaires. Bien que cette corrélation ne mette pas en lien direct l'exposition à la violence et les impacts sur le plan cognitif, il est tout de même possible de croire que des impacts sont possibles. À cet effet, bien que peu d'études aient été effectuées à ce sujet, les résultats existants tendent à montrer des effets négatifs de l'exposition à cette violence en bas âge, sur les fonctions cognitives (Gustafsson et al., 2015) et la mémoire (Gustafsson et al., 2013) des enfants lors de l'entrée à l'école.

Ainsi, les conséquences de l'exposition à la violence conjugale sont multiples et entraîne des impacts à différents niveaux, tant relationnel que cognitif et comportemental notamment. Dans le but d'établir certaines ressemblances et dissemblances entre les conséquences de l'enfant témoin de violence conjugale et celui victime de violence interpersonnelle dans sa famille, la prochaine section fait état de recherches sur les conséquences des traumatismes interpersonnels chez les enfants.

Conséquences développementales de l'exposition à des traumatismes interpersonnels complexes chez l'enfant

Peu d'études empiriques ciblent spécifiquement les conséquences du traumatisme complexe sur le développement des enfants. Le Tableau 5 (voir Appendice C) présente

les conséquences développementales et psychologiques chez les enfants exposés à des traumatismes interpersonnels. Les études sont présentées en ordre alphabétique d'auteurs.

Tout d'abord, il est possible de constater que les études répertoriées, à l'exception de l'étude de Price, Higa-McMillan, Kim et Fruch (2013), ciblent des populations à risque de vivre différents types d'adversités ou des populations cliniques. Ces caractéristiques peuvent donc se répercuter sur les conséquences, notamment en entraînant des conséquences qui ne sont pas nécessairement en lien avec les événements traumatiques interpersonnels familiaux vécus, mais par d'autres facteurs présents dans la vie de l'enfant. À nouveau, les résultats sont donc à interpréter avec prudence.

Toutefois, à travers les études, il est tout de même possible de constater que plusieurs conséquences émergent au plan développemental chez les enfants exposés à des traumatismes complexes. En effet, les études semblent s'entendre sur le fait que les traumatismes interpersonnels dans la famille entraînent des symptômes plus importants sur le fonctionnement des enfants. Les enfants ayant vécus des traumatismes interpersonnels présentent de moins bonnes compétences au plan préscolaire et scolaire (Enlow, Blood, & Egeland, 2013), plus de symptômes post-traumatiques (Enlow et al., 2013; Kisiel, Summersett-Ringgold, Weil, & McClelland, 2017; Münzer et al., 2016; Price et al., 2013), des difficultés comportementales, émotionnelles et cognitives (Kisiel et al., 2014; Münzer et al., 2016; Price et al., 2013) ainsi qu'au niveau relationnel et de

l'attachement (Kisiel et al., 2014; Tarren-Sweeney, 2013). Il est donc possible d'observer des profils complexes dans lesquels plusieurs sphères sont affectées. Les études tendent également à démontrer que plusieurs types de traumatismes interpersonnels sont combinés, de plus hauts niveaux de difficulté ressortent (Enlow et al., 2013; Kisiel et al., 2014). Toutefois, l'étude de Kisiel et al. (2014) indique également que les enfants ayant vécu des traumas non violents et violents combinés ont des niveaux plus élevés de symptômes de dysrégulation sur les cinq catégories du trauma complexe et que les différences demeurent même après avoir contrôlé le nombre d'expériences traumatiques suggérant des différences au-delà des effets du trauma cumulatif seulement. Il est donc possible de croire que dans ces circonstances, les facteurs concomitants à la violence conjugale (par ex., disponibilité maternelle, niveau socioéconomique) vont également contribuer aux conséquences chez ces enfants.

De plus, les études répertoriées dans le Tableau 5 font état des conséquences de différents types de traumatismes, dont les traumatismes interpersonnels, et comparent les conséquences selon les types de traumatismes. Il est possible de remarquer que certaines caractéristiques peuvent différer selon les types de traumas vécus par les enfants. Par exemple, l'étude de Münzer, Fegert et Goldbeck (2016) fait ressortir plus diagnostics de dépression majeure et de symptômes de stress post-traumatiques chez les enfants avec un historique de victimisation sexuelle que ceux victimes de mauvais traitements de nature non sexuelle. Toutefois, les enfants ayant vécu de la victimisation sexuelle ne présentent pas de critères diagnostiques des différents troubles du DSM-IV plus

fréquemment que les autres enfants. De plus, l'étude de Kisiel et ses collaborateurs (2014) suggèrent également que lorsque les traumatismes interpersonnels violents et non violents sont considérés séparément, la relation est légèrement plus forte entre les items dans le groupe de trauma violent en comparaison au trauma interpersonnel non violent. Cela semble être un facteur important à prendre en compte puisque ces résultats peuvent laisser croire que bien que chaque type de trauma interpersonnel intrafamilial peut entraîner certaines particularités au niveau de conséquences qu'il engendre, un modèle plus général semble tout de même se dégager entraînant différentes conséquences à différent niveau.

De plus, lorsque différents types de traumatismes interpersonnels sont comparés, l'étude de Kisiel et ses collègues (2017) indique que les traumatismes relationnels avec les donneurs de soins (par ex., négligence, témoins de violence conjugale, abus sexuels) ont plus de chances de présenter des symptômes de stress traumatiques que ceux victimes de traumatismes ne prenant pas nécessairement place dans la relation de soin (par ex., guerre, exposition ou victime d'un événement criminel). Cela laisse supposé qu'il peut être plus difficile pour un enfant de faire face à des événements traumatiques lorsque ces derniers sont vécus dans la relation de soin. Il est également possible de croire que l'enfant peut être exposé de façon plus soutenue à des événements dans son milieu familial qu'à un événement qui pourrait être plus ponctuel comme un acte terroriste ou un trauma médical.

Il semble également ressortir des différences dans les conséquences au niveau du genre. L'étude de Tarren-Sweeney (2013) dégage des profils différents chez les garçons et les filles laissant croire que selon le genre de l'enfant, certaines caractéristiques peuvent possiblement ressortir plus que d'autres ou de façon plus prononcée. Finalement, il est possible de se questionner quant aux conséquences qui ressortent à l'étude de Tarren-Sweeney (2013). En effet, cette étude concerne des enfants placés en famille d'accueil. Les circonstances qu'engendrent les placements en dehors de la famille biologique peuvent alors venir s'additionner aux conséquences des mauvais traitements vécus dans la famille. Il devient alors difficile de discerner les impacts dus au placement de ceux dus aux mauvais traitements.

Ainsi, il semble que les traumatismes interpersonnels complexes chez l'enfant victime laissent également de nombreuses traces sur le développement de l'enfant et ce à différents niveaux (symptômes traumatiques et dysrégulation à différents niveaux). Dans ce qui suit, une comparaison sera établie entre les conséquences qui ressortent chez les enfants ayant été exposés à la violence conjugale, sans autre traumatisme interpersonnel connu et ceux ayant vécu un traumatisme complexe.

Comparaison des conséquences liées à l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant témoin et les conséquences du traumatisme complexe chez l'enfant victime

Lorsque les conséquences de l'exposition à la violence conjugale sont comparées à celles des traumatismes directement dirigés contre l'enfant comme la négligence, la violence physique et les abus sexuels, plusieurs caractéristiques communes ressortent.

Notamment, il apparaît des impacts au niveau de la présence des symptômes de stress post-traumatique, des difficultés dans la manifestation des comportements et symptômes de types extériorisés et/ou intériorisés.

Le Tableau 3 suivant est présenté et vise à comparer les impacts de l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant témoin avec les conséquences des traumatismes complexes dirigés vers l'enfant, en considérant les études récentes recensées au long de cet essai. Afin de faciliter la compréhension du tableau et pour illustrer les similarités au diagnostic du traumatisme complexe, les conséquences ont été séparées selon les critères du Traumatisme développemental complexe tels que proposés par van der Kolk et ses collègues (2009).

Tableau 3

Comparaison des conséquences liées à l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant témoin et des conséquences liées au traumatisme complexe basée sur des études empiriques récentes

	Conséquences de l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant témoins	Conséquences du traumatisme complexe chez l'enfant victime
Symptômes du spectre du TSPT	• Symptômes traumatiques (Lamers-Winkelman, Willemen et al., 2012) • Symptômes du TSPT (éviter, reviviscence et hyperactivation du système nerveux) (Levendosky et al., 2013)	• Symptômes de stress post-traumatiques (Enlow et al., 2013; Kisiel et al., 2017; Kisiel et al., 2014; Münzer et al., 2016; Price et al., 2013)
Dysrégulation au niveau cognitif/comportemental	• Comportements agressifs (Holmes, 2013a) • Problèmes extériorisés (Lamers-Winkelman, Willemen et al., 2012; Schnurr & Lohman, 2013; Symes et al., 2014) • Diminution de l'engagement scolaire (Schnurr & Lohman, 2013) • Difficultés attentionnelles et hyperactivité (Davies et al., 2011)	• Dysrégulation attentionnelle/cognitive et comportementale (Kisiel et al., 2014; M. Tarren-Sweeney, 2013) • Trouble déficitaire d'attention avec hyperactivité (Münzer et al., 2016; Price et al., 2013), • Trouble de conduite (Münzer et al., 2016; Price et al., 2013) • Opposition (Price et al., 2013)
Dysrégulation du soi/interpersonnel	• Perturbations dans l'attachement (Sturge-Apple et al., 2012)	• Dysrégulation du soi et relationnelle (Kisiel et al., 2014) • Difficultés sociales (Tarren-Sweeney, 2013) • Perturbation dans l'attachement (Tarren-Sweeney, 2013) • Dissociation (Price et al., 2013)
Dysrégulation au niveau affectif/somatique	• Problèmes intériorisés (Davies et al., 2011; Lamers-Winkelman, Willemen et al., 2012; Schnurr & Lohman, 2013; Symes et al., 2014) • Perturbation de la réactivité au cortisol (Davies et al., 2011; Sturge-Apple et al., 2012)	• Dysrégulation affective et physiologique (Kisiel et al., 2014) • Symptômes affectifs (Price et al., 2013) • Troubles intériorisés (Tarren-Sweeney, 2013) • Dépression (Münzer et al., 2016)

Il est donc possible de constater que bien que les impacts ne soient pas nécessairement identiques, les différentes catégories liées aux critères pour le traumatisme développemental proposé par le NCTSN (van der Kolk et al., 2009) sont remplies. En effet, les deux types de traumatismes interpersonnels familiaux (directs et indirects) entraînent des conséquences au niveau des symptômes du spectre du TSPT, des dysrégulations sur le plan cognitif/comportemental, des dysrégulations du soi/interpersonnel ainsi que des dysrégulations au niveau affectif/somatique. Tel qu'abordé plus tôt, il semble que selon les types de traumatismes vécus, les conséquences diffèrent parfois. Par exemple, il ressort des comportements d'opposition chez les enfants exposés au traumatisme complexe, mais ces comportements ne ressortent pas nécessairement chez les enfants témoins de violence conjugale. Il en est de même pour les difficultés sociales qui ressortent à l'étude de Tarren-Sweeney (2013) chez les enfants victimes d'abus, mais qui ne ressort pas dans les études recensées pour l'exposition à la violence conjugale. Par contre, il est possible de croire que les variables et les instruments de mesure sélectionnés dans les études peuvent contribuer à ces disparités. Il n'est donc pas possible d'affirmer que les enfants exposés à la violence conjugale ne présentent pas de comportements d'opposition ou de difficultés sociales, bien que ce type de comportements ne ressortait pas dans les études recensées. Dans la section qui suit, l'ensemble de ces résultats sera discuté.

