

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

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

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
TRISTAN MILOT

LES SYMPTÔMES TRAUMATIQUES CHEZ LES ENFANTS MALTRAITÉS
D'ÂGE PRÉSCOLAIRE : PRÉDICTEURS ET CONSÉQUENCES SUR LA
RÉGULATION ÉMOTIONNELLE ET COMPORTEMENTALE

AOÛT 2007

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.

Ce document a été rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel que stipulé dans les règlements des études (art. 138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les articles ont été rédigés selon les normes de publications de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Les noms de la directrice et de la co-directrice de recherche apparaissent donc comme co-auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	IV
REMERCIEMENTS	1
INTRODUCTION	3
LE RÔLE DES SYMPTÔMES TRAUMATIQUES DANS LE DÉVELOPPEMENT DES TROUBLES DE COMPORTEMENT CHEZ LES ENFANTS MALTRAITÉS	6
RÉSUMÉ	7
CONTEXTE THÉORIQUE	8
<i>Relation parent-enfant et gestion du stress</i>	<i>11</i>
<i>Maltraitance et gestion du stress.....</i>	<i>12</i>
<i>Objectifs de l'étude.....</i>	<i>18</i>
MÉTHODE	20
<i>Participants</i>	<i>20</i>
<i>Mesures</i>	<i>22</i>
RÉSULTATS	25
<i>Analyses préliminaires</i>	<i>25</i>
<i>Maltraitance et troubles de comportement.....</i>	<i>27</i>
<i>Maltraitance et symptômes traumatiques.....</i>	<i>29</i>
<i>Effet médiateur des symptômes traumatiques.....</i>	<i>31</i>
DISCUSSION	33
<i>Implications cliniques.....</i>	<i>38</i>
<i>Limites de l'étude</i>	<i>39</i>
RÉFÉRENCES	41
MALTRAITANCE ET SYMPTÔMES TRAUMATIQUES CHEZ L'ENFANT : EFFET MODÉRATEUR DE LA QUALITÉ DE LA RELATION MÈRE-ENFANT ET DES SYMPTÔMES TRAUMATIQUES MATERNELS	57
RÉSUMÉ	58
CONTEXTE THÉORIQUE	59
<i>Relation mère-enfant et symptômes traumatiques de l'enfant.....</i>	<i>62</i>
<i>Symptômes de stress post-traumatiques de la mère et symptômes traumatiques de l'enfant</i>	<i>64</i>
<i>Objectifs de l'étude.....</i>	<i>66</i>
MÉTHODE	68
<i>Participants</i>	<i>68</i>
<i>Procédure.....</i>	<i>70</i>
<i>Mesures</i>	<i>71</i>
RÉSULTATS	75
<i>Analyses préliminaires</i>	<i>75</i>
<i>Maltraitance et symptômes traumatiques chez l'enfant</i>	<i>77</i>
<i>Maltraitance, relation mère-enfant et symptômes traumatiques maternels</i>	<i>77</i>
<i>Analyses de modération.....</i>	<i>78</i>
DISCUSSION	81
<i>Implications cliniques.....</i>	<i>87</i>
<i>Limites de l'étude</i>	<i>88</i>
RÉFÉRENCES	90
CONCLUSION	105
RÉFÉRENCES.....	112
ANNEXES	117

LISTE DES TABLEAUX

Article 1

Tableau

1. Variables sociodémographiques en fonction du statut de maltraitance	50
2. Corrélations entre les symptômes traumatiques de l'enfant tels qu'évalués par la mère et l'éducatrice	51
3. Corrélations entre les seuils cliniques des symptômes traumatiques de l'enfant tels qu'évalués par la mère et l'éducatrice.....	52
4. Corrélations entre les variables sociodémographiques et les troubles de comportement et les symptômes traumatiques de l'enfant	53
5. Moyennes et écarts-types obtenus au CBCL-TRF en fonction du statut de maltraitance	54
6. Moyennes et écarts-types obtenus au TSCYC mère et éducatrice en fonction du statut de maltraitance	55
7. Résumé des analyses de médiation	56

Article 2

Tableau

1. Variables sociodémographiques en fonction du statut de maltraitance	97
2. Corrélations entre les symptômes traumatiques de l'enfant tels qu'évalués par la mère et l'éducatrice	98

Tableau

3. Corrélations entre les sous-échelles de symptômes traumatiques maternels (TSI)....	99
4. Corrélations entre les variables sociodémographiques et les variables à l'étude	100
5. Moyennes et écarts types des symptômes traumatiques de l'enfant, de la qualité de la relation mère-enfant et des symptômes traumatiques maternels en fonction du statut de maltraitance	101
6. Analyse de modération de la qualité de la relation mère-enfant et des symptômes traumatiques maternels sur la relation entre la maltraitance et les symptômes traumatiques de l'enfant tel que perçus par la mère	102
7. Analyse des effets simples de la qualité de la relation mère-enfant.....	103
8. Analyse de modération de la qualité de la relation mère-enfant et des symptômes traumatiques maternels sur la relation entre la maltraitance et les symptômes traumatiques de l'enfant tel que perçus par l'éducatrice	104

Remerciements

Je tiens, en tout premier lieu, à remercier Mesdames Diane St-Laurent et Louise Éthier, respectivement les directrice et co-directrice de cette recherche. Le soutien qu'elles m'ont offert au cours des ces années d'étude est exemplaire, leur présence fort enrichissante, stimulante et rassurante. Leur rigueur, leurs maintes expériences et connaissances et la confiance accordée ont contribué à parfaire ma formation de chercheur et à m'outiller d'essentielles qualités pour l'entreprise d'une carrière scientifique. C'est avec le plus grand plaisir que j'ai cheminé à vos côtés.

Je tiens particulièrement à remercier Monsieur Marc Provost pour ses nombreux conseils, l'ensemble de ses connaissances et pour tout le plaisir que m'ont procuré nos discussions.

J'aimerais également remercier les étudiantes qui contribuent quotidiennement aux travaux de la Chaire de recherche du Canada sur l'enfant et ses milieux de vie, en particulier: Sophie Allaire, Sandra Dicaire, Laurence Martin, Caroline Dufresne, Isabelle Bourgault, Karine Berweger, Marie-Hélène Frigon et Geneviève Mercier. Ce sont des collègues d'un grand professionnalisme et de la plus agréable compagnie.

Tous mes remerciements à Madame Micheline Langevin, secrétaire du Groupe de Recherche en développement de l'enfant et de la famille, pour, de façon si agréable, avoir simplifié tant de tracas.

Merci à vous deux, maman et papa, figures d'attachement résolument sécurisantes m'ayant permis d'explorer avec le plus grand enthousiasme les merveilles de notre

monde. Ainsi qu'à vous, mes chers frères, chez qui le sens de la famille est bien ancré. Merci également à mes nombreux amis qui, chacun à leur façon, ont dignement allégé ce long parcours vers la réalisation professionnelle.

Mes derniers mots vont à toi Mathilde, ma fille, mon enfant, à qui la vie a donné le sens du plaisir, de la créativité et de l'émerveillement. Je t'aime très fort tu sais. Et à toi Elsa, une merveilleuse mère, une oreille précieuse et, encore aujourd'hui, une indéniable complice.

Introduction

La maltraitance est sans doute l'un des contextes de vie les plus difficiles et les plus problématiques dans lequel peut évoluer un enfant. On définit la maltraitance par la présence de mauvais traitements envers l'enfant ou l'absence de certains comportements de la part du parent qui risque de compromettre la sécurité ou le développement de l'enfant. Elle inclut, entre autres, l'abus physique, l'abus sexuel et la négligence. La maltraitance est un enjeu social d'importance : au Québec, pour l'année financière 2006-2007, près de 11 000 nouveaux cas de mauvais traitements ont été corroborés par les Centres Jeunesse.

Parce que l'abus physique, l'abus sexuel et la négligence constituent une menace à l'intégrité physique et psychologique, la maltraitance constituerait un contexte de vie potentiellement très traumatisant pour l'enfant. Le fait d'être agressé, d'être laissé seul ou de ne pas avoir accès à un parent disponible émotionnellement peut provoquer chez l'enfant un sentiment de stress intense, une peur de l'abandon ou encore un sentiment d'impuissance pouvant être vécu de façon très traumatisante. Plusieurs études ont d'ailleurs observé une prévalence élevée du trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez des enfants maltraités. Le TSPT est principalement caractérisé par les symptômes d'intrusion, l'évitement et l'hypervigilance. L'intrusion correspond à la réexpérience involontaire et soudaine de l'événement traumatique et peut prendre la forme de «*flash-back*», de cauchemars en lien avec l'événement ou l'impression de revivre ce dernier.

L'évitement se manifeste par des efforts conscients ou inconscients pour éviter tout stimulus interne (pensées, émotions) ou externe (lieu physique, personne) qui sont associés au trauma. Enfin, l'hypervigilance se manifeste par une augmentation de l'attention et de l'anxiété et de la difficulté à se concentrer et à terminer des tâches.

Cependant, parce qu'elle s'inscrit dans le quotidien d'une relation entre un enfant et son donneur de soin, les effets traumatiques de la maltraitance seraient beaucoup plus pervers (De Bellis, 2001; 2005; Schore, 2001). Les auteurs vont proposer l'expression « traumatisme complexe » pour référer à cette double réalité de l'exposition chronique à ces mauvais traitements et de l'ensemble des conséquences qui y sont associées (Cook et al., 2005 ; van der Kolk, 2005 ; Briere et Spinazzola, 2005 ; Herman, 1992). Le traumatisme complexe dépasserait donc les symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance qui qualifient habituellement le TSPT et toucherait l'ensemble des sphères en développement chez l'enfant : relationnelle (difficultés dans les relations d'attachement et dans les relations avec les pairs), socioaffective (troubles de comportements intériorisés et extériorisés, difficultés au niveau de la régulation des affects, altération au niveau des capacités du Self) et cognitive (déficits au niveau des fonctions exécutives).

La notion de traumatisme complexe fournit, à notre avis, un cadre conceptuel très pertinent pour l'étude des difficultés associées au traumatisme de la maltraitance. Cependant, malgré sa popularité croissante, peu d'études empiriques ont été menées afin

de mieux clarifier de quelle façon les différentes manifestations ou difficultés associées s'articuleraient entre elles. S'agit-il d'un regroupement de symptômes se présentant davantage sous la forme d'un syndrome ou certains symptômes sont-ils plutôt des mécanismes pouvant expliquer l'éventail des difficultés observées ?

D'autre part, une proportion importante d'enfants maltraités ne rencontre pas les critères diagnostics du TSPT (Kiser, Heston, Millsap et Pruitt, 1991) ce qui suggère que certains facteurs contribueraient à prévenir ou à augmenter le risque le développement des symptômes traumatiques en lien avec l'expérience de mauvais traitements. On a identifié dans la documentation scientifique que la qualité de la relation mère-enfant (Deblinger, Steer et Lippmann, 1999) et la présence de symptômes traumatiques maternels (Bogat, DeJonghe, Levendosky et von Eye, 2006 ; Famularo, Kinscherff et Fenton, 1992) étaient des facteurs qui pouvaient expliquer la présence de symptômes traumatiques chez les enfants victimes de mauvais traitements. Cependant, aucune n'a utilisé de procédure méthodologique et statistique permettant de vérifier si la qualité de la relation mère-enfant et les symptômes traumatiques maternels modéraient la relation entre la maltraitance et les symptômes traumatiques chez l'enfant.

L'objectif de cette thèse est de mieux comprendre et documenter les prédicteurs et les conséquences associées aux symptômes traumatiques d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance chez des enfants maltraités d'âge préscolaire. La thèse est présentée sous la forme de deux articles scientifiques. Le premier porte sur l'effet médiateur des

symptômes traumatiques dans la relation entre la maltraitance et les troubles de comportement. L'objectif principal de ce premier article est de démontrer l'intérêt de considérer la maltraitance sous l'angle de la réaction traumatique pour mieux comprendre les difficultés d'adaptation psychosociale chez les enfants maltraités en milieu extrafamilial. Nous proposons de considérer les symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance qui définissent habituellement le TSPT comme des mécanismes pouvant expliquer la présence de troubles de comportement manifestés par les enfants maltraités d'âge préscolaire en milieu extrafamilial. Les troubles de comportement sont un facteur important de l'inadaptation psychosociale dès l'âge préscolaire.

Le second article porte sur le rôle modérateur de la qualité de la relation mère-enfant et des symptômes traumatiques maternels sur le développement de symptômes traumatiques chez les enfants maltraités. L'objectif du deuxième article est d'observer, d'une part, si une relation positive avec la mère pourrait constituer un facteur de protection contre le développement de symptômes traumatiques alors que la présence de symptômes traumatiques maternels pourrait, d'autre part, constituer un risque supplémentaire.

**Le rôle des symptômes traumatiques dans le développement des troubles de
comportement chez les enfants maltraités**

**Tristan Milot, M.A.
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières**

**Louise S. Éthier, PhD
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières**

**Diane St-Laurent, PhD
Chaire de recherche du Canada sur l'enfant et ses milieux de vie
Université du Québec à Trois-Rivières**

**Marc Provost, PhD.
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières**

Résumé

Cette étude porte sur le rôle médiateur des symptômes traumatiques dans la relation entre la maltraitance et les troubles de comportement dans un contexte extra familial. Elle s'appuie sur le postulat que la maltraitance est une forme sévère de traumatisme relationnel chronique ayant des conséquences néfastes pour le développement de la régulation émotionnelle et comportementale de l'enfant. Les participants sont 34 enfants maltraités et 64 enfants non maltraités (âge moyen = 60 mois). Les troubles de comportement ont été évalués auprès de l'éducatrice par le CBCL-TRF et les symptômes traumatiques auprès de la mère et de l'éducatrice par le Trauma Symptoms Checklist for Young Children. Les enfants maltraités obtiennent des scores plus élevés de troubles de comportement intériorisés et extériorisés et de symptômes traumatiques tels que rapportés par l'éducatrice. Les analyses révèlent une médiation complète des symptômes traumatiques sur les troubles intériorisés et une médiation complète des symptômes traumatiques sur les troubles extériorisés. Ces résultats soulignent l'intérêt de considérer la maltraitance comme un traumatisme relationnel pour mieux comprendre les difficultés d'adaptation psychosociale chez les enfants maltraités.

Contexte théorique

Les conséquences néfastes de la maltraitance sur le développement de la régulation émotionnelle et comportementale sont bien connues (Manly, Kim, Rogosh et Cicchetti, 2001 ; Toth, Cicchetti, Macfie, Rogosch et Maughan, 2001). Divers travaux de recherche ont permis d'observer que les enfants maltraités présentent plus de troubles de comportement intériorisés et extériorisés (Kim et Cicchetti, 2003 ; Toth et al, 2000 ; De Paul et Arruabarrena, 1995 ; Shonk et Cicchetti, 2001) que les enfants non maltraités. Entre autres, ils présentent plus de symptômes dépressifs (Cerezo Jimenez et Frias, 1994 ; Toth, Manly et Cicchetti, 1992), émettent plus de comportements d'agression (Johnson et al., 2002 ; Hoffman-Plotkin et Twentyman, 1984) de colère, de frustration et de désobéissance (Egeland, Sroufe et Erickson, 1983). Ils font également preuve de moins de compétences sociales (Darwish, Esquivel, Houtz et Alfonso, 2001 ; Shields et Cicchetti, 2001). Ces comportements peuvent se manifester dès l'âge préscolaire (Manly et al. 2001, Darwish et al. 2001) et se maintenir dans le temps chez bon nombre d'enfants (Campbell, 1995).

Les troubles de comportement sont un facteur important de l'inadaptation psychosociale dès l'âge préscolaire. Les enfants qui émettent des comportements d'agression sont plus à risque d'être rejetés par leurs pairs et seront maintenus à l'écart (Bierman, 2004). Diverses études ont d'ailleurs observé que les enfants maltraités sont

plus fréquemment rejetés par les autres enfants (Rogosch et Cicchetti, 1994 ; Shields, Ryan et Cicchetti, 2001; Shields et Cicchetti, 2001). Le développement de relations sociales positives avec les pairs est une tâche développementale importante à accomplir à l'âge préscolaire (Sroufe, 2005). L'identification des processus qui sous-tendent le développement des troubles de comportement chez les enfants maltraités est donc essentielle afin de prévenir, dès l'âge préscolaire, l'apparition de tels troubles et ainsi permettre l'établissement de relations positives avec les autres enfants. Cependant, bien que les conséquences de la maltraitance sur le développement de troubles de comportement soient bien documentées (Kim et Cicchetti, 2003), les travaux qui ont porté sur les processus qui sous-tendent cette relation sont beaucoup moins nombreux (Toth et al., 2000 ; Bennett, Sullivan et Lewis, 2005).

Depuis une quinzaine d'années, divers mécanismes ont été proposés afin d'expliquer le développement de troubles de comportement chez les enfants maltraités. Différents chercheurs ont observé que la présence de représentations conflictuelles des relations sociales dans les récits narratifs des enfants (Toth et al., 2000), de biais dans le traitement de l'information sociale (Dodge, Pettit, Bates et Valente, 1995), de honte et de colère (Bennett et al., 2005) et un faible sentiment d'auto-efficacité (Kim et Cicchetti, 2003) pouvaient expliquer les troubles de comportement chez les enfants maltraités. Bien que ces divers travaux renseignent sur certains des mécanismes sous-jacents au développement de troubles de comportement chez les enfants maltraités, ils ne prennent

pas en compte l'ensemble des difficultés d'adaptation fréquemment observées chez ces enfants.

Depuis quelques années, les travaux s'inscrivant dans les courants de la pédopsychiatrie, de la psychopathologie développementale et de la traumatologie développementale ont souligné la nécessité de considérer le modèle de stress traumatique pour mieux comprendre les difficultés d'adaptation psychosociale chez les enfants maltraités (Cook et al., 2005; van der Kolk, 2005 ; De Bellis, 2005; Schore, 2001; Wekerle et Wolfe, 1996). Ces travaux s'appuient sur le postulat selon lequel la maltraitance serait une forme sévère de traumatisme relationnel chronique ayant des conséquences multiples sur le développement de la régulation émotionnelle et comportementale chez l'enfant. La maltraitance s'inscrit au cœur même d'une relation entre un donneur de soins et son enfant en développement. Les interactions parent-enfant dysfonctionnelles qui qualifient les familles maltraitantes seraient particulièrement néfastes pour l'adaptation psychosociale. Bien que les travaux dans le domaine soient relativement récents, ils confirment l'intérêt de considérer la nature traumatique de la relation parent-enfant pour mieux comprendre les conséquences de la maltraitance sur l'adaptation psychosociale à l'âge préscolaire. Dans cette étude, nous proposons d'utiliser le modèle de stress traumatique pour mieux comprendre et prédire le développement de troubles de comportement observés chez les enfants maltraités en milieu extrafamilial.

Relation parent-enfant et gestion du stress

C'est dans un contexte relationnel et par ses interactions répétées avec son parent que l'enfant apprend à gérer son stress (Bretherton et Munholland, 1999). Selon la théorie de l'attachement, le parent est considéré comme une base de sécurité affective qui, dès la première année de vie, permettra à l'enfant de faire face aux diverses situations de stress de la vie quotidienne : la faim, la soif, la fatigue, les maladies, les situations nouvelles, etc (Bowlby, 1980). À cet âge, l'enfant est totalement dépendant de l'adulte et de la qualité des soins qui lui sont offerts. L'accès à un parent sensible, interprétant correctement et répondant adéquatement aux signaux de détresse ou d'inconfort de son enfant, permettra à ce dernier de retrouver un état de bien-être et de sécurité affective (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978). Ces expériences répétées et positives permettront également à l'enfant de développer ses propres capacités d'autorégulation émotionnelle (Tronick, 1989). Ce passage progressif d'une régulation externe à une régulation interne des émotions permettra à l'enfant de moduler avec flexibilité ses émotions en fonction des divers stressseurs sociaux et non sociaux et ainsi entretenir des relations positives avec son groupe de pairs.

Bien qu'à l'âge préscolaire, l'enfant ait acquis une plus grande autonomie et que la régulation de ses états internes repose de plus en plus sur ses propres capacités, la figure d'attachement demeure essentielle à la poursuite du développement des habiletés d'autorégulation émotionnelle et comportementale. Ces habiletés sont nécessaires à la

réussite des nouvelles tâches à accomplir telles l'entrée à la garderie et l'établissement des premières relations d'amitiés. Encore une fois, la qualité des soins offerts par le parent aura un impact important sur la façon dont l'enfant gèrera ces diverses situations. Un parent attentif et soutenant permettra à son enfant d'envisager avec confiance ces nouvelles étapes, de s'adapter à son nouveau milieu de garde et d'établir des relations sociales positives et non conflictuelles avec ses pairs.

Maltraitance et gestion du stress

La maltraitance est caractérisée par des dysfonctions extrêmes dans la relation parent-enfant où les interactions sont, entre autres, marquées par des comportements d'hostilité ou de retrait de la part du parent (Bouscha et Twentyman, 1984, Alessandri, 1992 ; Lyons-Ruth, Connell et Zoll, 1987). Alors qu'habituellement l'enfant en vient à utiliser sa figure d'attachement comme base de sécurité pour moduler ses états de stress, le parent maltraitant induit lui-même un état de stress chez l'enfant, voire un traumatisme, au sens où l'événement stressant implique une menace à l'intégrité physique et psychologique de l'enfant (Lieberman, 2004).

Selon De Bellis (2001), l'expérience de mauvais traitements vécue par l'enfant est considérée comme un « traumatisme relationnel chronique » puisqu'elle s'inscrit dans le quotidien d'une relation entre un enfant et son donneur de soins. L'effet est doublement pervers car il laisse l'enfant sans possibilité réelle de retrouver la sécurité affective, la

source de stress et la source de réconfort étant la même (Main et Hesse, 1990; Lyons-Ruth, Bronfman et Atwood, 1999). Les études portant sur la relation d'attachement parent-enfant auprès de populations maltraitantes ont d'ailleurs observé qu'entre 55% et 85% des enfants maltraités développaient un attachement de type désorganisé (van IJzendoorn, Schuengel et Bakermans Kranenburg, 1999). L'attachement désorganisé est principalement caractérisé par l'absence de stratégies d'attachement cohérentes pour faire face aux demandes environnementales et réguler les émotions lors des situations de stress (Hesse et Main, 2006).