Discussion

Il est maintenant reconnu que l'exposition à la violence conjugale dans l'enfance entraîne de multiples conséquences qui affectent plusieurs sphères développementales chez l'enfant et perturbent le fonctionnement psychologique à long terme. Le traumatisme complexe est un concept théorique et clinique qui se démarque de plus en plus comme représentant les perturbations sévères et vastes pouvant résulter de l'exposition à des traumatismes interpersonnels et chroniques (Cook et al., 2005; Herman, 1992; van der Kolk, 2005; van der Kolk et al., 2005) tels que l'exposition à la violence conjugale. Cette section tentera donc d'expliquer les conséquences de l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant témoin comme faisant partie des possibles traumatismes complexes.

D'abord, tel que mentionné précédemment, ce qui distingue l'exposition à la violence conjugale des autres types de mauvais traitements dans l'enfance, comme les abus physiques ou sexuels, se trouve dans le fait que les enfants ne sont pas directement victimes de la violence. Toutefois, il n'en demeure pas moins que la comorbidité entre l'exposition à la violence conjugale et les différents types d'abus est élevée (Lamers-Winkelmann, Willemen et al., 2012; Meltzer et al., 2009). Ainsi, il est clair, par la littérature présentée, que lorsque la violence conjugale se produit avec d'autres types de violence aussi dirigés vers l'enfant, ceux-ci sont considérés comme victimes de traumatismes complexes (Courtois et Ford, 2009; Wamser, 2013). Toutefois, lorsqu'ils sont exposés à

la violence conjugale sans la présence d'autres types de violence, il demeure possible de se questionner si les conséquences sont aussi importantes que celle du trauma complexe sur le développement de l'enfant.

Il apparaît difficile d'établir qu'est-ce qui peut être plus au moins grave en termes de traumatismes vécus en enfance, lesquels vont amener des conséquences importantes dans leur développement. Cette question démontre la présence d'une multitude de variables parfois difficiles à préciser ou même contrôler dans les études lues. D'ailleurs, il est possible de constater qu'à travers les effets des différents types d'abus constituant ce qui est compris comme un traumatisme complexe, notamment au niveau des abus sexuels, des différences au niveau des conséquences psychologiques émergent lorsque comparés à d'autres types de mauvais traitements. Par exemple, les enfants avec un historique de victimisation sexuelle ont plus de chance d'avoir un diagnostic de dépression majeure et rapportent plus de symptômes de stress post-traumatiques que les enfants sans victimisation sexuelle (Münzer et al., 2016). Il est aussi possible de vérifier que même à travers les différents types de violence conjugale, les conséquences dans le développement général de l'enfant diffèrent, comme l'indique l'étude de Levendosky et al. (2013), dans laquelle les enfants témoins de violence physique entre leurs parents présentent davantage de symptômes extériorisés, alors que les enfants témoins de violence sexuelle vont démontrer plus de symptômes intériorisés.

Toutefois, les impacts de l'exposition à la violence conjugale, comme les autres types de traumatismes interpersonnels directs, semblent répondre aux critères proposés par le NCTSN (van der Kolk et al., 2009) pour le traumatisme complexe (voir Tableau 3). En effet, les études démontrent que les enfants témoins de violence conjugale présentent des symptômes post-traumatiques (Grasso et al., 2016; Lamers-Winkelmann, Willemen et al., 2012; Levendosky, Bogat, & Martinez-Torteya, 2013), des dysrégulations au niveau cognitif/comportemental comme des comportements agressifs ou des difficultés attentionnelles (Cook et al., 2005; Courtois, 2004; Davies et al., 2011; Schnurr & Lohman, 2013; Symes et al., 2014), des dysrégulations du soi/interpersonnel (Sturge-Apple et al., 2012) et des dysrégulations affectives/somatiques (Davies et al., 2011; Lamers-Winkelmann, Willemen et al., 2012; Schnurr & Lohman, 2013; Sturge-Apple et al., 2012; Symes et al., 2014). Cela laisse donc supposer que les conséquences de l'exposition à la violence conjugale peuvent s'apparenter, au niveau de l'étendue des conséquences sur le développement de l'enfant, à celles présentées par les enfants directement victimes d'abus.

Ainsi, il semble que les conséquences de l'exposition de l'enfant à la violence conjugale ne se limitent pas au TSPT puisque ce diagnostic ne tient pas compte des effets cumulatifs et développementaux de l'exposition à la violence conjugale. De la sorte, il semble que le DSM-V actuel ne prend pas en compte l'ampleur des conséquences des traumatismes relationnels sur le développement de l'enfant (Cook et al., 2005; NCTSN, 2003; Wamser, 2013). Tel qu'il est ressorti dans plusieurs études,

l'exposition à la violence conjugale se produit souvent lorsque l'enfant est en bas âge et entraîne des risques accrus de présenter des conséquences développementales à divers niveaux. Rappelons également que selon plusieurs auteurs (Arnold & Fisch, 2011; Krystal, 1988; Stolbach et al., 2013; Wamser Nanney & Vandenberg, 2013), trois facteurs tendent à influencer la gravité des conséquences des traumatismes laissées chez l'enfant soit la nature interpersonnelle du traumatisme, la chronicité de l'exposition ainsi que le jeune âge auquel l'enfant sera exposé. Ces trois facteurs se retrouvent fréquemment chez les enfants exposés à la violence conjugale. En effet, l'exposition à la violence conjugale est un traumatisme interpersonnel qui tend à se produire sur plusieurs années (de la Vega, de la Osa, Granero, & Ezpeleta, 2013; Graham-Bermann & Perkins, 2010; Katz, Stettler, & Gurtovenko, 2016; McDonald, Corona et al., 2016), impliquant une victimisation répétée (de la Vega et al., 2013; McTavish et al., 2016). De plus, les enfants tendent également à être témoin de cette violence dès un jeune âge (Clément et al., 2013; Fantuzzo et al., 1997; Graham-Bermann & Perkins, 2010; Osofsky, 2003). Bien que les symptômes traumatiques soient bien présents tant comme conséquence de la violence conjugale que chez les enfants témoins de violence conjugale, ces symptômes ne semblent être qu'une partie des conséquences qui atteignent le fonctionnement de l'enfant. De plus, la violence conjugale se produit chez celui qui est censé procurer les soins et donc, en contexte de violence conjugale ou d'abus chez l'enfant, il peut être plus difficile de s'appuyer sur cette figure pour se sécuriser (van der Kolk, 2005). Ainsi, l'exposition à la violence conjugale implique un aspect de trahison dans le traumatisme, tel que dans le diagnostic de traumatisme complexe proposé par

van der Kolk et ses collègues (2009) et entraîne des impacts sur la relation d'attachement, allant au-delà des impacts du TSPT (Sturge-Apple et al., 2012; Waldman-Levi, Finzi-Dottan, & Weintraub, 2015).

À ce stade, il apparaît important de revenir aux théories de Freud. En effet, ces dernières dénotent l'importance des stades développementaux de l'enfant dans le but de mieux comprendre les manifestations des symptômes. De plus, il développe des liens entre les éléments interpersonnels du traumatisme, tels que présents dans le traumatisme complexe. En effet, Freud aborde davantage les processus sous-jacents des traumatismes interpersonnels et leurs impacts dans le fonctionnement de l'individu. Ces derniers peuvent être primordiaux dans la compréhension des manifestations, mais également du maintien des symptômes à travers le temps. Il est notamment possible de croire qu'un enfant témoins de violence conjugale pourra développer des schèmes relationnels qui influenceront ses comportements et sa façon de percevoir les relations et certaines situations interpersonnelles. À cet effet, rappelons les résultats de l'étude de Doucet et Fortin (2014) qui faisait ressortir que, selon le point de vue de l'enfant, plus la violence à laquelle l'enfant est exposé s'intensifie, plus celui-ci tend à se blâmer de cette violence et plus il se sent menacé par cette dernière, entraînant un sentiment de menace pour sa sécurité. Bien que cela reflète le point de vue de l'enfant sur la situation, il est possible de croire que ses perceptions peuvent influencer les conséquences qui s'en suivront sur son développement. De plus, il semble important de rappeler que selon Freud (1906/1953), les mécanismes de défense et les symptômes manifestés représentaient un compromis entre les

désirs et l'interdit. Il ajoute également que dans la névrose, les symptômes proviennent de ce conflit qui a pris place à une époque développementale où les désirs de l'enfant ont été interdits ou refoulés contribuant à prendre en compte le point de vue de l'enfant afin d'éviter que cela ne se cristallise dans sa personnalité. Ainsi, la conception de Freud permet une compréhension plus ample et complexe, que l'accent plus centralisé sur les symptômes et troubles de comportement de la psychiatrie contemporaine représentée par le DSM V en comprenant davantage les processus dynamiques qui influencent les comportements et les symptômes observables chez l'enfant.

En effet, il semble que lorsque les propositions psychodynamiques ont été écartées du DSM-V, dans un effort de le construire sur une base athéorique, des aspects moins facilement mesurables et explicites ont été mis de côté, comme celui des pulsions et de la signification inconsciente des symptômes. Dans ce contexte, il serait peut-être important de reprendre certains concepts qui peuvent aider à expliquer certains symptômes et la place de la pulsion dans le développement des enfants. Freud apporte un aspect important à prendre en compte dans le trauma complexe chez l'enfant soit la perception de l'expérience par l'enfant, versus l'expérience réelle -externe. Dans un contexte d'exposition à la violence conjugale, cet aspect apparaît important étant donné que l'enfant n'est pas directement victime de la violence. Ainsi, au niveau de l'expérience réelle, l'enfant n'est pas une victime. Toutefois, la perception que l'enfant se fera de la situation (par ex., cause de la violence entre ses parents, conséquences) ainsi que les peurs que ces événements peuvent générer chez l'enfant notamment,

peuvent possiblement entraîner des conséquences en lien avec sa perception de ses parents, de ses relations, des conflits et ainsi entraîner des conséquences au-delà des symptômes qu'il manifestera. Bien que Freud ait modifié la théorie de la séduction aux dépens des fantasmes et de la théorie de la libido, entraînant une banalisation de l'acte traumatique pour l'enfant, il peut être tout de même possible de dégager l'importance de l'impact chez l'enfant de la façon dont celui-ci vivra cette expérience et quels sont les mécanismes défensifs inconsciemment qui seront mis en place.

Des auteurs, comme van der Kolk et d'autres, essayent de miser sur les aspects développementaux et intrapsychiques de l'enfant victime, liés à des manifestations symptomatiques, mais il reste à savoir si le trauma complexe et les caractéristiques plus intrapsychiques qu'il contient seront reconnus dans la prochaine édition du DSM. De plus, un autre aspect relationnel développemental défendu par cet auteur, qui amène des conséquences néfastes chez les enfants victimes serait le rôle du donneur de soin et le profond sentiment de trahison vécu par ces enfants qui reçoivent des soins et des attaques à leur intégrité, par les donneurs de soin (Courtois & Ford., 2009; van der Kolk et al., 2009) . Cette relation difficile et complexe internalisée par l'enfant ajoute des obstacles de plus dans son développement et dans la recherche d'aide dans le futur.