La capacité de l'enfant à réagir adéquatement face au stress dépend grandement de la nature du stress et de la capacité de la figure d'attachement à diminuer ou à contrer les effets liés au stress (Lyons-Ruth et al., 1999). Or, en plus d'instaurer un état de stress chez son enfant, le parent maltraitant échoue dans son rôle de moduler et de gérer ces états de stress. L'enfant maltraité se retrouve donc sans ressources réelles pour gérer son stress, ce qui le place à risque de vivre un état chronique et sévère de stress dont les effets sont multiples (Schore, 2001). En effet, alors qu'un seul traumatisme - accident, désastre naturel - peut mener au conditionnement de réponses physiologiques et comportementales en lien avec le traumatisme, l'abus et la négligence chroniques auraient un effet plus pervers sur le développement des habiletés d'autorégulation émotive et comportementale. Pour Terr (1991), il en résulterait un « traumatisme de type II » incluant des difficultés dans la régulation des réactions émotive, de la rage, de la dissociation, de la somatisation, des changements dans les perceptions de soi et des

autres et des changements dans la compréhension et dans l'interprétation des événements. Les conséquences associées au traumatisme de la maltraitance seraient donc multiples et iraient bien au-delà des manifestations habituelles d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance telles que définies dans le diagnostic du trouble de stress post-traumatique (TSPT ; DSM-IV, 1994). En fait, ces conséquences toucheraient l'ensemble des sphères en développement chez l'enfant : biologique, psychologique, comportementale, relationnelle, sociale et cognitive. Ce constat a amené divers auteurs à proposer l'expression de « traumatisme complexe » (Cook et al., 2005 ; van der Kolk, 2005 ; Briere et Spinazzola, 2005 ; Herman, 1992) pour décrire l'ensemble des expériences traumatiques et chroniques vécues à l'enfance et les conséquences développementales qui y sont associées. Pour mieux comprendre la complexité du portrait symptomatique des enfants maltraités, ces auteurs proposent d'inclure une évaluation de la capacité de l'enfant à établir une relation d'attachement, de son fonctionnement cognitif, de ses capacités de régulation émotionnelle, des troubles de comportement, des indices de dissociation et du développement du self.

La notion de « traumatisme complexe » fournit un cadre conceptuel très pertinent pour l'étude des difficultés associées au traumatisme de la maltraitance chez les enfants. Cependant, malgré sa popularité croissante, peu d'études empiriques ont été menées afin de mieux clarifier de quelle façon les différentes manifestations ou difficultés associées s'articulaient entre elles. S'agit-il d'un regroupement de symptômes se présentant davantage sous la forme d'un syndrome ou certains symptômes sont-ils plutôt des

mécanismes pouvant expliquer l'éventail des difficultés observées. Dans cette étude, nous proposons de considérer les symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance qui définissent habituellement le TSPT comme mécanismes pouvant expliquer les troubles de comportement chez les enfants maltraités en milieu extrafamilial. Une caractéristique commune de ces trois symptômes traumatiques provient du fait qu'ils trouvent généralement leur origine dans des situations de peur ou de stress intense. L'intrusion correspond à la réexpérience involontaire et soudaine de l'événement traumatique et peut prendre la forme de «*flash-back*», de cauchemars en lien avec l'événement ou l'impression de revivre ce dernier. L'évitement se manifeste par des efforts conscients ou inconscients pour éviter tout stimulus interne (pensées, émotions) ou externe (lieux physiques, personnes impliquées) qui sont associés au trauma. Enfin, l'hypervigilance se manifeste par une augmentation de l'attention et de l'anxiété et de la difficulté à se concentrer et à terminer des tâches.

De nombreuses études ont observé que les enfants victimes de maltraitance sont particulièrement à risque de développer un TSPT (Adam, Everett et O'Neal, 1992; Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor, 1993; Mherry et Andrews, 1994). Parce qu'ils constituent une menace directe à l'intégrité physique et psychologique, l'abus sexuel, l'abus physique et la négligence sont des situations particulièrement propices pour provoquer un sentiment de peur, d'horreur ou de stress intense chez l'enfant. Le fait d'être agressé, d'être laissé seul ou de ne pas avoir accès à un parent disponible provoquerait chez l'enfant un sentiment de stress intense, une peur de l'abandon ou

encore un sentiment d'impuissance pouvant être vécu de façon très traumatisante par ce dernier. Des études ont d'ailleurs observé des taux d'incidence du TSPT atteignant 39% dans un échantillon d'enfants abusés physiquement âgés de 5 à 10 ans (Famularo, Fenton et Kinscherff, 1993) et de 44% dans un échantillon d'enfants et d'adolescents ayant été victimes d'abus sexuel (McLeer, Debinger, Henry et Orvaschel, 1992). Bien qu'aucune étude n'a porté sur la relation spécifique entre la négligence et les symptômes traumatiques à l'enfance, celle-ci est considérée par certains comme étant une des formes les plus sévères de traumatismes (De Bellis, 2005 ; Schore, 2001). Notons cependant qu'une relation entre négligence à l'enfance et TSPT a été observée à l'âge adulte (Widom, 1999). En fait, de nombreuses études rétrospectives menées auprès de populations cliniques ont observé la présence de symptômes traumatiques à l'âge adulte en lien avec l'expérience d'abus physique, d'abus sexuel ou de négligence dans l'enfance (Widom, 1999, Spitzer, 2001, Mclean et Gallop, 2003; Rowan, Foy, Rodriguez et Ryan, 1994).

Les symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance sont une indication que l'enfant est encore en situation de stress et qu'une part importante de ses ressources psychologiques sont monopolisées pour sa survie. La présence de ces symptômes donc, particulièrement chez un enfant en plein développement, interférerait avec le développement des processus de régulation émotionnelle et comportementale. Ils auraient pour conséquences de moduler la façon dont l'enfant gèrera les différents stressseurs sociaux et non sociaux auxquels il sera confronté comme l'entrée en garderie

et l'établissement de nouvelles relations d'amitiés et altérer sa manière d'entrer en relation et d'interagir avec les autres enfants. Diverses études ont d'ailleurs observé une prévalence élevée de TC intériorisés et extériorisés chez des enfants traumatisés (Saigh, Yasik, Oberfield, Halamandaris et McHugh, 2002; Wolfe, Sas et Wekerle, 1994; Mcleer et al., 1992; Mcleer, Deblinger, Atkins, Foa et Ralphe, 1998).

Les relations entre la maltraitance, les symptômes traumatiques et les troubles de comportement sont également bien documentées par les travaux effectués dans le champ de la traumatologie développementale. La traumatologie développementale s'intéresse aux impacts psychiatriques et psychobiologiques des traumatismes relationnels sur le développement. Selon cette approche, l'abus et la négligence chroniques affecteraient le fonctionnement normal des systèmes de réponse au stress et des structures cérébrales qui y sont associées (ex. neurotransmetteurs, axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, le corps calleux, l'hippocampe et l'amygdale; De Bellis 2001, 2005). L'ensemble de ces systèmes et structures joue un rôle important au niveau de la régulation émotionnelle et comportementale. Un dysfonctionnement de ces systèmes et de ces structures augmenterait le risque de dépression, d'agression et de comportements hostiles. De nombreuses études utilisant diverses techniques de neuro-imagerie ont d'ailleurs documenté l'altération de ces différents systèmes et structures cérébrales chez les enfants maltraités. Ces études ont également observé une altération particulièrement sévère de ces systèmes chez les enfants maltraités ayant un diagnostic de TSPT (Teisher,

Ito, Glod, Andersen, Dumont et Ackerman, 1997; De Bellis et al. 1999; voir De Bellis 2001, 2005 pour une recension des écrits).

Objectifs de l'étude

La maltraitance, ou l'exposition à un traumatisme complexe, aurait donc pour conséquence un important déficit dans le développement des habiletés de régulation comportementale chez l'enfant. Des études ont documenté la présence de symptômes traumatiques chez les enfants maltraités ainsi que la prévalence des troubles de comportement qui y sont associés. Cependant, aucune n'a utilisé un modèle de médiation afin de vérifier si les symptômes traumatiques pouvaient être un des mécanismes pouvant expliquer la présence de troubles de comportement chez les enfants maltraités à l'âge préscolaire. L'objectif de cette étude est d'étudier, sous l'angle d'un modèle de médiation, le rôle des symptômes traumatiques dans le développement des troubles de comportement chez les enfants maltraités d'âge préscolaire. L'étude s'intéressant plus particulièrement à l'inadaptation psychosociale des enfants maltraités, les troubles de comportement seront évalués en milieu extra familial auprès de l'éducatrice de l'enfant. De plus, à l'instar des études antérieures, nous allons également vérifier les hypothèses suivantes : a) les enfants maltraités présenteront plus de troubles de comportement intériorisés et extériorisés que les enfants non maltraités et b) les enfants maltraités présenteront plus de symptômes traumatiques que les enfants non maltraités. L'étude est menée auprès d'un groupe d'enfants

maltraités et d'un groupe d'enfants non maltraités appariés quant à leur niveau socioéconomique.

Nous proposons, dans cette étude, d'étudier le rôle des symptômes traumatiques évalués dans deux contextes distincts, soit à la maison et en service de garde. Bien que la validité des informations recueillies par questionnaires auprès des mères maltraitantes est remise en cause par certains auteurs (Carr, Moretti et Cue, 2005), celles-ci demeurent les mieux placées pour évaluer les symptômes traumatiques en milieu familial. Or, la maison est le contexte le plus propice pour l'expression de symptômes traumatiques en lien avec la maltraitance puisqu'elle correspond généralement au lieu où sont vécues ces expériences traumatisantes. Dans les études en maltraitance, les éducatrices sont généralement reconnues comme étant des informatrices plus objectives et les informations recueillies auprès de celles-ci sont donc d'un apport important. De plus, elles pourront également renseigner sur l'éventuelle généralisation des manifestations traumatiques des enfants maltraités en contexte extra-familial.

Méthode

Participants

L'échantillon initial est composé de 77 enfants non maltraités (41 garçons; âge moyen : 59 mois) et de 34 enfants maltraités (19 garçons; âge moyen : 60 mois) provenant tous d'un milieu socio-économique défavorisé. L'échantillon est issu d'une population francophone provenant d'une région semi-urbaine et rurale. Les enfants maltraités ont été recrutés auprès du Centre Jeunesse Mauricie/Centre-du-Québec et recevaient tous, au moment de l'étude, des services pour maltraitance. De plus, chacun vivait avec sa mère au moment de l'étude et fréquentait un service de garde ou la maternelle. Les enfants non maltraités ont été recrutés auprès du Centre local de services communautaires, de Centres de la petite enfance et d'écoles de la région Mauricie/Centre du Québec. Une vérification effectuée auprès des mères des enfants non maltraités a permis d'obtenir l'information à savoir si l'enfant avait déjà reçu des services de la protection de la jeunesse antérieurement. Deux d'entre eux ayant déjà reçu de tels services; ils ont été retirés de l'échantillon. Aucun autre enfant du groupe contrôle ne recevait, ou n'avait reçu antérieurement, de services pour maltraitance. Cependant, pour s'assurer que les enfants du groupe contrôle n'étaient pas victimes de sévices non dépistés par les services de protection, nous avons demandé aux mères des enfants non maltraités de remplir le Parent-Child Conflict Tactic Scale (CTSPC ; Strauss, Hamby, Finelhor, Moore et Runyan, 1998), un questionnaire évaluant les

moyens de résolution de conflits utilisés par les adultes de la maison lors d'un conflit survenu avec l'enfant. Onze mères rapportent qu'un adulte de la maison a fait usage de violence sévère (par ex., frapper avec un bâton, donner une râclée) envers l'enfant au cours des 12 derniers mois. Ces 11 enfants représentent un groupe distinct et ont été retirés de l'échantillon. D'une part, ils se distinguent des enfants non maltraités parce qu'ils ont vécu au moins un épisode d'abus physique sévère. D'autre part, bien qu'ils aient été victimes de violence sévère au cours de la dernière année, le CTSPC fournit très peu d'informations en comparaison de l'investigation effectuée par les Centres jeunesse et rien ne nous permet d'affirmer que leur situation est semblable à celle des enfants maltraités. La décision de retirer ces enfants à risque permettra une plus grande homogénéité à l'intérieur de chacun des groupes. À noter qu'il n'y avait aucune différence significative entre les enfants retirés et le reste de l'échantillon sur l'ensemble des variables sociodémographiques mesurées dans cette étude.

L'échantillon final est donc composé de 64 enfants non maltraités (35 garçons; âge moyen : 59 mois) et de 34 enfants maltraités (19 garçons; âge moyen : 60 mois). Les deux groupes ainsi constitués ne se distinguent pas quant à la proportion de garçons et de filles, l'âge des enfants, la proportion de familles monoparentales, de mères sur la sécurité du revenu et du nombre d'enfants dans la famille (voir le tableau 1). Les deux groupes se distinguent cependant sur le niveau de scolarité des mères, les mères d'enfants non maltraités ayant plus d'années de scolarité que les mères d'enfants maltraités.

Insérer le tableau 1 ici

Mesures

Questionnaire sociodémographique. Il s'agit d'un questionnaire récoltant les principales informations concernant les caractéristiques sociodémographiques de la famille : sexe et âge de l'enfant, nombre d'enfants dans la famille, statut matrimonial de la mère, emploi de la mère et revenu familial, niveau de scolarité de la mère.

Parent-Child Conflict Tactic Scale (CTSPC ; Strauss, 1998). Le CTSPC est un questionnaire de 20 énoncés évaluant les moyens de résolution de conflits utilisés par des adultes de la maison lors d'un conflit survenu avec l'enfant. La mère doit répondre à chacun des énoncés en spécifiant la fréquence avec laquelle la stratégie de résolution avait été utilisée au cours de la dernière année. Le CTSPC contient quatre échelles : résolution positive, agression psychologique, punition corporelle et violence physique sévère. Dans cette étude, le CTSPC a été utilisé afin de dépister les enfants ayant été victimes d'au moins un épisode de violence physique sévère au cours de la dernière année (par exemple : donner une râclée à l'enfant, a saisi l'enfant par le cou et lui a serré la gorge) à au moins une occasion au cours de la dernière année afin de les exclure de l'échantillon. Le CTSPC est un instrument utile pour identifier la présence de

mauvais traitements dans la population générale (Strauss et al., 1998). Les items du CTSPC, ainsi que ceux de tous les questionnaires utilisés dans cette étude, ont été traduits selon la méthode du double aveugle (de l'anglais au français et du français à l'anglais) par deux personnes ayant une excellente maîtrise des deux langues.

Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC; Briere, 2001). Le TSCYC est un questionnaire de 90 énoncés évaluant les symptômes traumatiques des enfants en lien avec des expériences d'abus et de traumatismes et les difficultés qui y sont fréquemment associées. Dans le cadre de cette étude, seuls les 27 items composant les échelles associées aux trois principales manifestations du diagnostic du trouble de stress post-traumatique ont été utilisés (intrusion, évitement et hypervigilance ; DSM-IV, 1994). Ce questionnaire a été rempli par la mère et l'éducatrice de l'enfant qui devaient répondre à chacun des énoncés sur une échelle de 1 à 4, où 1 correspond à « jamais » et 4 à « toujours ». Le score obtenu à chacune des échelles est ensuite transformé en score standardisé (scores T) basé sur le sexe et l'âge de l'enfant. Un score T égal ou supérieur à 65 est considéré comme cliniquement élevé. La validation du TSCYC a été effectuée auprès d'un échantillon composé majoritairement d'enfants maltraités (âge moyen : 7,1 ans) et a permis d'établir qu'il possédait d'excellentes qualités psychométriques (Briere et al., 2001 ; Gilbert, 2004). Pour cette étude, les indices de cohérence interne (alpha de Cronbach) sont de 0,71 et 0,83 pour l'intrusion, de 0,75 et 0,78 pour l'évitement et de 0,73 et 0,82 pour l'hypervigilance pour les questionnaires mère et éducatrice respectivement.

Child Behavior Checklist 1 ½ - 5 ans Teacher Report Form (CBCL-TRF, Achenbach et Rescorla, 2001). Le CBCL-TRF est composé de 100 items évaluant les comportements problématiques de l'enfant à l'âge préscolaire et est rempli par l'éducateur de l'enfant. L'éducatrice doit répondre à chacun des énoncés sur une échelle de 0 à 2, où 0 correspond à « jamais », 1 « parfois » et 2 « souvent ». Les comportements évalués touchent différents domaines de l'adaptation psychosociale tels le retrait, la réactivité émotionnelle, l'anxiété, les symptômes dépressifs, le trouble de l'attention, la somatisation et l'agressivité. Ceux-ci sont ensuite regroupés en deux échelles globales; les troubles intériorisés (anxiété/dépression, réactivité émotionnelle, retrait et somatisation) et les troubles extériorisés (trouble de l'attention et agressivité). Comme le CBCL-TRF et le TSCYC partagent quelques items fortement semblables (par exemple : nerveux, stressé ou tendu), nous avons retiré ces items (au total 7 items) du calcul des échelles « troubles intériorisés » et « troubles extériorisés » afin d'éviter tout partage artificiel de la variance entre les deux questionnaires (voir l'annexe A pour la liste des items retirés). Le CBCL-TRF est une mesure standardisée permettant la transformation des scores bruts en score T. Cependant, étant donné le retrait de 7 items, nous n'avons pu procéder à la transformation des scores bruts en score T. Nous avons donc conservé les scores bruts pour la suite des analyses. Les alpha de Cronbach effectués sur les nouvelles échelles ont permis d'observer un indice de cohérence interne très élevé des troubles intériorisés (alpha de Cronbach = 0,88) et extériorisés (alpha de Cronbach = 0,96). Le CBCL-TRF comporte également un point de coupure permettant d'identifier les enfants obtenant un score T à l'intérieur d'une zone clinique (score T

égal ou supérieur à 60). Pour l'identification des seuils cliniques, les scores T ont été calculés en conservant les 7 items retirés.

Résultats

Analyses préliminaires

En premier lieu, nous avons examiné la corrélation entre les scores obtenus aux échelles de troubles intériorisés et de troubles extériorisés du CBCL-TRF. Étant donné la corrélation élevée entre ces deux échelles ($r = 0,65$; $p < .001$), celles-ci seront traitées en analyses multivariées. Nous avons également examiné la relation entre les variables dichotomiques représentant les seuils cliniques de troubles intériorisés et de troubles extériorisés (0 = normal ; 1 = clinique). La corrélation entre les seuils cliniques des deux échelles étant modérée ($r = 0,34$; $p < .01$), ces deux variables seront traitées en analyses univariées.

Nous avons ensuite examiné les interrelations entre l'ensemble des sous-échelles et échelles globales des versions mère et éducatrice du TSCYC afin de vérifier la concordance entre les deux répondants (voir le tableau 2). Les résultats révélant très peu de concordance entre les deux répondants, les deux versions du questionnaire seront traitées séparément. De plus, étant donné, d'une part, les corrélations modérées à élevées entre les différentes sous-échelles d'un même questionnaire et, d'autre part, les

corrélations élevées entre chacune des sous-échelles et l'échelle globale d'un questionnaire respectif (entre $r = 0,73$ à $r = 0,85$ pour la version mère et entre $r = 0,74$ à $r = 0,91$ pour la version éducatrice), les analyses subséquentes porteront sur l'échelle globale de chacun des questionnaires uniquement.

Nous avons également examiné les corrélations entre les variables représentant les seuils cliniques des différentes sous-échelles du TSCYC (voir le tableau 3). Les résultats révèlent des corrélations significatives mais modérées à l'intérieur de chacune des versions du questionnaires (de $r = 0,36$ à $r = 0,38$ pour la version mère et de $r = 0,31$ à $r = 0,46$ pour la version enseignant ; voir le tableau 3). Ces sous-échelles seront traités séparément.

Insérer les tableaux 2 et 3 ici

Nous avons ensuite examiné les interrelations entre les variables sociodémographiques et les variables à l'étude afin d'identifier les covariables à inclure comme variables contrôles dans les analyses. Ces interrelations sont présentées sous la forme d'une matrice de corrélations dans le tableau 4. Les résultats révèlent que les troubles de comportement intériorisés et les troubles extériorisés sont corrélés avec le sexe de l'enfant et le niveau de scolarité maternelle. Les troubles extériorisés sont également corrélés à l'âge de la mère à la naissance de son premier enfant. Les

symptômes traumatiques tels que rapportés par l'éducatrice sont corrélés à l'âge de l'enfant et le fait de bénéficier ou non de la sécurité du revenu. Enfin, aucune variable sociodémographique n'est significativement corrélée avec les symptômes traumatiques de l'enfant tels que rapportés par la mère. Les diverses analyses portant sur les variables à l'étude seront effectuées en contrôlant pour les variables sociodémographiques respectivement associées à chacune de ces variables.

Insérer le tableau 4 ici

Maltraitance et troubles de comportement

Nous avons effectué des analyses de variances multivariées afin de vérifier si les enfants maltraités présentaient plus de troubles de comportement intériorisés et extériorisés que les enfants non maltraités. Rappelons que les analyses ont été effectuées en contrôlant pour l'effet du sexe de l'enfant, de l'âge de la mère à la naissance de son premier enfant et du niveau de scolarité de la mère. Comme il n'y a pas d'effet significatif du niveau de scolarité de la mère, nous avons refait les analyses en ne conservant comme variables contrôles que le sexe de l'enfant et l'âge de la mère à la naissance de son premier enfant. Les résultats de l'analyse multivariée révèlent un effet global significatif du statut de la maltraitance sur les troubles de comportement

intériorisés et extériorisés ($F(1,93) = 3,9; p < 0,05$). Les analyses de variance univariées ont permis de constater un effet spécifique de la maltraitance sur les troubles intériorisés et les troubles extériorisés (voir le tableau 5). Ainsi, les enfants maltraités présentent plus de troubles intériorisés ($F(1,94) = 7,1; p < 0,01$) et de troubles extériorisés ($F(1,94) = 5,2; p < 0,05$) que les enfants non maltraités (voir le tableau 5 pour les moyennes ajustées). Il y a également un effet spécifique du sexe de l'enfant sur les troubles intériorisés ($F(1,94) = 8,9; p < 0,01$) et sur les troubles extériorisés ($F(1,94) = 9,6; p < 0,01$). L'examen des moyennes montre que les garçons ont des scores de troubles intériorisés et de troubles extériorisés ($M = 57$ et $M = 55$ respectivement) plus élevés que ceux des filles ($M = 51$ et $M = 51$ respectivement).