En effet, à travers le présent essai, il ressort l'importance du rôle parental dans le développement de l'enfant, mais également pour faire face à l'adversité et lors d'événements traumatiques. Une particularité des traumatismes complexes est que cette

présence parentale est grandement affectée par les traumatismes interpersonnels (van der Kolk, 2005; Waldman-Levi et al., 2015). Dans les abus intrafamiliaux comme l'exposition à la violence conjugale, le parent est souvent celui qui perpètre l'acte sur l'autre parent, ou alors il devient un témoin passif ou un complice indirect en ne protégeant pas l'enfant face à ce qu'il subit ou ce à quoi il est exposé. Ces circonstances peuvent engendrer, chez l'enfant, une attitude de confusion, une perte de confiance, un retrait ou de l'hostilité pouvant entraîner une attente omniprésente d'abandon, de mauvais traitement ou de trahison (Ford, Nader, & Fletcher, 2013). Toutefois, cette attitude négative peut créer un cercle vicieux dans lequel les relations subséquentes de l'enfant sont ébranlées (ex. attachement désorganisé, empathie limitée, détachement, isolement) ainsi que le concept de soi (par la culpabilité, honte, doute de soi, haine de soi) et minent éventuellement les autres capacités régulatrices (Ford et al., 2013). Cet aspect souligne donc à nouveau l'importance de prendre en compte les facteurs sous-jacents des événements traumatiques.

À la lumière des connaissances traduites jusqu'à maintenant, il semble qu'il ressort une distinction majeure entre le traumatisme complexe et le TSPT. La littérature concernant les conséquences de l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant témoin demeure à explorer afin de bien comprendre ce qui rassemble ou distingue l'exposition à la violence conjugale du fait d'être directement victime de traumatisme interpersonnel de façon répétée et chronique. Toutefois, il semble ressortir de façon importante des conséquences développementales à différents niveaux lors de l'exposition à la violence

conjugale chez l'enfant témoin, dénotant l'importance de prendre en compte le phénomène comme étant traumatique pour l'enfant, malgré que la violence ne soit pas directement dirigée sur lui.

Toutefois, il importe de nuancer les présents résultats concernant les conséquences de l'exposition à la violence conjugale chez les enfants. En effet, rappelons qu'il existe une grande comorbidité entre l'exposition à la violence conjugale et l'exposition à d'autres types de traumatismes interpersonnels dans la famille. Considérant que les études sélectionnées dans le présent essai ne contrôlent pas nécessairement la violence directe subie par l'enfant, il n'est pas possible de savoir si les conséquences rapportées comme étant en lien avec l'exposition à la violence conjugale ne sont pas plutôt dues à d'autres formes de violence directes subies par l'enfant. Il importe donc de demeurer prudent quant à la portée de ces résultats.

Sur un plan clinique, il peut être important de distinguer le TSPT des symptômes manifestés par les enfants témoins de violence conjugale dans un but de choisir les bonnes stratégies et objectifs d'intervention. En effet, cette distinction fait ressortir notamment l'importance du travail qui doit être fait au plan relationnel, notamment au niveau de l'attachement et de la régulation émotionnelle chez les enfants. De plus, il importe de considérer l'importance que ces facteurs peuvent avoir sur la personnalité en devenir des enfants. Il peut également être pertinent de sensibiliser les différents intervenants qui travaillent auprès des enfants sur les conséquences de l'exposition à la

violence conjugale, qui est souvent considérée comme ayant moins d'impact que le fait d'être directement victime de violence en leur permettant une meilleure compréhension des conséquences de l'exposition à la violence conjugale.

Forces et limites de l'essai et futures recherches

Une première contribution du présent essai réside dans le fait qu'il n'y a actuellement, à notre connaissance, aucune étude qui se soit intéressée spécifiquement à la comparaison entre les conséquences de l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant témoin et les conséquences des enfants exposés au traumatisme complexe. De plus, cet essai offre d'abord une couverture de l'évolution du diagnostic du TSPT ainsi que des différentes conséquences associées au traumatisme complexe ainsi qu'à l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant. Il permet également de mettre en valeur l'importance du phénomène de l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant considérant les nombreuses conséquences qui peuvent en découler et continuer d'influencer le fonctionnement une fois adulte.

Parmi les limites, il est d'abord important de mentionner que cet essai constitue une revue de la littérature et qu'à travers les études, il n'est pas toujours possible de dissocier les impacts de l'exposition à la violence conjugale de ceux causés par la présence concomitante d'autres sortes d'abus chez l'enfant, considérant la forte corrélation entre les deux. Il est donc difficile de départager les impacts de l'exposition à la violence conjugale et l'impact des facteurs de risque c'est-à-dire que le fait d'être exposé à la

violence est souvent associé à d'autres types d'adversité dans l'enfance telle que des problèmes psychiatriques diagnostiqués chez les parents, la négligence ou être victime d'abus, notamment (Lamers-Winkelmann, Willemen et al., 2012; Porche et al., 2016). Ainsi, ces facteurs peuvent contribuer à avoir un impact sur le développement de l'enfant.

Également, les conséquences de l'exposition à la violence conjugale dans les recherches sont, bien souvent, évaluées par des échantillons des mères, faisant en sorte qu'il est possible de s'attendre à ce qu'elles ne présentent pas toujours un portrait exact de comment l'enfant peut être ou se sentir. Finalement, les études évaluent majoritairement la relation entre l'enfant et sa mère, et la présence ou le rôle du père est peu présent dans les études sur la violence conjugale. Dans cet essai, la relation père-enfant n'a pas été investiguée, mais il est possible de penser qu'elle pourrait contribuer également à l'ajustement de l'enfant. Ainsi, il pourrait être intéressant de voir sa contribution dans le phénomène.

Conclusion

Cet essai a été structuré en présentant d'abord le concept et la dimension de la violence conjugale et les enfants témoins. Par la suite, le concept de trauma a été abordé ainsi que son évolution dans le système diagnostique. Les nouvelles perspectives diagnostiques du trauma chez l'enfant ont également été abordées, avant de présenter les conséquences de l'exposition à la violence conjugale chez l'enfant et celles chez les enfants victimes de traumatismes interpersonnels répétés dans la famille. Finalement, il a été tenté d'établir des liens entre ces deux types d'expositions traumatiques et explorer ce qui les distingue des TSPT.

Par le biais de cette étude, il a été possible de constater que l'exposition à la violence conjugale dans un contexte développemental laisse des conséquences importantes sur le développement socioémotionnel et comportemental, au niveau des symptômes traumatiques ainsi que des impacts développementaux sur le plan physiologique chez les enfants témoins. D'ailleurs, lorsque les conséquences de l'exposition à la violence conjugale sont comparées aux critères du traumatisme développemental, tel que suggérés par van der Kolk et ses collègues du NCTSN (2009), les conséquences semblent répondre aux différents critères, faisant en sorte que l'exposition à la violence conjugale semble laisser des conséquences développementales importantes et s'apparentant à celles des enfants qui sont directement victimes de traumatismes interpersonnels répétés.

Qui plus est, il a été possible de constater que les conséquences ne sont pas identiques à celles laissées par un autre type de violence telles que les abus sexuels ou la violence physique. Toutefois, les résultats ont aussi démontré que selon le type de mauvais traitements dont l'enfant est victime ou témoins, les conséquences diffèrent (Kisiel et al., 2014; Münzer et al., 2016).

Ainsi, cet essai avait pour but d'explorer si les conséquences chez les enfants témoins de violence conjugale sont aussi importantes que chez les enfants qui sont directement victimes de traumatisme. De plus, les concepts de trauma et du traumatisme complexe ont été utilisés afin de permettre un autre regard sur les impacts psychologiques et développementaux de la violence conjugale chez l'enfant témoin. Les résultats de la présente étude ont permis de mettre en lumière que même si l'enfant témoin de violence conjugale n'est pas directement victime de la violence, il semble que les conséquences que cela entraîne sur son développement sont importantes et tendent à s'apparenter à plus qu'un TSPT. Il semble donc pertinent d'obtenir un diagnostic qui puisse expliquer les conséquences de ce type de mauvais traitements chez les enfants et le diagnostic du DTD proposé par van der Kolk et ses collègues semble cibler les nombreuses sphères touchées chez les enfants et prendre en compte la complexité des conséquences développementales. Un diagnostic adapté pourrait permettre de mieux intervenir auprès des enfants vivant avec une telle problématique.

La présente étude s'avère être une recension critique des écrits, mais ne prétend pas avoir ciblé la totalité des conséquences possibles chez les enfants témoins de violence conjugale ou victime de maltraitance. De plus, de par le fait qu'il s'agit d'une recension, il n'est pas possible de bien contrôler les impacts d'autres types d'adversité présents dans la vie de l'enfant, dans les résultats. Toutefois, de futures recherches pourraient s'attarder à comparer les deux groupes d'enfants exposés à des traumatismes interpersonnels (victime de mauvais traitements vs témoin de violence conjugale) en tentant de bien contrôler les différents types d'adversité. De plus, une plus grande considération du rôle du père et de son point de vue serait pertinente à explorer.

Références

- Aber, J. L., & Allen, J. P. (1987). Effects of maltreatment on young children's socioemotional development: An attachment theory perspective. *Developmental Psychology*, 23, 406-414. doi: 10.1037/0012-1649.23.3.406
- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post-traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse and Neglect*, 22, 759-774. doi: 10.1016/S0145-2134(98)00062-3
- Ahlfs-Dunn, S. M., & Huth-Bocks, A. C. (2014). Intimate partner violence and infant socioemotional development: The moderating effects of maternal trauma symptoms. *Infant Mental Health Journal*, 35, 322-335. doi: 10.1002/imhj.21453
- American Psychiatric Association. (APA, 1952). *DSM-I: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1^{re} éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 1968). *DSM-II: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2^e éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd.). Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 1987). *DSM-III-R: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi, & M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC: Authors.
- Arnold, C., & Fisch, R. (2011). *The impact of complex trauma on development*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.

- Babington, A. (1997). *SHELL-SHOCK: A history of the changing attitudes to war neurosis*. Barnsley, South Yorkshire: Leo Cooper.
- Beveridge, A. (1997). On the origins of post-traumatic stress disorder. Dans D. Black, M. Newman, J. Harris-Hendriks, & G. Mezey (Éds), *Psychological trauma: A developmental approach* (pp. 3-9). London, England: Gaskell/Royal College of Psychiatrists
- Blaauw, E., Winkel, F. W., Arensman, E., Sheridan, L., & Freeve, A. (2002). The toll of stalking: The relationship between features of stalking and psychopathology of victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 50-63. doi: 10.1177/0886260502017001004
- Bogat, G. A., DeJonghe, E., Levendosky, A. A., Davidson, W. S., & von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse and Neglect*, 30, 109-125. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.09.002
- Bogat, G. A., Levendosky, A. A., von Eye, A., & Davidson Ii, W. S. (2011). Effects of intimate partner violence on the attachment relationship between mother and child: Data from a longitudinal study beginning during pregnancy. Dans S. A. G.-B. A. A. Levendosky (Éd.), *How intimate partner violence affects children: Developmental research, case studies, and evidence-based intervention* (pp. 19-46). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bourret, A. (2006). *Mieux connaitre et agir. Enfants exposés à la violence conjugale*. Québec, QC : Centre québécois de ressources en promotion de la sécurité et en prévention de la criminalité. Repéré à <http://www.tcvc.ca/files/2015-12/mieux-connaître-enfants-exposés-a-la-vc-fev2006.pdf>
- Breuer, J., & Freud, S. (1893). Communication préliminaire. Dans S. Freud & J. Breuer (Éds, 1895), *Études sur l'hystérie* (pp. 1-13). Paris : Presses universitaires de France.
- Briere, J., & Runtz, M. (1987). Post sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 367-379. doi: 10.1177/088626058700200403
- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1974). Rape trauma syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 131, 981-986.
- Chemtob, C. M., & Carlson, J. G. (2004). Psychological effects of domestic violence on children and their mothers. *International Journal of Stress Management*, 11, 209-226. doi: 10.1037/1072-5245.11.3.209

- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 541-565. doi: 10.1097/00004583-199505000-00008
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029
- Clément, M., Bernèche, F., Chamberland, C., & Fontaine, C. (2013). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012. Les attitudes parentales et les pratiques familiales*. Québec, QC : Institut de la statistique du Québec. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/violencefamilles/violence-familiale-2012.pdf>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 399-408. doi: 10.1002/jts.20444
- Cloitre, M., Stovall-McClough, C., Zorbas, P., & Charuvastra, A. (2008). Attachment organization, emotion regulation, and expectations of support in a clinical sample of women with childhood abuse histories. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 282-289. doi: 10.1002/jts.20339
- Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 174-184. doi: 10.1037/0022-006X.60.2.174
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390-398.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 412-425. doi: 10.1037/0033-3204.41.4.412
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (eds.) (2009). *Treating complex traumatic stress disorders*. New York, NY: Guilford.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob.
- Crocq, M. A., & Crocq, L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: A history of psychotraumatology. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2, 47-55.

- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82, 187-200. doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- Davies, P. T., Sturge-Apple, M. L., & Cicchetti, D. (2011). Interparental aggression and children's adrenocortical reactivity: Testing an evolutionary model of allostatic load. *Development and Psychopathology*, 23, 801-814. doi: 10.1017/S0954579411000319
- De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, 13, 539-564. doi: 10.1017/S0954579401003078
- De Bellis, M. D., Hooper, S. R., Spratt, E. G., & Woolley, D. P. (2009). Neuropsychological findings in childhood neglect and their relationships to pediatric PTSD. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15, 868-878. doi: 10.1017/S1355617709990464
- De Bellis, M. D., & Putnam, F. W. (1994). The psychology of childhood maltreatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 3, 663-678.
- DeBoard-Lucas, R. L., & Grych, J. H. (2011). Children's perceptions of intimate partner violence: Causes, consequences, and coping. *Journal of Family Violence*, 26, 343-354. doi: 10.1007/s10896-011-9368-2
- de la Vega, A., de la Osa, N., Granero, R., & Ezpeleta, L. (2013). Severity of psychological maltreatment and accumulative risk for psychopathology in children of mothers exposed to intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 28, 427-434. doi: 10.1007/s10896-013-9521-1
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., ... Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, 28, 771-784. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.01.008
- Doucet, M., & Fortin, A. (2014). Examen des profils d'adaptation chez les enfants exposés à la violence conjugale. = Review of patterns of adaptation in children exposed to spousal violence. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 46, 162-174. doi: 10.1037/a0028368
- Edleson, J. L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 839-870. doi: 10.1177/088626099014008004

- Ellonen, N., Piispa, M., Peltonen, K., & Oranen, M. (2013). Exposure to parental violence and outcomes of child psychosocial adjustment. *Violence and Victims*, 28, 3-15. doi: 10.1891/0886-6708.28.1.3
- Enlow, M. B., Blood, E., & Egeland, B. (2013). Sociodemographic risk, developmental competence, and PTSD symptoms in young children exposed to interpersonal trauma in early life. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 686-694. doi: 10.1002/jts.21866
- Enlow, M. B., Egeland, B., Blood, E. A., Wright, R. O., & Wright, R. J. (2012). Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: A longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 1005-1010. doi: 10.1136/jech-2011-200727
- Fantuzzo, J., Boruch, R., Beriama, A., & Atkins, M. (1997). Domestic violence and children: Prevalence and risk in five major U.S. cities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 116-122. doi: 10.1097/00004583-199701000-00025
- Fantuzzo, J. W., & Mohr, W. K. (1999). Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *The Future of Children*, 9, 21-32. doi: 10.2307/1602779
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Fernández, E. B., Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., & Domènech, J. M. (2011). Degree of exposure to domestic violence, psychopathology, and functional impairment in children and adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 1215-1231. doi: 10.1177/0886260510368155
- Figley, C. (1978). *Stress disorders among Vietnam veterans: Theory, research and treatment implications*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, 124(5), 1411-1423. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2009-0467>
- Font, S. A., & Berger, L. M. (2015). Child maltreatment and children's developmental trajectories in early to middle childhood. *Child Development*, 86, 536-556. doi: 10.1111/cdev.12322

- Ford, J. D. (1999). Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: Associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 3-12. doi: 10.1037/0022-006X.67.1.3
- Ford, J. D., Nader, K., & Fletcher, K. E. (2013). Clinical assessment and diagnosis. Dans J. D. Ford & C. A. Courtois (Éds), *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models* (pp. 116-139). New York, NY: Guilford Press.
- Fortin, A. (2005). *Le point de vue de l'enfant sur la violence conjugale à laquelle il est exposé*. Montréal, QC: CRI-VIFF.
- Freud, S. (1962). The aetiology of hysteria. Dans J. Strackey (Éd.), *Standard edition (lithe complete psychological works of Sigmund Freud)* (Vol. 3, pp. 189-221). London: Hogarth Press. (**Ouvrage original publié en 1896**).
- Freud, S. (1953). My views on the part played by sexuality in the aetiology of the neuroses. Dans J. Strackey (Éd.), *Standard edition (lithe complete psychological works of Sigmund Freud)* (Vol. 7, pp. 269-279). London, UK: Hogarth Press. (**Ouvrage original publié en 1906**).
- Freud, S. (2010). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris, France : Payot & Rivages. (**Ouvrage original publié en 1920**).
- Freud, S., & Breuer, J. (1990). *Études sur l'hystérie* (10^e éd.). Paris, France : Presses universitaires de France. (**Ouvrage original publié en 1895**).
- Gamache Martin, C., Cromer, L. D., DePrince, A. P., & Freyd, J. J. (2013). The role of cumulative trauma, betrayal, and appraisals in understanding trauma symptomatology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 110-118. doi: 10.1037/a0025686
- Gamache Martin, C., Van Ryzin, M. J., & Dishion, T. J. (2016). Profiles of childhood trauma: Betrayal, frequency, and psychological distress in late adolescence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 206-213. doi: 10.1037/tra0000095.10.1037/tra0000095.supp (Supplemental)
- Gewirtz, A. H., DeGarmo, D. S., & Medhanie, A. (2011). Effects of mother's parenting practices on child internalizing trajectories following partner violence. *Journal of Family Psychology*, 25, 29-38. doi: 10.1037/a0022195

- Gonzalez, A., MacMillan, H., Tanaka, M., Jack, S. M., & Tonmyr, L. (2014). Subtypes of exposure to intimate partner violence within a Canadian child welfare sample: Associated risks and child maladjustment. *Child Abuse and Neglect*, 38, 1934-1944. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.10.007
- Gouvernement du Québec. (2008). *Loi sur la Protection de la jeunesse*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2012). *Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale. Prévenir, Dépister, Contrer*. Repéré à http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/SCF_plan_action_violence_conjugale.pdf
- Graham-Bermann, S. A., Castor, L. E., Miller, L. E., & Howell, K. H. (2012). The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 393-400. doi: 10.1002/jts.21724
- Graham-Bermann, S. A., & Perkins, S. (2010). Effects of early exposure and lifetime exposure to intimate partner violence (IPV) on child adjustment. *Violence and Victims*, 25, 427-439. doi: 10.1891/0886-6708.25.4.427
- Grasso, D. J., Petitcherc, A., Henry, D. B., McCarthy, K. J., Wakschlag, L. S., & Briggs-Gowan, M. J. (2016). Examining patterns of exposure to family violence in preschool children: A latent class approach. *Journal of Traumatic Stress*, 29, 491-499. doi: 10.1002/jts.22147
- Grip, K. K., Almqvist, K., Axberg, U., & Broberg, A. G. (2014). Perceived quality of life and health complaints in children exposed to intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 29, 681-692. doi: 10.1007/s10896-014-9622-5
- Gustafsson, H. C., Coffman, J. L., & Cox, M. J. (2015). Intimate partner violence, maternal sensitive parenting behaviors, and children's executive functioning. *Psychology of Violence*, 5, 266-274. doi: 10.1037/a0037971
- Gustafsson, H. C., Coffman, J. L., Harris, L. S., Langley, H. A., Ornstein, P. A., & Cox, M. J. (2013). Intimate partner violence and children's memory. *Journal of Family Psychology*, 27, 937-944. doi: 10.1037/a0034592
- Harding, H. G., Morelen, D., Thomassin, K., Bradbury, L., & Shaffer, A. (2013). Exposure to maternal- and paternal-perpetrated intimate partner violence, emotion regulation, and child outcomes. *Journal of Family Violence*, 28, 63-72. doi: 10.1007/s10896-012-9487-4

- Hébert, M., Langevin, R., & Oussaïd, E. (2018). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of Affective Disorders*, 225, 306-312. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.044
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391. doi: 10.1002/jts.2490050305
- Hibel, L. C., Granger, D. A., Blair, C., & Cox, M. J. (2011). Maternal sensitivity buffers the adrenocortical implications of intimate partner violence exposure during early childhood. *Development and Psychopathology*, 23, 689-701. doi: 10.1017/S0954579411000010
- Holden, G. W., Geffner, R., & Jouriles, E. N. (1998). Appraisal and outlook. Dans G. W. Holden, R. Geffner, & E. N. Jouriles (Éds), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues* (pp. 409-421). Washington, DC: American Psychological Association.
- Holdorff, B. (2011). The fight for 'traumatic neurosis', 1889-1916: Hermann Oppenheim and his opponents in Berlin. *History of Psychiatry*, 22, 465-476. doi: 10.1177/0957154X10390495
- Holmes, M. R. (2013a). The sleeper effect of intimate partner violence exposure: Long-term consequences on young children's aggressive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 986-995. doi: 10.1111/jcpp.12071
- Holmes, M. R. (2013b). Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: An examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 37, 520-530. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.12.006
- Hornor, G. (2005). Domestic violence and children. *Journal of Pediatric Health Care*, 19, 206-212. doi: 10.1016/j.pedhc.2005.02.002
- Howell, K. H. (2011). Resilience and psychopathology in children exposed to family violence. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 562-569. doi: 10.1016/j.avb.2011.09.001
- Howell, K. H., & Graham-Bermann, S. A. (2011). The multiple impacts of intimate partner violence on preschool children. Dans S. A. G.-B. A. A. Levendosky (Éd.), *How intimate partner violence affects children: Developmental research, case studies, and evidence-based intervention* (pp. 87-107). Washington, DC: American Psychological Association.