Insérer le tableau 5 ici

Des analyses ont ensuite été faites pour comparer le nombre d'enfants maltraités et non maltraités qui présentent un niveau clinique de troubles intériorisés et extériorisés (voir le tableau 5). Rappelons que ces zones cliniques sont dérivées des scores T qui, dans cette étude, ont été conservés pour ces analyses uniquement. Les analyses du Phi révèlent que, en comparaison avec les enfants non maltraités, une proportion significativement plus élevée d'enfants maltraités présentent un niveau cliniquement élevé à au moins une des deux échelles du CBCL-TRF. Bien qu'on observe également

une proportion plus élevée d'enfants maltraités qui obtiennent un score cliniquement élevé à l'échelle de troubles intériorisés, à l'échelle de troubles extériorisés et une proportion plus élevée d'enfants maltraités qui se situent dans la zone clinique à ces deux échelles, ces proportions ne sont pas significativement différentes de celles observées dans le groupe d'enfants non maltraités.

Maltraitance et symptômes traumatiques

Nous avons effectué des analyses de variances univariées afin de vérifier si les enfants maltraités présentaient plus de symptômes traumatiques que les enfants non maltraités (voir le tableau 6). Les analyses ont été effectuées sur l'échelle globale de symptômes traumatiques et ce, séparément pour les versions mère et éducatrice du TSCYC. L'âge de l'enfant et le statut de sécurité de revenu ont été entrés comme covariables lors des analyses portant sur l'échelle globale de symptômes traumatiques tels que rapportés par l'éducatrice. Les résultats révèlent qu'il n'y a pas d'effet du statut de maltraitance sur l'échelle totale de symptômes traumatiques tels que rapportés par la mère (($F(1,96) = 2,6$; $p = n.s$; voir le tableau 6). Il y a cependant un effet de la maltraitance sur les symptômes tels que perçus par l'éducatrice ($F(1,94) = 14,0$; $p < 0,001$), les enfants maltraités obtenant un score significativement plus élevé à l'échelle globale du TSCYC-Éducatrice. Il y a également un effet de l'âge de l'enfant ($F(1,94) = 8,3$; $p < 0,01$) et du statut de sécurité du revenu ($F(1,94) = 3,9$; $p < 0,05$), les enfants

plus jeunes et ceux dont la mère bénéficie de la sécurité du revenu présentant plus de symptômes traumatiques.

Insérer le tableau 6 ici

Des analyses ont ensuite été faites pour comparer le nombre d'enfants maltraités et non maltraités qui se situent au dessus du seuil clinique pour les sous-échelles d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance des versions mère et éducatrice du TSCYC (voir le tableau 6). Il n'y a aucune différence entre les deux groupes quant à la proportion d'enfants se situant au dessus du seuil clinique pour chacune des échelles du TSCYC-Mère. On observe cependant des différences significatives entre les groupes quant au nombre d'enfants présentant un niveau clinique de symptômes traumatiques tels que rapportés par l'éducatrice. En comparaison avec le groupe d'enfants non maltraités, on constate une plus grande proportion d'enfants maltraités qui se situent au dessus du seuil clinique sur chacune des sous-échelles du TSCYC rempli par l'éducatrice. De plus, une proportion significativement supérieure d'enfants maltraités obtiennent un score au dessus du seuil clinique pour au moins une échelle du TSCYC rempli par l'éducatrice.

Effet médiateur des symptômes traumatiques

L'effet médiateur des symptômes traumatiques sur la relation entre la maltraitance et les troubles de comportement intériorisés et extériorisés a été testé selon la procédure établie par Baron et Kenny (1986). Cette procédure est effectuée par l'utilisation de régressions linéaires hiérarchiques. Il y a quatre conditions nécessaires à la médiation :

- 1) il y a un effet significatif de la variable indépendante sur la variable dépendante en l'absence de la variable médiatrice;
- 2) il y a un effet significatif de la variable indépendante sur la variable médiatrice;
- 3) il y a une contribution unique de la variable médiatrice sur la variable dépendante;
- et 4) il y a une diminution significative de l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante lorsque la variable médiatrice est ajoutée au modèle.

Une fois cette procédure effectuée, le test de Sobel (1982) permet de vérifier que la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante s'explique par la variable médiatrice. Afin de satisfaire à la seconde condition de la médiation, seule l'échelle globale du TSCYC-Éducatrice sera utilisée lors des analyses de médiation car elle est la seule à distinguer les enfants maltraités des enfants non maltraités quant à la présence de symptômes traumatiques. Dans une première étape, nous avons inclus le sexe de l'enfant, l'âge de la mère à la naissance de son premier enfant et le statut de maltraitance de l'enfant. Dans une deuxième étape, les symptômes traumatiques de l'enfant tels que rapportés par l'éducatrice ont été ajoutés afin de vérifier s'ils médiatisaient la relation entre la maltraitance et les troubles de comportement intériorisés et extériorisés.

Avant de passer aux analyses de régression à proprement dites, nous avons effectué un premier traitement multivarié qui révèle que, lorsque l'on contrôle pour le sexe de l'enfant et l'âge de la mère à la naissance de son premier enfant, l'ajout des symptômes traumatiques dans le modèle annule l'effet de la maltraitance sur la combinaison linéaire de troubles de comportement intériorisés et extériorisés ($F(2,92) = 0,2$; n.s.) alors qu'il y a un effet significatif des symptômes traumatiques ($F(2,92) = 14,1$; $p < 0,001$).

Maltraitance, symptômes traumatiques tels que rapportés par l'éducatrice et troubles intériorisés. Les résultats des analyses de régression univariées sont présentés dans le Tableau 7. Les résultats de la première étape révèlent un effet significatif du statut de la maltraitance sur les troubles intériorisés. Cependant, lorsque les symptômes traumatiques de l'enfant tels que rapportés par l'éducatrice sont ajoutés lors de la deuxième étape, nous observons une diminution significative de l'effet de la maltraitance sur les troubles de comportement intériorisés et une contribution unique des symptômes traumatiques (test de Sobel = 3,37 ; $p < 0,001$). La relation entre la maltraitance et les troubles intériorisés est donc entièrement médiatisée par les symptômes traumatiques de l'enfant rapportés par l'éducatrice.

Maltraitance, symptômes traumatiques tels que rapportés par l'éducatrice et troubles extériorisés Les résultats de la première étape révèlent un effet significatif du statut de la maltraitance sur les troubles extériorisés. Cependant, lorsque les symptômes traumatiques de l'enfant tels que rapportés par l'éducatrice sont ajoutés lors de la

deuxième étape, nous observons une diminution significative de l'effet de la maltraitance sur les troubles de comportement extériorisés et une contribution unique des symptômes traumatiques (test de Sobel = 3,01 ; $p < 0,001$). La relation entre la maltraitance et les troubles extériorisés est donc entièrement médiatisée par les symptômes traumatiques de l'enfant rapportés par l'éducatrice.

Insérer le tableau 7 ici

Discussion

Cette étude avait pour objectif d'évaluer le rôle médiateur des symptômes traumatiques dans le développement des troubles de comportement chez les enfants maltraités. Les résultats confirment, à l'instar de plusieurs recherches, une forte association entre la maltraitance et les troubles de comportement à l'âge préscolaire. Ces résultats se maintiennent lorsque l'on contrôle pour le sexe. Les troubles de comportement ayant été évalués auprès de l'éducatrice en milieu extra familial, ces résultats soutiennent donc l'hypothèse d'un risque accru d'inadaptation psychosociale chez les enfants maltraités, et ce, tant au niveau des troubles intériorisés qu'extériorisés. En effet, 39% des enfants maltraités obtiennent un score dans la zone clinique à l'échelle de troubles intériorisés et 33% à l'échelle des troubles extériorisés. De plus,

56% des enfants maltraités obtiennent un score cliniquement élevé dans au moins une des deux échelles du CBCL-TRF. Cette proportion n'est que de 36% chez les enfants non maltraités. Par ailleurs, nos résultats vont dans le même sens que ceux d'autres études qui rapportent une symptomatologie plus élevée des comportements problématiques chez les garçons.

On observe également une association entre la maltraitance et la présence de symptômes traumatiques chez les enfants, une observation qui, cependant, s'appuie sur la perception des éducatrices uniquement. De plus, il n'y a pas de relation significative entre les symptômes traumatiques tels que rapportés par l'éducatrice et ceux rapportés par la mère. On peut ici évoquer la question de la validité des rapports de mères maltraitantes qui, tels que mentionnés plus haut, a été remise en question dans la documentation scientifique. En effet, particulièrement auprès d'échantillons à risque, diverses études rapportent un écart entre le niveau de comportements problématiques rapportés par la mère et celui rapporté par le professeur (Culp, Howell, McDonald Culp et Blankemeyer, 2001). L'écart serait encore plus marqué auprès des enfants d'âge préscolaire. Ces résultats témoignent de l'intérêt d'utiliser plus d'une source d'informations lorsque l'on s'intéresse aux difficultés d'adaptation chez l'enfant.

Les résultats obtenus auprès des éducatrices offrent cependant un important soutien au postulat selon lequel la maltraitance serait une forme sévère de traumatisme relationnel, les enfants maltraités présentant significativement plus de symptômes

traumatiques que les enfants non maltraités. En effet, les enfants maltraités obtiennent des scores plus élevés que les enfants non maltraités à l'échelle globale de symptômes traumatiques. Ces résultats témoignent, d'une part, du caractère traumatique des interactions parent-enfant chez les dyades maltraitantes, et, d'autre part, de l'échec de la figure de soin à favoriser le développement des habiletés d'autorégulation chez son enfant. Ces résultats sont d'autant plus intéressants que les symptômes traumatiques présentés par les enfants maltraités sont suffisamment manifestes pour être observés en milieu extrafamilial, et ce, en l'absence des caractéristiques associées au traumatisme : figures d'attachement, comportements parentaux, situation familiale en général.

Bien qu'une proportion significativement plus élevée d'enfants maltraités obtiennent des scores dans la zone clinique au TSCYC selon les éducatrices, seulement 18% des enfants maltraités obtiennent un score cliniquement élevé à l'échelle intrusion, 26% à l'échelle évitement et 41% à l'échelle d'hypervigilance. Une première explication à ces résultats repose possiblement sur la nature du répondant. Il est possible que les items comportementaux associés à l'intrusion de matériel traumatique et à l'évitement des indices associés au traumatisme soient plus difficilement détectables par l'éducatrice en milieu de garde. Une caractéristique des symptômes d'intrusion et d'évitement est l'association avec certains indices particuliers qui peuvent rappeler l'événement traumatisant. Le traumatisme relationnel de la maltraitance implique généralement les figures d'attachement et certains comportements nuisibles adoptés par celles-ci. Il est donc possible que les indices qui y sont liés soient moins présents en milieu

extrafamilial, ce qui pourrait avoir un impact sur la fréquence des expériences d'intrusion et des comportements d'évitement en garderie. L'hypervigilance témoigne pour sa part d'une attention particulièrement soutenue à certains détails, de l'anxiété et des difficultés de concentration. L'hypervigilance est un état général qui se maintient de façon beaucoup plus continue ce qui pourrait favoriser l'identification des items comportementaux qui y sont associés par l'éducatrice. Notons cependant que ces résultats sont en accord avec d'autres résultats rapportant qu'une majorité d'enfants maltraités ne rencontrent pas les critères pour obtenir le diagnostic du trouble de stress post-traumatique (Kiser, Heston, Millsap et Pruitt, 1991).