- Huang, C.-C., Vikse, J. H., Lu, S., & Yi, S. (2015). Children's exposure to intimate partner violence and early delinquency. *Journal of Family Violence*, 30, 953-965. doi: 10.1007/s10896-015-9727-5
- Huang, C.-C., Wang, L.-R., & Warrener, C. (2010). Effects of domestic violence on behavior problems of preschool-aged children: Do maternal mental health and parenting mediate the effects? *Children and Youth Services Review*, 32, 1317-1323. doi: 10.1016/j.chilyouth.2010.04.024
- Katz, L. F., Stettler, N., & Gurtovenko, K. (2016). Traumatic stress symptoms in children exposed to intimate partner violence: The role of parent emotion socialization and children's emotion regulation abilities. *Social Development*, 25, 47-65. doi: 10.1111/sode.12151
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 706-716. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x
- Kim-Spoon, J., Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2013). A longitudinal study of emotion regulation, emotion lability-negativity, and internalizing symptomatology in maltreated and nonmaltreated children. *Child Development*, 84, 512-527. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01857.x
- Kisiel, C., Summersett-Ringgold, F., Weil, L. E. G., & McClelland, G. (2017). Understanding strengths in relation to complex trauma and mental health symptoms within child welfare. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 437-451. doi: 10.1007/s10826-016-0569-4
- Kisiel, C. L., Fehrenbach, T., Torgersen, E., Stolbach, B., McClelland, G., Griffin, G., & Burkman, K. (2014). Constellations of interpersonal trauma and symptoms in child welfare: Implications for a developmental trauma framework. *Journal of Family Violence*, 29, 1-14. doi: 10.1007/s10896-013-9559-0
- Krystal, H. (1969). *Massive psychic trauma*. New York, NY: International Universities Press.
- Krystal, H. (1988). On some roots of creativity. *Psychiatric Clinics of North America*, 11, 475-491.
- Lam, A., Lyons, J. S., Griffin, G., & Kisiel, C. (2015). Multiple traumatic experiences and the expression of traumatic stress symptoms for children and adolescents. *Residential Treatment for Children & Youth*, 32, 167-181. doi: 10.1080/0886571X.2015.1046731

- Lamers-Winkelmann, F., Willemen, A. M., & Visser, M. (2012). Adverse childhood experiences of referred children exposed to intimate partner violence: Consequences for their wellbeing. *Child Abuse and Neglect*, 36, 166-179. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.07.006
- Lamers-Winkelmann, F., De Schipper, J. C., & Oosterman, M. (2012). Children's physical health complaints after exposure to intimate partner violence. *British Journal of Health Psychology*, 17, 771-784. doi: 10.1111/j.2044-8287.2012.02072.x
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2009). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Levendosky, A. A., Bogat, G. A., & Martinez-Torteya, C. (2013). PTSD symptoms in young children exposed to intimate partner violence. *Violence Against Women*, 19, 187-201. doi: 10.1177/1077801213476458
- Levendosky, A. A., & Graham-Bermann, S. A. (2001). Parenting in battered women: The effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence*, 16, 171-192. doi: 10.1023/A:1011111003373
- Lourenço, L. M., Baptista, M. N., Senra, L. X., Almeida, A. A., Basílio, C., & de Castro Bhona, F. M. (2013). Consequences of exposure to domestic violence for children: A systematic review of the literature. *Paidéia*, 23, 263-271. doi: 10.1590/1982-43272355201314
- MacMillan, H. L., Wathen, C. N., & Varcoe, C. M. (2013). Intimate partner violence in the family: Considerations for children's safety. *Child Abuse and Neglect*, 37, 1186-1191. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.05.005
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Maneta, E. K., White, M., & Mezzacappa, E. (2017). Parent-child aggression, adult-partner violence, and child outcomes: A prospective, population-based study. *Child Abuse and Neglect*, 68, 1-10. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.03.017
- Margolin, G., & Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445-479. doi: 10.1146/annurev.psych.51.1.445

- Masson, J. M. (2012). *Enquête aux archives Freud : des abus réels aux pseudo-fantasmes*. Paris, France : Instant présent.
- McDonald, R., Jouriles, E. N., Ramisetty-Mikler, S., Caetano, R., & Green, C. E. (2006). Estimating the number of American children living in partner-violent families. *Journal of Family Psychology*, 20, 137-142. doi: 10.1037/0893-3200.20.1.137
- McDonald, S. E., Corona, R., Maternick, A., Ascione, F. R., Williams, J. H., & Graham-Bermann, S. A. (2016). Children's exposure to intimate partner violence and their social, school, and activities competence: Latent profiles and correlates. *Journal of Family Violence*, 31, 849-864. doi: 10.1007/s10896-016-9846-7
- McDonald, S. E., Graham-Bermann, S. A., Maternick, A., Ascione, F. R., & Williams, J. H. (2016). Patterns of adjustment among children exposed to intimate partner violence: A person-centered approach. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 9, 137-152. doi: 10.1007/s40653-016-0079-y
- McGee, C. (1997). Children's experiences of domestic violence. *Child & Family Social Work*, 2, 13-23. doi: 10.1046/j.1365-2206.1997.00037.x
- McGee, C. (2000). Children's and mothers' experiences of support and protection following domestic violence. Dans J. Hanmer & C. Itzin (Éds), *Home truths about domestic violence: Feminist influences on policy and practice a reader* (pp. 77-95). New York, NY: Routledge.
- McTavish, J. R., MacGregor, J. C. D., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: An overview. *International Review of Psychiatry*, 28, 504-518. doi: 10.1080/09540261.2016.1205001
- Mechanic, M. B., Uhlmansiek, M. H., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (2000). The impact of severe stalking experienced by acutely battered women: An examination of violence, psychological symptoms and strategic responding. *Violence and Victims*, 15, 443-458.
- Meltzer, H., Doos, L., Vostanis, P., Ford, T., & Goodman, R. (2009). The mental health of children who witness domestic violence. *Child & Family Social Work*, 14, 491-501. doi: 10.1111/j.1365-2206.2009.00633.x
- Miller, L. E., Howell, K. H., & Graham-Bermann, S. A. (2012). Potential mediators of adjustment for preschool children exposed to intimate partner violence. *Child Abuse and Neglect*, 36, 671-675. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.07.005

- Ministère de la Justice du Canada. (2002). *Violence conjugale : fiche d'information du ministère de la Justice du Canada*. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/J2289-2002F.pdf>
- Ministère de la Sécurité Publique. (2016). *Les infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal au Québec : faits saillants 2014*. Repéré à https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/violence_conjugale/2014/violence_conjugale_2014.pdf
- Mott, F. W. (1919). *War neuroses and shell shock*. New York, NY: Oxford University Press
- Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2016). Psychological symptoms of sexually victimized children and adolescents compared with other maltreatment subtypes. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 25, 326-346. doi: 10.1080/10538712.2016.1137667
- National Child Traumatic Stress Network. (NCTSN, 2003). *Complex trauma in children and adolescents*. Repéré à https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/complex_trauma_in_children_and_adolescents.pdf
- Niederland, W. G. (1968). Clinical observations on the 'survivor syndrome'. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49, 313-315.
- Osofsky, J. D. (1999). The impact of violence on children. *The Future of Children*, 9, 33-49. doi: 10.2307/1602780
- Osofsky, J. D. (2003). Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: Implications for prevention and intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 161-170. doi: 10.1023/A:1024958332093
- Paradis, L. (2012). *L'enfant, une éponge... L'enfant exposé à la violence conjugale. Son vécu, notre rôle*. Québec, QC : Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale Repéré à <https://ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/enfant-une-eponge-l-enfant-expose-la-violence-conjugale-son-vecu-son-role>
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-16. doi: 10.1023/A:1024800212070

- Porche, M. V., Costello, D. M., & Rosen-Reynoso, M. (2016). Adverse family experiences, child mental health, and educational outcomes for a national sample of students. *School Mental Health, 8*, 44-60. doi: 10.1007/s12310-016-9174-3
- Price, M., Higa-McMillan, C., Kim, S., & Frueh, B. C. (2013). Trauma experience in children and adolescents: An assessment of the effects of trauma type and role of interpersonal proximity. *Journal of Anxiety Disorder, 27*, 652-660. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.07.009
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*, 269-278. doi: 10.1097/00004583-200303000-00006
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Layne, C. M., Liang, L.-J., Vivrette, R. L., Briggs, E. C., ... Fairbank, J. A. (2014). Modeling constellations of trauma exposure in the National Child Traumatic Stress Network Core Data Set. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*, S9-S17. doi: 10.1037/a0037767
- Renner, L. M., & Boel-Studt, S. (2017). Physical family violence and externalizing and internalizing behaviors among children and adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry, 87*, 474-486. doi: 10.1037/ort0000260
- Rivers, W. H. R. (1920). *Instinct and the unconscious*: London, UK: Cambridge University Press.
- Roberts, Y. H., Campbell, C. A., Ferguson, M., & Crusto, C. A. (2013). The role of parenting stress in young children's mental health functioning after exposure to family violence. *Journal of Traumatic Stress, 26*, 605-612. doi: 10.1002/jts.21842
- Rossman, B. B. R. (1999). Multiple risks for children exposed to parental violence: Family factors, psychological maltreatment, and trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 2*, 207-237. doi: 10.1300/J146v02n02_10
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents: Toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety, 28*, 770-782. doi: 10.1002/da.20736
- Schnurr, M. P., & Lohman, B. J. (2013). Longitudinal impact of toddlers' exposure to domestic violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 22*, 1015-1031. doi: 10.1080/10926771.2013.834019
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*, 7-66.

- Sletvold, J. (2016). Freud's three theories of neurosis: Towards a contemporary theory of trauma and defense. *Psychoanalytic Dialogues*, 26, 460-475. doi: 10.1080/10481885.2016.1190611
- Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., van der Kolk, B. A., Silva, S., Smith, S. F., & Blaustein, M. (2005). Survey evaluates complex trauma exposure, outcome, and intervention among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 433-439.
- Spratt, E. G., Friedenber, S., LaRosa, A., Bellis, M. D. D., Macias, M. M., Summer, A. P., ... Brady, K. T. (2012). The effects of early neglect on cognitive, language, and behavioral functioning in childhood. *Psychology*, 3, 175-182. doi: 10.4236/psych.2012.32026
- Statistique Canada. (2016). *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2014*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2016001/article/14303fra.pdf>
- Stolbach, B. C., Minshew, R., Rompala, V., Dominguez, R. Z., Gazibara, T., & Finke, R. (2013). Complex trauma exposure and symptoms in urban traumatized children: A preliminary test of proposed criteria for developmental trauma disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 483-491. doi: 10.1002/jts.21826
- Sturge-Apple, M. L., Davies, P. T., Cicchetti, D., & Manning, L. G. (2012). Interparental violence, maternal emotional unavailability and children's cortisol functioning in family contexts. *Developmental Psychology*, 48, 237-249. doi: 10.1037/a0025419
- Suor, J. H., Sturge-Apple, M. L., Davies, P. T., Cicchetti, D., & Manning, L. G. (2015). Tracing differential pathways of risk: Associations among family adversity, cortisol, and cognitive functioning in childhood. *Child Development*, 86, 1142-1158. doi: 10.1111/cdev.12376
- Symes, L., Maddoux, J., McFarlane, J., Nava, A., & Gilroy, H. (2014). Physical and sexual intimate partner violence, women's health and children's behavioural functioning: Entry analysis of a seven-year prospective study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2909-2918. doi: 10.1111/jocn.12542
- Tarren-Sweeney, M. (2013). An investigation of complex attachment- and trauma-related symptomatology among children in foster and kinship care. *Child Psychiatry and Human Development*, 44, 727-741. doi: 10.1007/s10578-013-0366-x
- Teisl, M., & Cicchetti, D. (2008). Physical abuse, cognitive and emotional processes, and aggressive/disruptive behavior problems. *Social Development*, 17, 1-23.

- Terr, L. C. (1979). Children of Chowchilla: A study of psychic trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 34, 547-623.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20. doi: 10.1176/ajp.148.1.10
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Chamberland, C., Chabot, M., & Esposito, T. (2011). Shifting definitions of emotional maltreatment: An analysis child welfare investigation laws and practices in Canada. *Child Abuse and Neglect*, 35, 831-840. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.05.015
- Turnbull, G. J. (1997). Classification. Dans D. Black, M. Newman, J. Harris-Hendriks, & G. Mezey (Éds), *Psychological trauma: A developmental approach* (pp. 19-30). London, England: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Twardosz, S., & Lutzker, J. R. (2010). Child maltreatment and the developing brain: A review of neuroscience perspectives. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 59-68. doi: 10.1016/j.avb.2009.08.003
- van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological trauma*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., & Mandel, F. S. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaption to trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93.
- van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671. doi: 10.1176/ajp.148.12.1665
- van der Kolk, B., Pynoos, R., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J., ... Teicher M. (2009). *Proposal to include trauma disorder diagnosis for children and adolescent in the DSM-V*. Repéré à http://www.traumacenter.org/announcements/DTD_papers_Oct_09.pdf
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389-399. doi: 10.1002/jts.20047

- Veltman, M. W. M., & Browne, K. D. (2001). Three decades of child maltreatment research: Implications for the school years. *Trauma, Violence, & Abuse, 2*, 215-239. doi: 10.1177/1524838001002003002
- Waldman-Levi, A., Finzi-Dottan, R., & Weintraub, N. (2015). Attachment security and parental perception of competency among abused women in the shadow of PTSD and childhood exposure to domestic violence. *Journal of Child and Family Studies, 24*(1), 57-65. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-013-9813-3>
- Wamser, R. A. (2013). *Complex trauma in children and adolescents*. (3602604 Ph.D.). Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses Full Text. (1468718789).
- Wamser-Nanney, R., & Vandenberg, B. R. (2013). Empirical support for the definition of a complex trauma event in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress, 26*, 671-678. doi: 10.1002/jts.21857
- Watts-English, T., Fortson, B. L., Gibler, N., Hooper, S. R., & Bellis, M. D. D. (2006). The psychobiology of maltreatment in childhood. *Journal of Social Issues, 62*, 717-736. doi: 10.1111/j.1540-4560.2006.00484.x
- Weisæth, L. (2002). The European history of psychotraumatology. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 443-452. doi: 10.1023/A:1020909620364
- Weisaeth, L. (2014). The history of psychic trauma. Dans M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Éds), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 38-59). New York, NY: Guilford Press.
- Witt, A., Münzer, A., Ganser, H. G., Fegert, J. M., Goldbeck, L., & Plener, P. L. (2016). Experience by children and adolescents of more than one type of maltreatment: Association of different classes of maltreatment profiles with clinical outcome variables. *Child Abuse and Neglect, 57*, 1-11. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.05.001
- World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence*.

Appendice A

Diagnostics liés aux traumatismes et au stress touchant
spécifiquement l'enfant dans le DSM-V

*Diagnostics liés aux traumatismes et au stress touchant
spécifiquement l'enfant dans le DSM-V*

Trouble de stress post-traumatique chez l'enfant de 6 ans et moins	Trouble réactionnel de l'attachement	Désinhibition du contact social
- Menace à l'intégrité de l'enfant ou à son donneur de soin, que celle-ci soit directe ou indirecte, actuelle ou perçue expliquant les symptômes - Symptômes intrusifs associés aux événements traumatiques (ex. souvenirs répétitifs et envahissant provoquant une détresse (peu s'exprimer dans le jeu), rêves répétitifs, réactions dissociatives) - Présence d'évitement (activités, personnes, endroit) ET/OU - Altérations négatives dans les cognitions (ex. retrait social, augmentation des émotions négatives, réduction des émotions positives) - Altérations de l'éveil et de la réactivité associés à l'événement traumatique (ex. accès de colère, irritabilité, difficultés au niveau du sommeil, difficultés de concentration)	- Contexte de négligence, absence de soin adéquat qui explique les symptômes - Comportements inhibés ou retrait émotionnel dans le mode relationnel avec le donneur de soin (ex. l'enfant se tourne rarement ou minimalement vers son donneur de soin afin de recevoir réconfort et protection) - Perturbation émotionnelle et sociale persistante (absence ou limitation d'émotions positives) compromettant les habiletés de régulation émotionnelle - Expérience de formes extrêmes de carence dans les soins - Doit être présent avant l'âge de 5 ans et peut être diagnostiqué à un âge développemental supérieur à 9 mois. - Souvent associée à des retards développementaux	- Contexte de négligence, absence de soin adéquat qui explique les symptômes - Mode relationnel désinhibé avec des adultes inconnus (ex. peu ou pas de réticence à interagir avec des étrangers, comportements excessivement familiers) - Expérience de formes extrêmes de carence dans les soins - L'enfant doit avoir un âge développemental supérieur à 9 mois. - Souvent associée à des retards développementaux spécialement au niveau cognitif et du langage

Appendice B

Tableau 4. Conséquences socioémotionnelles et comportementales, traumatiques et neurophysiologiques de l'exposition développementale à la violence conjugale chez l'enfant de la naissance à 12 ans

Tableau 4

Conséquences socioémotionnelles et comportementales, traumatiques et neurophysiologiques de l'exposition développementale à la violence conjugale chez l'enfant de la naissance à 12 ans

Auteurs et pays	Échantillon	Types de violence	Méthodologie et mesures	Résultats pertinents
Difficultés socioémotionnelles et comportementales				
Holmes (2013a) États-Unis	• N = 446 (45,96 % filles) • 0-8 ans (0-3 ans au début de l'étude à 5-8 ans) • Enfants victimes d'abus et de négligence (107 exposés à la violence entre 0-3 ans; 339 non-exposés à la violence) • Ethnie des mères : 50,45 % blanches; 29,60 % noires; 12,33 % hispaniques; 7,62 % autres	• Violence physique	• Étude longitudinale sur une période de cinq ans, entrevues, mesures quantitatives • Parent-Child Conflicts Tactic Scale • Composite International Diagnostic Interview Short Form • Achenbach Child Behavior Checklist • Conflict Tactics Scales	• Plus les enfants sont exposés fréquemment à la violence entre 0-3 ans, plus ils montrent de problèmes de comportements agressifs avec le temps. • Les enfants ayant une mère noire, non hispanique, présentent significativement moins de comportements agressifs à 3 ans que ceux ayant une mère blanche, non hispanique. Les enfants des mères qui ont une autre ethnie que noire, non hispanique ou hispanique (catégorie autre) ont significativement moins de comportements agressifs à travers le temps que les enfants ayant une mère blanche, non hispanique. • La dépression chez la mère et la fréquence des abus psychologiques chez l'enfant, rapporté par la mère, sont significativement liées à une augmentation des comportements agressifs chez l'enfant à 3 ans.

Tableau 4

Conséquences socioémotionnelles et comportementales, traumatiques et neurophysiologiques de l'exposition développementale à la violence conjugale chez l'enfant de la naissance à 12 ans (suite)

Auteurs et pays	Échantillon	Types de violence	Méthodologie et mesures	Résultats pertinents
Difficultés socioémotionnelles et comportementales				
Schnurr et Lohman (2013) Boston, Chicago et San Antonio, États-Unis	• N = 594 (47 % filles) • 2-10 ans (2-4 ans lors de la première collecte de données à 8-10) • Familles à faibles revenus provenant de quartiers défavorisés • Ethnie des enfants : 46 % non hispanique noire • 47 % étaient hispanique • 7 % étaient non hispanique blanc	• Violence psychologique • Violence physique	• Étude longitudinale sur une période de six ans, entrevues, mesures quantitatives • Victimization by Peers Scale • Automated Computer-Assisted Survey Interview • Woodcock-Johnson Psycho-Educational Battery—Revised-Spanish Version • Conflict Tactics Scale—Modified • School Engagement Scale • Achenbach Child Behavior Checklist	• L'augmentation de la violence entre les deux premières vagues (2-4 ans et 5-7 ans) augmente significativement les chances de présenter des problèmes intériorisés et extériorisés et diminue l'engagement scolaire lors de la 3^e vague (8-10 ans) chez les enfants exposés. • Les enfants hispaniques présentent significativement plus de problèmes intériorisés et de meilleures habiletés cognitives, en comparaison aux enfants afro-américains. • Plus le niveau socioéconomique est défavorisé, plus les enfants présentent des niveaux élevés de problèmes intériorisés et extériorisés. • Les mères qui n'ont pas de diplôme d'étude secondaire sont liées significativement à une augmentation des problèmes extériorisés et à une diminution du fonctionnement cognitif chez l'enfant.

Tableau 4

Conséquences socioémotionnelles et comportementales, traumatiques et neurophysiologiques de l'exposition développementale à la violence conjugale chez l'enfant de la naissance à 12 ans (suite)

Auteurs et pays	Échantillon	Types de violence	Méthodologie et mesures	Résultats pertinents
Difficultés socioémotionnelles et comportementales				
Symes, Maddoux, McFarlane, Nava, et Gilroy (2014) Texas, États-Unis	• N = 300 • 18 mois – 16 ans ($M = 6,88$) • Population clinique, exposition à la violence conjugale • Ethnie des mères : 45,7 % espagnol ou hispanique 26 % noires 10,7 % blancs	• Abus sexuels • Violence physique	• Étude longitudinale prospective sur une période de sept ans, entrevues, mesures quantitatives • Danger Assessment Scale • Post-Traumatic Stress Disorder Scale • Brief Pain Inventory • Brief Symptom Inventory • Severity of Violence Against Women Scale	• L'abus sexuel et physique chez les mères prédit significativement des symptômes d'anxiété, de somatisation et de TSPT chez la mère ainsi que des symptômes intériorisés au CBCL chez l'enfant • Des scores plus élevés d'abus physiques sont associés à des scores d'anxiété chez la mère et des problèmes extériorisés chez les enfants. • Des scores plus élevés d'abus sexuels révèlent des scores plus élevés de TSPT et de somatisation chez la mère et des symptômes intériorisés chez l'enfant.