Bien que l'intrusion, l'évitement et l'hypervigilance soient trois manifestations traditionnellement associées aux traumatismes, leur identification serait peut-être insuffisante pour tenir compte de la multitude des difficultés psychologiques, sociales et comportementales associées à l'expérience d'un traumatisme relationnel chronique tel que la maltraitance (van der Kolk, 2005). Plusieurs études portant sur les traumatismes et le trouble de stress post-traumatique se sont intéressées à l'effet d'un événement traumatique unique. Si l'intrusion et l'évitement sont des manifestations particulièrement appropriées pour tenir compte de l'état de stress post-traumatique associé à un traumatisme unique, il est possible qu'un ensemble plus vaste de manifestations spécifiques au traumatisme relationnel de la maltraitance doivent être considérées pour mieux comprendre les difficultés de régulation émotionnelle et d'adaptation psychosociale chez les enfants maltraités. Selon nous, une évaluation plus

exhaustive des symptômes associés au traumatisme relationnel devrait inclure une évaluation des symptômes dissociatifs (par exemple : dépersonnalisation et déréalisation), des difficultés dans l'établissement de relations d'attachement et des manifestations reliées à la peur.

L'étude a mis en évidence le rôle des symptômes traumatiques dans le développement des troubles de comportements intériorisés et extériorisés et apporté une clarification de la notion de traumatisme complexe. Ils confirment l'intérêt de considérer la maltraitance sous l'angle de la réaction traumatique pour mieux comprendre les difficultés de régulation émotionnelle et comportementale des enfants maltraités. En effet, les analyses ont révélé une médiation complète des symptômes traumatiques sur la relation entre la maltraitance et les troubles de comportement intériorisés et entre la maltraitance et les troubles extériorisés. Il semble donc que la différence observée entre les enfants maltraités et non maltraités, quant à la présence de troubles de comportement, puissent s'expliquer par la sévérité de la symptomatologie associée aux traumatismes. Les interactions dysfonctionnelles mère-enfant qui caractérisent les dyades maltraitantes auraient donc un effet néfaste sur les systèmes impliqués dans la gestion du stress. Ces effets se manifesteraient éventuellement au niveau comportemental. Ces résultats suggèrent donc la présence d'une relation étroite entre les différents processus impliqués dans la gestion du stress et ceux responsables de la régulation comportementale.

Implications cliniques

Les implications cliniques qui découlent de ces résultats sont d'un grand intérêt. Il souligne l'importance de considérer l'inadaptation psychosociale des enfants maltraités non seulement sous l'angle de comportements problématiques mais également d'un point de vue de la réaction traumatique au stress. Au-delà de modifier le simple comportement, c'est une redéfinition de la perception de la réalité et de l'expérience passée et une meilleure intégration des événements difficiles vécus qui semblent nécessaires pour favoriser l'adaptation psychosociale de l'enfant. Au-delà des manifestations comportementales problématiques, les résultats suggèrent d'abord d'orienter l'intervention au cœur même de la relation parent-enfant, qui est à l'origine de ces diverses difficultés d'adaptation. Une première étape serait la mise en place d'un environnement sécurisant pour l'enfant, tant à la maison que dans la relation avec un thérapeute éventuel. Les contenus traumatiques correspondent à des émotions, des images ou de souvenirs trop envahissants pour que l'enfant puisse y faire face seul. Le soutien d'une personne de confiance est donc nécessaire pour que ces contenus soient abordés en thérapie. Enfin, l'acquisition d'habiletés de gestions des émotions semble également une condition préalable à l'intégration de ces émotions fort intenses.

Limites de l'étude

Il importe en terminant de mentionner quelques limites de l'étude. Tout d'abord, il faut rappeler que les symptômes traumatiques ont été évalués au moyen d'un questionnaire contrairement à d'autres études utilisant des entrevues cliniques pour établir les critères associés au trouble de stress post-traumatique (Famularo et al., 1992; Mcleer et al., 1992; Mcleer et al. 1998). Il est possible qu'une évaluation clinique des symptômes traumatiques effectuée par un spécialiste soit plus sensible à la détection des manifestations associées aux traumatismes. Cependant, elle est beaucoup plus contraignante et coûteuse à administrer. L'utilisation de questionnaires dans la présente étude a tout de même permis d'observer que les symptômes traumatiques se manifestent dès l'âge préscolaire et dans divers milieux de vie de l'enfant. Enfin, bien que les résultats de cette étude offrent une meilleure compréhension des processus menant aux troubles de comportement chez les enfants maltraités, aucune distinction n'a été effectuée à l'égard du type (ex., négligence, abus physique) et de la sévérité de la maltraitance vécue par l'enfant. Plusieurs études rapportent pourtant des différences quant à la présence de troubles de comportement en fonction du type de maltraitance. Les résultats de ces études sont cependant équivoques; certaines rapportent une association entre la négligence et les troubles intériorisés et entre l'abus physique et les troubles extériorisés (Hoffman-Plotkin et Twentyman, 1984), d'autres obtiennent des patrons de résultats inverses (Toth et al., 1992; de Paul et Arrubarrena, 1995). Dans une étude future, il serait intéressant de tenir compte de la nature des mauvais traitements et

des caractéristiques (identité de l'abuseur, chronicité et sévérité de l'abus,...) qui y sont associées pour une compréhension plus précise de l'impact des symptômes traumatiques dans le développement des processus de régulation émotionnelle et comportementale chez l'enfant.

Références

- Achenbach, T. M. et Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington: Center for Children, Youth, and Families : University of Vermont.
- Adam, B. S., Everett, B. L., & O'Neal, E. (1992). PTSD in physically and sexually abused psychiatrically hospitalized children. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, 3-8.
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.
- Alessandri, S. M. (1992). Mother-child interactional correlates of maltreated and nonmaltreated children's play behavior. *Development and Psychopathology*, 4, 257-270.
- American Psychological Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bennett, D. S., Sullivan, M. W., & Lewis, M. (2005). Young Children's Adjustment as a Function of Maltreatment, Shame, and Anger. *Child Maltreatment*, 10, 311-323.
- Bierman, K. L. (2004). Peer rejection: Developmental processes and intervention strategies.

- Bousha, D. M., & Twentyman, C. T. (1984). Mother-child interactional style in abuse, neglect, and control groups: Naturalistic observations in the home. *Journal of Abnormal Psychology, 93*, 106-114.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. New York, NY, US: Basic Books.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited.
- Briere, J. (2001). *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., et al. (2001). The trauma symptom checklist for young children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse and Neglect, 25*, 1001-1014.
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol 36*, 113-149.
- Carr, G. D., Moretti, M. M., & Cue, B. J. H. (2005). Evaluating Parenting Capacity: Validity Problems With the MMPI-2, PAI, CAPI, and Ratings of Child Adjustment. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 188-196.
- Cerezo Jimenez, M. A., & Frias, D. (1994). Emotional and cognitive adjustment in abused children. *Child Abuse and Neglect, 18*, 923-932.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., et al. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals, 35*, 390-398.

- Culp, R. E., Howell, C. S., Culp, A. M., & Blankemeyer, M. (2001). Maltreated children's emotional and behavioral problems: Do teachers and parents see the same things? *Journal of Child and Family Studies, 10*, 39-50.
- Darwish, D., Esquivel, G. B., Houtz, J. C., & Alfonso, V. C. (2001). Play and social skills in maltreated and non-maltreated preschoolers during peer interactions. *Child Abuse and Neglect, 25*, 13-31.
- 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.
- De Bellis, M. D. (2005). The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreatment, 10*, 150-172.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., et al. (1999). Developmental traumatology: II. Brain development. *Biological Psychiatry, 45*, 1271-1284.
- de Paul, J., & Arruabarrena, M. I. (1995). Behavior problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain. *Child Abuse and Neglect, 19*, 409-418.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., & Valente, E. (1995). Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 632-643.
- Egeland, B., Sroufe, A., & Erickson, M. (1983). The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child Abuse and Neglect, 7*, 459-469.

- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Psychiatric diagnoses of maltreated children: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 863-867.
- Gilbert, A. M. (2004). *Psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)*.
- Herman, J.-L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 377-391.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology, 18*, 309-343.
- Hoffman Plotkin, D., & Twentyman, C. T. (1984). A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Development, 55*, 794-802.
- Johnson, R. M., Kotch, J. B., Catellier, D. J., Winsor, J. R., Dufort, V., Hunter, W., et al. (2002). Adverse behavioral and emotional outcomes from child abuse and witnessed violence. *Child Maltreatment: Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children, 7*, 179-186.
- Kendall Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*, 164-180.

- Kim, J., & Cicchetti, D. (2003). Social self-efficacy and behavior problems in maltreated children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*, 106-117.
- Kiser, L. J., Heston, J., Millsap, P. A., & Pruitt, D. B. (1991). Physical and sexual abuse in childhood: Relationship with post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 776-783.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2004). Assessment and Treatment of Young Children Exposed to Traumatic Events. In J. D. Osofsky (Ed.), *Young children and trauma: Intervention and treatment* (pp. 111-138). New York, NY, US: Guilford Press.
- Lyons Ruth, K., Bronfman, E., & Atwood, G. (1999). A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother-infant interaction. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 33-70). New York, NY: Guilford Press.
- Lyons Ruth, K., Connell, D.B. et Zoll-David, J.S. (1987). Infants at social risk : Relation among infant maltreatment, maternal behavior and infant attachment behavior. *Developmental Psychopathology, 23*, 223-232.
- 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? In M. T. Greenberg & D. Cicchetti (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology, 13*, 759-782.
- McLean, L. M., & Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 160*, 369-371.
- McLeer, S. V., Deblinger, E., Atkins, M. S., Foa, E. B., & et al. (1988). Post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 650-654.
- McLeer, S. V., Deblinger, E. B., Henry, D., & Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 875-879.
- McLeer, S. V., Dixon, J. F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Niedda, T., et al. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 1326-1333.
- Merry, S. N., & Andrews, L. K. (1994). Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 939-944.
- Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (1994). Illustrating the interface of family and peer relations through the study of child maltreatment. *Social Development, 3*, 291-308.

- Rowan, A. B., Foy, D. W., Rodriguez, N., & Ryan, S. (1994). Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adults sexually abused as children. *Child Abuse and Neglect, 18*, 51-61.
- Saigh, P. A., Yasik, A. E., Oberfield, R. A., Halamandaris, P. V., & McHugh, M. (2002). An analysis of the internalizing and externalizing behaviors of traumatized urban youth with and without PTSD. *Journal of Abnormal Psychology, 111*, 462-470.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*, 201-269.
- Scott, K. L., Wolfe, D. A., & Wekerle, C. (2003). Maltreatment and trauma: Tracking the connections in adolescence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12*, 211-230.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 349-363.
- Shields, A., Ryan, R. M., & Cicchetti, D. (2001). Narrative representations of caregivers and emotion dysregulation as predictors of maltreated children's rejection by peers. *Developmental Psychology, 37*, 321-337.
- Shonk, S. M., & Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology, 37*, 3-17.

- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equations models. In S. Leinhardt (Ed.), *Sociological methodology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Spitzer, C., Dudeck, M., Liss, H., Orlob, S., Gillner, M., & Freyberger, H. J. (2001). Post-traumatic stress disorder in forensic inpatients. *Journal of Forensic Psychiatry, 12*, 63-77.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood.
- , M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse and Neglect, 22*, 249-270.
- Teisher, M. H., Ito, Y., Glod, C. A., Andersen, S. L., Dumont, N., & Ackenman, E. (1997). Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. *Annals of the New York Academy of Sciences, 821*, 160-175.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148*, 10-20.
- Toth, S. L., Cicchetti, D., Macfie, J., Rogosch, F. A., & Maughan, A. (2000). Narrative representations of moral-affiliative and conflictual themes and behavioral problems in maltreated preschoolers. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*, 307-318.

- Toth, S. L., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (1992). Child maltreatment and vulnerability to depression. *Development and Psychopathology, 4*, 97-112.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist, 44*, 112-119.
- 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 IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*, 225-249.
- Wekerle, C., & Wolfe, D. A. (1996). Child maltreatment. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 492-537). New York, NY: Guilford Press.
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1223-1229.
- Wolfe, D. A., Sas, L., & Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect, 18*, 37-50.

Tableau 1

Variables sociodémographiques en fonction du statut de maltraitance

Variables	Enfants maltraités (N=34)		Enfants non- maltraités (N=64)		t (96)
	M	É-T	M	É-T	
Age de l'enfant (mois)	60	(8,0)	59	(6,6)	-0,5
Nombre d'enfants	2,7	(1,5)	2,2	(1,0)	-1,7
Scolarité de la mère	9,4	(2,0)	10,8	(2,5)	2,7**
Âge de la mère à la naissance du 1 ^{er} enfant	23,2	(5,3)	21,6	(4,8)	1,5
	N	%	N	%	X ²
Garçons	19	56	35	55	0,1
Monoparentale	18	53	45	70	2,9
Sécurité du revenu	25	74	38	60	1,9

** $p < 0,01$.

Tableau 2

Corrélations entre les symptômes traumatiques de l'enfant tels qu'évalués par la mère et l'éducatrice

	TSCYC-Mère				TSCYC-Éducatrice			
	Intrusion	Évitement	Hyper	Globale	Intrusion	Évitement	Hyper	Globale
TSCYC-Mère								
Intrusion	-	0,38***	0,62***	0,73***	0,02	0,09	0,02	0,04
Évitement		-	0,53***	0,85***	0,18	0,36	0,32	0,32
Hypervigilance			-	0,85***	-0,09	0,15	0,09	0,06
Échelle Globale				-	0,05	0,25**	0,20	0,20
TSCYC-Éducatrice								
Intrusion					-	0,62***	0,49***	0,74***
Évitement						-	0,60***	0,83***
Hypervigilance							-	0,91***
Échelle globale								-

Note. TSCYC = Trauma Symptom Inventory for Young Children.

** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Tableau 3

Corrélations entre les seuils cliniques des symptômes traumatiques de l'enfant tels qu'évalués par la mère et l'éducatrice

	TSCYC-Mère			TSCYC-Éducatrice		
	Intrusion	Évitement	Hyper.	Intrusion	Évitement	Hyper.
TSCYC-Mère						
Intrusion	-	0,37***	0,36***	-0,10	-0,02	0,04
Évitement		-	0,38***	-0,10	0,13	0,12
Hyper vigilance			-	0,06	0,12	0,16
TSCYC-Éducatrice						
Intrusion				-	0,34**	0,31**
Évitement					-	0,46***
Hypervigilance						-

Note. TSCYC = Trauma Symptom Inventory for Young Children.

** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Tableau 4

Corrélations entre les variables sociodémographiques et les troubles de comportement et les symptômes traumatiques de l'enfant

	TRF		TSCYC ¹	
	Intériorisés	Extériorisés	Mère	Éducatrice
Sexe de l'enfant	-0,29**	-0,29**	0,14	0,03
Âge de l'enfant	-0,15	-0,16	-0,11	-0,23*
Nombre d'enfants	0,05	-0,05	-0,14	-0,09
Âge naissance 1 ^{er} enfant	-0,01	-0,23*	0,01	-0,14
Scolarité maternelle	-0,22*	-0,23*	-0,06	0,08
Monoparentalité	-0,09	-0,07	0,01	-0,07
Sécurité du revenu	-0,18	-0,12	0,01	-0,22*

Note. TRF = Teacher Report Form; TSCYC = Trauma Symptom Inventory for Young Children.

¹ Échelle globale.

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

Tableau 5

Moyennes et écarts-types obtenus au CBCL-TRF en fonction du statut de maltraitance

CBCL-TRF	Enfants maltraités (N=34)		Enfant non- maltraités (N=64)		F(1,94)
	M ¹	É-T	M ¹	É-T	
Scores bruts					
Troubles intériorisés	11,2	1,2	7,3	0,8	7,1**
Troubles extériorisés	13,4	1,8	8,3	1,3	5,2*
Seuils cliniques					
	N	%	N	%	phi
Troubles intériorisés	14	41%	17	27%	0,15
Troubles extériorisés	11	32%	15	23%	0,10
Au moins une échelle	19	56%	23	36%	0,19*
Les deux échelles	6	18%	9	14%	0,05

Note. CBCL-TRF = Child Behavior Checklist – Teacher Report Form.

¹ Moyennes et écart-types ajustés en fonction des covariables : sexe de l'enfant et âge de la mère à la naissance de son premier enfant.

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

Tableau 6

Moyennes et écarts-types obtenus au TSCYC mère et éducatrice en fonction du statut de maltraitance

	Enfants maltraités (N=34)		Enfant non- maltraités (N=64)		F(dl)
	M	É-T	M ¹	É-T	
Scores T					
Échelle globale-Mère	58,9	14,0	54,6	11,3	2,6(1,96)
Échelle globale-Educ ^a	58,5	2,0	49,1	1,5	14,0(1,94)***
Seuils cliniques					
	N	%	N	%	Phi
Intrusion-Mère	6	18	8	13	0,07
Évitement-Mère	9	26	15	23	0,03
Hypervigilance-Mère	11	32	14	22	0,11
Au moins une échelle	16	47	23	36	0,11
Intrusion –Éducatrice	6	18	3	5	0,21*
Évitement-Éducatrice	9	26	7	11	0,20*
Hypervigilance-Éduc	14	41	10	16	0,28**
Au moins une échelle	19	56	13	20	0,36***

Note. TSCYC = Trauma Symptom Inventory for Young Children.

¹ Moyenne et écart-type ajustés en fonction des covariables.

^a Covariables : âge de l'enfant et sécurité du revenu.

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

Tableau 7

Résumé des analyses de médiation

	Étape 1			Étape 2		
	<i>B</i>	<i>E-T</i>	<i>t</i>	<i>B</i>	<i>E-T</i>	<i>t</i>
Troubles intériorisés						
Sexe de l'enfant	-4,2	1,4	-3,0**	-4,6	1,1	-4,3***
Âge de la mère	0,09	0,14	0,66	0,13	0,1	1,2
Maltraitance	3,9	1,5	2,7**	0,4	1,2	0,3
Echelle globale TSCYC				0,36	0,04	8,2***
Test de Sobel					$z = 3,37***$	
Troubles extériorisés						
Sexe de l'enfant	-6,0	2,0	-2,8	-6,4	1,9	-3,4**
Âge de la mère	-0,4	0,2	-1,7*	-0,3	-0,2	-1,7
Maltraitance	5,1	2,2	-2,3*	1,2	2,1	0,6
Echelle globale TSCYC				0,4	0,1	5,2***
Test de Sobel					$z = 3,01***$	

Note. TSCYC = Trauma Symptom Inventory for Young Children.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Maltraitance et symptômes traumatiques chez l'enfant : effet modérateur de la qualité de la relation mère-enfant et des symptômes traumatiques maternels

Tristan Milot, M.A.
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières

Diane St-Laurent, PhD
Chaire de recherche du Canada sur l'enfant et ses milieux de vie
Université du Québec à Trois-Rivières

Louise S. Éthier, PhD
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières

Marc Provost, PhD.
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières

Résumé

Cette étude porte sur le rôle modérateur de la qualité de la relation mère-enfant et des symptômes traumatiques maternels sur la relation entre la maltraitance et le développement de symptômes traumatiques chez les enfants. Les participants sont 30 enfants maltraités et 58 enfants non maltraités (âge moyen = 60 mois). Les symptômes traumatiques de l'enfant ont été évalués auprès de la mère et de l'éducatrice à l'aide du *Trauma Symptoms Checklist for Young Children* et les symptômes traumatiques maternels avec le *Trauma Symptoms Inventory*. La qualité de la relation mère-enfant a été évaluée au cours d'une visite en laboratoire lors d'une tâche non structurée. Les analyses révèlent que les enfants maltraités présentent significativement plus de symptômes traumatiques tels que rapportés par l'éducatrice que les enfants non maltraités. De plus, la qualité de la relation mère-enfant est significativement moins élevée dans les dyades maltraitantes. Les analyses de modulation révèlent que, chez les enfants maltraités, une meilleure qualité de la relation mère-enfant est liée à un plus grand nombre de symptômes traumatiques tels que rapportés par la mère. Il n'y a aucun effet modérateur des symptômes traumatiques maternels.

Contexte théorique

La question de la réaction traumatique des jeunes enfants face aux événements de stress intense a pris beaucoup d'ampleur dans la documentation au cours des dernières années (Terr, 1991 ; van der Kolk, 2005). Si, à une époque, on pensait que les enfants bénéficiaient d'une certaine invulnérabilité face aux événements traumatiques du fait qu'ils étaient trop jeunes ou immatures pour réaliser et comprendre la nature de l'événement, ou encore, pour se remémorer celui-ci (Osofsky, 2004), nous savons aujourd'hui que c'est tout le contraire. Ils sont, en raison de leur âge, les plus vulnérables face à ces situations extrêmes qui constituent un risque sérieux pour leur intégrité physique et psychologique. Dans les situations de maltraitance, qui incluent l'abus physique, l'abus sexuel et la négligence, les événements traumatiques, qui sont le plus souvent de nature interpersonnelle, sont vécus sur de longues périodes (Cook et al., 2005) et sont considérés comme une forme sévère de traumatisme relationnel et chronique (De Bellis, 2001, 2005 ; Shore, 2001).