Tableau 4

Conséquences socioémotionnelles et comportementales, traumatiques et neurophysiologiques de l'exposition développementale à la violence conjugale chez l'enfant de la naissance à 12 ans (suite)

Auteurs et pays	Échantillon	Types de violence	Méthodologie et mesures	Résultats pertinents
Symptômes post-traumatiques				
Lamers-Winkelman, Willemen et al. (2012) Pays-Bas	• N = 208 (46 % filles) • 2-12 ans ($M = 7,81$ ans) • Population clinique exposée à la violence conjugale • Ethnie non spécifiée	• Violence verbale • Violence physique • Blessures sérieuses au donneur de soin • Destruction de biens dans la maison • Harcèlement	• Entrevue, questionnaires quantitatifs • Parents Report of Traumatic Impact • Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) • Severity of Violence Against Women Scales • Child Behavior Checklist • Conflict Tactics Scales • Trauma Symptom Checklist for Children	• Les filles sont exposées à plus de types d'expérience d'adversité dans l'enfance que les garçons. • Les filles sont notées comme ayant des niveaux significativement plus élevés de symptômes traumatiques rapportés par les mères. • Une corrélation négative significative est ressortie entre l'âge de l'enfant et les symptômes traumatiques rapportés par les mères. • La sévérité (diversité) de la violence est significativement liée aux problèmes émotionnels et comportementaux évalués par l'enseignante. • Les enfants exposés à la violence conjugale ont significativement plus de problèmes d'ajustement (troubles intériorisés, extériorisés et symptômes traumatiques) comparativement à la population normale, mais pas pour les symptômes rapportés par les enfants.

Tableau 4

Conséquences socioémotionnelles et comportementales, traumatiques et neurophysiologiques de l'exposition développementale à la violence conjugale chez l'enfant de la naissance à 12 ans (suite)

Auteurs et pays	Échantillon	Types de violence	Méthodologie et mesures	Résultats pertinents
Symptômes post-traumatiques				
Levendosky, Bogat, et Martinez-Torteya (2013) États-Unis	• N = 206 • Couvre la période 0-7 ans • Population clinique d'enfants exposés à la violence conjugale • Participants tirés du Mother-infant study	• Violence physique • Violence sexuelle	• Étude longitudinale sur une période de sept ans, entrevue, mesures quantitatives • Posttraumatic Stress Disorder Scale for Battered Women • Child Domestic Violence Posttraumatic Stress Disorder Scale • Child Traumatic Stress Questionnaire • Infant Traumatic Stress Questionnaire • Severity of Violence Against Women Scale	• À travers les âges, il y avait une augmentation du nombre d'enfants témoins de violence qui présentaient des symptômes post-traumatiques, sauf à 5 ans où il y a un déclin. • Il ressort un patron développemental des trois groupes de symptômes du TSPT (éviter, reviviscence et hyperactivation du système nerveux) : • L'hyperactivation du système nerveux est le symptôme le plus fréquent à tout âge, sauf à 4 ans où la reviviscence est le symptôme le plus fréquemment rencontré. • La reviviscence atteint son niveau le plus élevé à 4 ans puis décline par la suite. • Le nombre d'enfants qui vivent de l'évitement augmente entre 1 et 3 ans puis demeure stable par la suite, avec une légère fluctuation entre 4 et 7 ans.

Tableau 4

Conséquences socioémotionnelles et comportementales, traumatiques et neurophysiologiques de l'exposition développementale à la violence conjugale chez l'enfant de la naissance à 12 ans (suite)

Auteurs et pays	Échantillon	Types de violence	Méthodologie et mesures	Résultats pertinents
Symptômes post-traumatiques				
Levendosky, Bogat, et Martinez-Torteya (2013)				• Le nombre d'enfants qui vivent des symptômes d'excitation augmente entre 1 an et 3 ans, décline entre 4 et 5 puis demeure stable jusqu'à 7 ou il augmente dramatiquement. • La fréquence de la violence conjugale à laquelle l'enfant est témoin est significativement liée aux symptômes totaux de TSPT à tous les âges. • La reviviscence est liée à la sévérité de la violence à 7 ans et l'évitement est lié à la fréquence de la violence à 1 an, 5 ans et 7 ans • L'hyperactivation du système nerveux est associée à la fréquence de la violence à 1, 3, 4 et 5 ans. • Finalement, les relations les plus consistantes entre les symptômes traumatiques chez la mère et chez l'enfant sont liées aux catégories de symptômes à l'étude, et non à l'âge. La relation la plus consistante ressort aux symptômes d'hyperactivation du système nerveux et est liée significativement à 1, 2, 4 et 7 ans aux symptômes de la mère.

Tableau 4

Conséquences socioémotionnelles et comportementales, traumatiques et neurophysiologiques de l'exposition développementale à la violence conjugale chez l'enfant de la naissance à 12 ans (suite)

Auteurs et pays	Échantillon	Types de violence	Méthodologie et mesures	Résultats pertinents
Effets neurophysiologiques				
Davies, Sturge-Apple, et Cicchetti (2011) États-Unis	• N = 201 (44 % filles) • 22 à 32 mois ($M = 26$ mois) • Familles à risque élevé de violence et économiquement désavantagées • Ethnie des mères : 56 % noire 23 % blancs 11 % latino 7 % multi-ethnique 3 % autres	• Violence physique	• Étude longitudinale sur une période d'un an, entrevues, observations, mesures quantitatives • Interparental Disagreement Interview and Questionnaires • Simulated Phone Argument Task • Conflict Tactics Scale—Physical Assault Subscale • Conflict and Problem-Solving Scale—Physical Aggression Subscale • California Child Q-Set • Conflict Tactics Scales	• La violence conjugale prédit des niveaux plus élevés de réactivité au cortisol sur une période d'un an chez les enfants ayant un tempérament inhibé et vigilant alors que chez les enfants ayant un tempérament plus audacieux et agressif, l'exposition aux agressions physiques entre les parents est associée marginalement à une diminution de la réactivité au cortisol sur une période d'un an. • Une augmentation de la réactivité au cortisol sur une période d'un an est liée à une augmentation concomitante de symptômes intériorisés et d'une diminution dans les difficultés d'attention et l'hyperactivité. • Une diminution dans la réactivité au cortisol est associée à de plus grandes difficultés au niveau de l'attention et de l'hyperactivité sur la période d'un an.

Tableau 4

Conséquences socioémotionnelles et comportementales, traumatiques et neurophysiologiques de l'exposition développementale à la violence conjugale chez l'enfant de la naissance à 12 ans (suite)

Auteurs et pays	Échantillon	Types de violence	Méthodologie et mesures	Résultats pertinents
Effets neurophysiologiques				
Sturge-Apple, Davies, Cicchetti, et Manning (2012) États-Unis	• N = 201 (56 % filles) • 22 à 32 mois (M = 25,4 mois) • Population clinique d'enfants exposés à la violence conjugale • Ethnie des mères : 56 % afro-américaines 25 % Européen-américain 8 % multiracial 7 % Latino 4 % autres	• Violence physique	• Observations, mesures quantitatives • Simulated Phone Argument Task (SPAT) • Situation étrange (SÉ) • Physical Assault Scale of the Conflict Tactics Scale 2-Abbreviated version • Interparental Disagreement Interview-Interparental Conflict Characteristics (ICC) Module • Revised Conflict Tactics Scale-Physical Assault subscale • Revised Conflict Tactics Scale-Injury subscale • Iowa Family Interaction Rating Scales	• Une augmentation du niveau de cortisol est présente et significative à la suite de la SÉ. Une augmentation du niveau de cortisol est également présente suite au SPAT, mais seulement de façon marginalement significative. • Plus la violence conjugale est importante, plus la réactivité au cortisol diminue au SPAT. • Le manque de disponibilité émotionnel de la mère est lié à des niveaux initiaux plus élevés de cortisol lors de la première visite en laboratoire. De plus, lorsque les mères se montrent plus insensibles, désengagées et avec des comportements hostiles envers l'enfant (manque de disponibilité émotionnelle), la réactivité au cortisol de l'enfant face aux menaces associées à la séparation est plus faible à la SÉ. • Le risque socioéconomique est un prédicteur au niveau de cortisol initial chez l'enfant de façon à ce que des risques plus élevés au niveau socioéconomique sont associés, de façon marginalement significative, à de plus bas niveaux de cortisol durant la SÉ.

Appendice C

Tableau 5. Conséquences développementales de l'exposition à des traumatismes interpersonnels chez les enfants de zéro à 12 ans

Tableau 5

Conséquences développementales de l'exposition à des traumatismes interpersonnels chez les enfants de zéro à 12 ans

Auteurs et pays	Échantillon	Types de mauvais traitements / traumas	Méthodologie et mesures	Résultats pertinents
Enlow, Blood, et Egeland (2013) Minnesota, États-Unis	• N = 200 (45 % filles) • Couvre la période 0-7 ans • Familles à faible revenu • 65 % blancs 17,5 % multiethnique 12 % noirs 4 % amérindiens 1 % hispanique 0,5 % asiatique	• Maltraitance • Violence conjugale	• Étude longitudinale et prospective, entrevues avec les mères, observations, outils quantitatifs • Barrier Box task • Child Behavior Checklist Posttraumatic Stress Disorder-Modified Version (mères et enseignantes)	• Les enfants exposés à un trauma interpersonnel présentent plus de risques sociodémographiques (par ex., mère n'ayant pas complété un sec 5 à la naissance de l'enfant, bas statut socioéconomique), de moins bonnes compétences à l'âge préscolaire et scolaire et plus de symptômes de TSPT, comparativement à ceux n'ayant pas été exposés. • Les enfants exposés aux deux types de traumas interpersonnels présentent plus de symptômes de TSPT, que les enfants exposés à un seul des deux types, mais ne diffèrent pas sur le plan des compétences ou des risques sociodémographiques. • Il y a un effet indirect significatif entre les facteurs sociodémographiques et les symptômes de TSPT à travers le trauma interpersonnel. L'effet direct entre les facteurs sociodémographiques et les symptômes de TSPT n'est plus significatif, indiquant qu'elle est pleinement médiée par le trauma interpersonnel. • Un effet indirect significatif est présent entre le trauma et les symptômes de TSPT à travers les compétences préscolaires, en plus d'un effet direct significatif indiquant une médiation partielle par les compétences préscolaires.

Tableau 5

Conséquences développementales de l'exposition à des traumatismes interpersonnels chez les enfants de zéro à 12 ans (suite)

Auteurs et pays	Échantillon	Types de mauvais traitements / traumatismes	Méthodologie et mesures	Résultats pertinents
Kisiel et al. (2014) Illinois, États-Unis	• N = 16 212 (49,1 % filles) • 0-16 ans ($M = 5,2$) • Enfants sous les services de la protection de la jeunesse • 47,3 % afro-américain 46,6 % non hispanique blanc 5,6 % hispanique 0,5 % autres	• Traumas interpersonnels violents (violence interpersonnelle répétée et sévère) • Traumas interpersonnels non violents (traumas d'attachement, dont perturbation dans la relation au donneur de soin et/ou abus émotionnels)	• Entrevues, observations, mesures quantitatives • Illinois Department of Children and Family Services (IDCFS) Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS) Comprehensive Tool	• Les enfants qui ont vécu une combinaison de traumatismes interpersonnels violents et non violents ont plus de symptômes cliniques à travers les zones de fonctionnement et en lien avec les domaines du trauma développemental, et ont un effet exponentiel, lorsque combinés. De plus, les différences demeurent même après avoir contrôlé le nombre d'expériences traumatiques suggérant des différences au-delà des effets du trauma cumulatif seulement. • Ils ont également 1,7 fois plus de chances d'être hospitalisés pour des soins psychiatriques et 1,37 fois plus de chances s'ils ont vécu seulement des traumatismes violents, en comparaison à ceux ayant vécu d'autres types de traumatismes. • Les enfants qui sont exposés à des traumatismes non violents et violents, de façon combinée ont plus de chance de présenter des symptômes de dysrégulation attentionnelle/comportementale, du soi/relationnelle et des symptômes post-traumatiques que les enfants avec une autre catégorie de trauma.

Tableau 5

Conséquences développementales de l'exposition à des traumatismes interpersonnels chez les enfants de zéro à 12 ans (suite)

Auteurs et pays	Échantillon	Types de mauvais traitements / traumas	Méthodologie et mesures	Résultats pertinents
Kisiel et al. (2014)	Illinois, États-Unis (suite)			• Trois catégories de symptômes (dysrégulation attentionnelle et comportementale, symptômes du spectre post-traumatique et dysrégulation du soi et relationnelle) montrent des différences plus distinctes à travers les groupes de traumas. Les patrons montrent que les symptômes spécifiques à l'intérieur des critères tendent à se grouper de façon plus serrée pour les groupes de traumas combinés violents et non violents et la force de la relation entre les items et le degré de perturbation augmente significativement lorsque combiné aux expositions aux traumas interpersonnels. • De plus, les patrons suggèrent également que lorsque les traumas interpersonnels violents et non violents sont considérés séparément, la relation est légèrement plus forte entre les items dans le groupe de trauma violent en comparaison au trauma interpersonnel non violent.

Tableau 5

Conséquences développementales de l'exposition à des traumatismes interpersonnels chez les enfants de zéro à 12 ans (suite)

Auteurs et pays	Échantillon	Types de mauvais traitements / traumatismes	Méthodologie et mesures	Résultats pertinents
Kisiel, Summersett-Ringgold, Weil, et McClelland (2017) Illinois, États-Unis	• N = 7 483 (47,4 % filles) • 0-20 ans (37 % entre 7 et 12 ans) • Enfants en famille d'accueil • 46,7 % exposés au trauma complexe • 56,2 % afro-américain 35,3 % non hispanique blanc 6,4 % hispanique 1,4 % autres 0,7 % inconnus	• Négligence • Exposition à la violence familiale • Abus physiques • Abus émotionnels • Abus sexuels • Violence dans la communauté • Exposé ou victime d'une activité criminelle • Catastrophe naturelle ou de nature humaine • Trauma médical • Guerre • Comportements criminels des parents • Terrorisme • Violence en milieu scolaire	• Étude longitudinale, étude quantitative, modèle mathématique, observations, entrevues, mesures auto-rapportées • Illinois Department of Children and Family Services (IDCFS) Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS)	• Les chances de présenter des symptômes de stress traumatiques au temps un sont plus élevées chez les enfants ayant vécu des abus émotionnels significatifs, des abus sexuels, des abus physiques, de la négligence, chez les enfants témoins de violence familiale ainsi que chez ceux exposés au traumatisme complexe. Ces taux diminuent au temps deux.

Tableau 5

Conséquences développementales de l'exposition à des traumatismes interpersonnels chez les enfants de zéro à 12 ans (suite)

Auteurs et pays	Échantillon	Types de mauvais traitements / traumas	Méthodologie et mesures	Résultats pertinents
Münzer, Fegert, et Goldbeck (2016) Allemagne	• N = 178 (45 % filles) • Enfants abusés sexuellement N = 70 (61,4 % filles); 6,3-17,9 ans • Enfants avec un historique de mauvais traitement non-sexuels (abus physiques, émotionnels, négligence) • N = 108 (34,3 % filles); 6,7-16,9 ans • Échantillon de comorbidité (santé mentale et sous les services de la protection de la jeunesse)	• Abus sexuels • Mauvais traitements de nature non sexuelle (négligence, abus physiques, abus émotionnels) • Témoins et/ou victimisation indirecte	• Entrevues cliniques standardisées semi-structurées, mesures quantitatives • Juvenile Victimization Questionnaire-Semistructured Interview Version • Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	• Les enfants et adolescents avec un historique de victimisation sexuelle ne satisfont pas les critères diagnostiques des différents troubles du DSM-IV plus fréquemment que les autres enfants. • Les quatre diagnostics les plus fréquents dans l'échantillon total sont : le trouble de conduite, le trouble déficitaire d'attention avec hyperactivité, TSPT, dépression majeure. • Les participants avec un historique de victimisation sexuelle ont significativement plus de chance d'avoir un diagnostic de dépression majeure que ceux sans victimisation sexuelle et rapportent plus de symptômes de stress post-traumatique. • Au niveau du genre, les donneurs de soins rapportent significativement plus de difficulté chez les garçons que chez les filles.

Tableau 5

Conséquences développementales de l'exposition à des traumatismes interpersonnels chez les enfants de zéro à 12 ans (suite)

Auteurs et pays	Échantillon	Types de mauvais traitements / traumatismes	Méthodologie et mesures	Résultats pertinents
Price, Higa-McMillan, Kim, et Frueh (2013) Pays-Bas	• N = 1676 (50,2 % filles) • 4-18 ans • Échantillon de la communauté, d'ethnicités diverses du Project on Human Development in Chicago Neighborhoods (PHDCN) • 48,7 % hispanique 33,2 % afro-américain 14,4 % caucasiens 1,7 % asiatiques 0,9 autochtone 0,9 autre 0,3 provenant des îles du pacifique	• Traumas connus (par ex., savoir qu'un membre de la famille a été tué) • Exposé à un trauma (par ex., événement de violence) • Trauma direct (être directement victime de violence) • Niveau de trauma interpersonnel : faible (quelqu'un de connu, mais qui n'est pas proche), moyen (quelqu'un de connu et relativement proche) ou élevé (membre de la famille)	• Modèle longitudinal en trois temps approximativement aux 2,5 ans. étude prospective, entrevues, étude quantitative • My Exposure to Violence Scale (entrevue structurée) • Child Behavior Checklist-Revised • Emotionality, Activity, Sociability, and Impulsivity Temperament Survey	• L'ajout de la dissociation comme facteur prédicteur dans les analyses explique partiellement la variance observée chez les participants, tel qu'indiqué par la variabilité significative dans les trajectoires de croissance des enfants • L'émotivité (composante du tempérament) est significativement liée à chaque domaine de symptômes. • L'âge est positivement et significativement lié aux symptômes affectifs, somatiques, post-traumatiques et à la dissociation. L'âge est également négativement associé au TDAH. • Les filles montrent des niveaux significativement plus élevés de problèmes somatiques à travers le temps. Les garçons montrent de plus hauts niveaux de TDAH, d'opposition et de trouble de conduite, évalué par les parents.

Tableau 5

Conséquences développementales de l'exposition à des traumatismes interpersonnels chez les enfants de zéro à 12 ans (suite)

Auteurs et pays	Échantillon	Types de mauvais traitements / traumas	Méthodologie et mesures	Résultats pertinents
Price, Higa-McMillan, Kim, et Frueh (2013)				• Les enfants hispaniques montrent de plus hauts niveaux d'anxiété à travers le temps que les enfants blancs. Les Asiatiques démontrent significativement moins d'opposition que les enfants blancs à travers le temps. Les Afro-Américains montrent des niveaux significativement plus élevés de symptômes somatiques, de TDAH, d'opposition et de troubles de conduite à travers le temps en comparaison aux enfants blancs. • Concernant l'échantillon total, des changements dans l'expérience directe au trauma chez les enfants est associé positivement aux symptômes affectifs, TDAH, opposition, les troubles de conduite, la dissociation et les symptômes post-traumatiques à travers le temps. • Le nombre d'événements traumatiques auxquels les enfants ont été exposés prédit significativement et positivement les scores au niveau du trouble de conduite. • Les enfants qui vivent des traumas interpersonnels dont les victimes ou les abuseurs sont les parents ou la fratrie est significativement et positivement liée au trouble de conduite et à de l'opposition.
Pays-Bas (suite)				

Tableau 5

Conséquences développementales de l'exposition à des traumatismes interpersonnels chez les enfants de zéro à 12 ans (suite)

Auteurs et pays	Échantillon	Types de mauvais traitements / traumas	Méthodologie et mesures	Résultats pertinents
Tarren-Sweeney (2013) Nouvelle Galles du Sud, Australie	• N = 347 (49,3 % filles) • 4-11 ans ($M = 7,8$ ans) • Enfants placés en dehors de leur famille nucléaire	• Maltraitance	• Mesures quantitatives • Rutter Scales • Assessment Checklist for Children (ACC) • Achenbach Child Behavior Checklist (CBCL) • Strengths and Difficulties Questionnaire • Teacher Report Form	• 53 % des filles et 57 % des gars ont au moins un score clinique au CBCL et lorsque les scores limites de démarcation et les scores cliniques sont considérés, ce sont 65 % des filles et 74 % des garçons. • Selon les résultats, une corrélation élevée est présente entre les scores d'agressivité et ceux d'enfreindre les règles et entre les scores des sous-échelles de problèmes sociaux, problème d'attention et problème de la pensée • Les problèmes d'attention étaient corrélés de façon élevée avec chaque sous-échelle de problèmes extériorisés, et avec les sous-échelles de problèmes sociaux et de problèmes de la pensée. • Les corrélations élevées ressortent au ACC entre les échelles de comportements interpersonnels pseudomatures, non-réciproques, indiscriminés et insécures. Ces échelles de problèmes liées à l'attachement sont aussi hautement corrélées aux scores de comportements sexuels à des âges inappropriés. Les scores des échelles anxio-dépressifs et insécures sont aussi fortement corrélés.

Tableau 5

Conséquences développementales de l'exposition à des traumatismes interpersonnels chez les enfants de zéro à 12 ans (suite)

Auteurs et pays	Échantillon	Types de mauvais traitements / traumatismes	Méthodologie et mesures	Résultats pertinents
Tarren-Sweeney (2013)				- Chez les garçons, 4 facteurs comptent pour 86 % de la variance des scores au CBCL soit deux facteurs intériorisés (anxio-dépressif / somatique et anxio-dépressif / retrait-dépressif) un facteur sur le plan des problèmes sociaux, attentionnels et de la pensée et un facteur extériorisé. Chez les filles, seulement deux facteurs comptent pour 75 % de la variance des scores soit un facteur intériorisé et un facteur combiné extériorisé et sur le plan des problèmes sociaux, attentionnels et de la pensée. 42 % des enfants ont des scores cliniques liés à un seul domaine (extériorisé, intériorisé ou sur le plan des problèmes sociaux, attentionnels et de la pensée) alors que 32 % ont un score clinique à deux de ces domaines et 25 % dans les trois domaines.
Nouvelle Galles du Sud, Australie (suite)				