Les enfants victimes d'abus physique, d'abus sexuel et de négligence sont en effet particulièrement à risque de développer des troubles de stress post-traumatique (TSPT) (Adam, Everett et O'Neal., 1992; Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor, 1993; Merry et Andrews, 1994). Trois principales manifestations – l'intrusion, l'évitement et l'hypervigilance - sont associées au TSPT (De Bellis, 2005; Scott, Wolfe et Wekerle, 2003). L'intrusion correspond à la réexpérience involontaire et soudaine de l'événement

traumatique et peut prendre la forme de «*flash-back*», de cauchemars en lien avec l'événement ou l'impression de revivre ce dernier. Une seconde manifestation est l'évitement de tout stimulus pouvant rappeler l'événement traumatisant, un effort pour éviter tout indice interne (pensées, émotions) ou externe (lieu physique, personne) qui sont associés au trauma. Enfin, l'hypervigilance se manifeste par une augmentation de l'attention et de l'anxiété et de la difficulté à se concentrer et à terminer des tâches.

Des études ont observé des taux d'incidence du TSPT atteignant 39% dans un échantillon d'enfants abusés physiquement âgés de 5 à 10 ans (Famularo, Fenton et Kinscherff, 1993) et de 54% dans un échantillon d'enfants et d'adolescents ayant été victimes d'abus sexuel (McLeer, Deblinger, Henry et Orvaschel, 1992). Bien qu'aucune étude n'ait porté sur la relation spécifique entre la négligence et les symptômes traumatiques à l'enfance, celle-ci est cependant considérée par certains comme étant une des formes les plus sévères de traumatismes (De Bellis, 2005 ; Schore, 2001). Le fait d'être laissé seul ou de ne pas avoir accès à un parent disponible provoquerait chez l'enfant un sentiment de stress intense, une peur de l'abandon ou encore un sentiment d'impuissance pouvant être vécu de façon très traumatisante. Notons cependant qu'une relation entre négligence à l'enfance et TSPT a été observé à l'âge adulte (Widom, 1999). En fait, de nombreuses études rétrospectives menées auprès de populations cliniques ont observé la présence de symptômes traumatiques à l'âge adulte en lien avec l'expérience d'abus physique, d'abus sexuel ou de négligence dans l'enfance (Widom, 1999, Spitzer, 2001, Mclean et Gallop, 2003; Rowan, Foy, Rodriguez et Ryan, 1994).

Malgré la prévalence élevée du TSPT chez les enfants maltraités, une majorité d'entre eux ne rencontre pas les critères pour obtenir le diagnostic du trouble de stress post-traumatique (Kiser, Heston, Millsap et Pruitt, 1991). Ce constat suggère que certains facteurs contribueraient à prévenir le développement de symptômes traumatiques chez les enfants maltraités. D'autre part, certaines études ont observé que, chez des enfants exposés à un traumatisme, certaines caractéristiques maternelles et relationnelles augmentaient le risque de développer des symptômes traumatiques. Dans une étude menée auprès de 100 enfants abusés sexuellement âgés de 7 à 13 ans, Deblinger, Steer et Lippman (1999) ont observé que les comportements maternels provoquant de l'anxiété et de la culpabilité étaient liés à plus de symptômes traumatiques chez des enfants victimes d'abus sexuels. Famularo, Kinscherff et Fenton (1992) ont pour leur part observé que les enfants maltraités, dont la mère présentait elle-même un diagnostic de TPST, avaient un risque plus élevé de présenter un trouble de stress post-traumatique. D'autres auteurs (Bogat, DeJonghe, Levendosky, Davidson et von Eye ; 2006) rapportent pour leur part une relation entre les symptômes traumatiques de la mère et ceux de l'enfant dans un contexte de violence conjugale sévère. Enfin, diverses études ayant été menées auprès d'enfants victimes d'un traumatisme autre que la maltraitance ou la violence conjugale (attaque par un chien, réfugiés de guerre, déplacement en raison d'une attaque armée) rapportent un effet positif de la qualité du soutien parental (Rossman, Bingham et Emde, 1997) et un effet négatif des symptômes traumatiques de la mère sur les symptômes traumatiques de l'enfant (Sack, Clarke et Seeley, 1995 ; Laor, Wolmer, Mayes et Gershon, 1997).

Les résultats de ces études démontrent l'importance de considérer les caractéristiques psychologiques du parent et la qualité de la relation mère-enfant pour mieux expliquer la prévalence des symptômes traumatiques chez les enfants victimes de maltraitance. Ils suggèrent, d'une part, qu'une relation positive avec la mère pourrait constituer un effet protecteur prévenant le développement de symptômes traumatiques en lien avec la situation de maltraitance. D'autre part, ces résultats suggèrent que les symptômes traumatiques maternels pourraient constituer un risque supplémentaire au développement d'un trouble de stress post-traumatique chez les enfants maltraités. Dans la prochaine section, nous discutons des mécanismes psychologiques pouvant expliquer les liens entre la qualité de la relation mère-enfant, les symptômes traumatiques maternels et les symptômes traumatiques de l'enfant.

Relation mère-enfant et symptômes traumatiques de l'enfant

C'est dans un contexte relationnel que se développent les divers systèmes de gestion du stress (Schoore, 2001). Selon la théorie de l'attachement, le parent est considéré comme une base de sécurité affective qui, dès la première année, permettra à l'enfant de faire face aux diverses situations de stress (Bowlby, 1969/1980). L'accès à un parent sensible, interprétant correctement et répondant adéquatement aux signaux de détresse ou d'inconfort de son enfant, permettra à ce dernier de retrouver un état de bien-être et de sécurité affective (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978). Ces expériences répétées et positives favoriseront le développement chez l'enfant de capacités

d'autorégulation émotionnelle (Tronick, 1989). Ce passage progressif d'une régulation externe à une régulation interne des émotions fera en sorte que l'enfant modulera avec flexibilité ses émotions en fonction des divers stressseurs sociaux et non sociaux.

L'exposition à un stress entraîne diverses réactions psychobiologiques telles que l'augmentation du rythme cardiaque, de l'hypervigilance, l'activation des systèmes liés à la gestion du stress impliquant l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, le corps calleux, l'hippocampe et l'amygdale dont l'objectif est de permettre de faire face à cette situation de stress (De Bellis 2001, 2005). Lorsque le stress devient traumatisme, différents mécanismes psychologiques sont mis en place afin de maintenir hors de la conscience les émotions trop intenses et la peur extrême associées au traumatisme. Ces mécanismes ont pour fonction adaptative de préserver une certaine intégrité psychologique. Les contenus, les informations et les souvenirs relatifs au traumatisme ne sont donc pas intégrés à la mémoire autobiographique de l'enfant, ce qui rend plus difficile, par exemple, leur remémoration et leur évocation volontaire. L'incapacité pour l'enfant de réorganiser mentalement ces informations le place dans une situation où il risque de développer, notamment, les symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance (Lyons-Ruth et Block, 1996).

Dans les situations de traumatismes relationnels chroniques telles que la maltraitance, les systèmes impliqués dans la gestion du stress sont particulièrement altérés et risquent d'affecter gravement le développement des processus de régulation

émotionnelle et comportementale chez l'enfant (De Bellis, 2001 ; 2005). Puisque la capacité de l'enfant à réagir adéquatement face au stress dépend grandement de la capacité de la figure d'attachement à diminuer ou à contrer les effets liés au stress (Lyons-Ruth, Bronfman et Atwood, 1999), l'accès à une mère réconfortante et sécurisante pourrait favoriser l'intégration et la réorganisation des informations, contenus et émotions associés à l'expérience terrifiante et le retour à un état de sécurité affective. Ainsi, l'établissement, même temporaire, d'une relation sécurisante avec la mère pourrait prévenir, ou du moins modérer, les effets de la maltraitance sur les symptômes traumatiques de l'enfant.

Symptômes de stress post-traumatiques de la mère et symptômes traumatiques de l'enfant

Les travaux effectués dans le courant de la théorie de l'attachement ont démontré, en lien avec l'expérience de stress intense vécu par la mère (deuil, expérience d'abus dans l'enfance), que la non résolution ou la non intégration d'un traumatisme contribuent aux difficultés observées dans la relation mère-enfant (Main et Hesse, 1990 ; Hesse et Main, 2006 ; Schuengel, van Ijzendoorn, Bakermans Hranenburg et Bloom, 1997). Les théoriciens de l'attachement utilisent l'expression « état d'esprit non résolu à l'égard d'un deuil ou d'une perte » pour faire référence à ces mères qui n'ont pu intégrer l'expérience traumatique. Divers auteurs intéressés par l'état d'esprit non résolu font d'ailleurs référence à certains des processus impliqués dans le TSPT pour expliquer

l'impact de l'état de l'esprit de la mère sur le développement des habiletés d'autorégulation émotionnelle de l'enfant (Main et Hesse, 1990; Lyons-Ruth et Block, 1996). En accord avec ceux-ci, nous suggérons que la présence de symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance chez la mère pourraient interférer avec son rôle régulateur comme figure d'attachement qui permet à l'enfant de faire face aux diverses situations de stress.

Les symptômes d'intrusion étant généralement caractérisés par la réexpérience involontaire et soudaine de l'événement traumatique (le plus souvent déclenchée par un indice associé à cet événement), l'événement traumatique auquel l'enfant est exposé pourrait évoquer les propres souvenirs traumatiques de la mère et faire ressurgir les sentiments de peur et d'anxiété qui y sont associés. L'attention de la mère serait alors tournée vers ses propres peurs ce qui, en plus de la rendre non disponible pour soutenir son enfant en situation de stress intense et en favoriser l'intégration, la conduirait à adopter ce que Main et Hesse (1990) qualifient de comportements apeurants et apeurés. Il y aurait transmission de la mère vers l'enfant de ces sentiments de peur et d'anxiété pouvant éventuellement se manifester sous la forme d'hypervigilance chez l'enfant.

Un élément nécessaire à l'intégration de contenus traumatiques réside dans la possibilité de pouvoir parler librement de ces événements afin de permettre une meilleure appropriation de ceux-ci à l'histoire personnelle (Bowlby, 1980). Les efforts déployés par la mère pour éviter tout stimulus pouvant évoquer ses propres traumatismes

pourraient donc interférer dans le processus de co-régulation émotionnelle nécessaire à l'intégration d'un événement traumatique chez l'enfant. Alors que les symptômes d'intrusion chez la mère auraient pour conséquence de centrer son attention sur sa propre expérience, l'évitement entraînerait plutôt un détournement de l'attention de tout contenu traumatique. L'enfant apprendrait de cette expérience qu'il est préférable d'éviter tout contenu, émotions ou discours en lien avec le traumatisme.

Objectifs de l'étude

Bien que des études aient observé que certaines caractéristiques de la relation mère-enfant puissent être associées aux symptômes traumatiques chez l'enfant, aucune n'a utilisé une mesure observationnelle de la qualité de relation mère-enfant afin d'évaluer si une relation positive pouvait modérer la relation entre l'exposition à un traumatisme chronique et la présence de symptômes traumatiques chez les enfants. De plus, bien qu'un certain nombre d'études aient inclu les symptômes traumatiques de la mère, très peu ont utilisé un groupe de comparaison afin de vérifier, par l'utilisation d'une procédure statistique, l'effet modérateur des symptômes traumatiques de la mère. Dans cette étude, nous proposons d'évaluer l'effet modérateur de la qualité de la relation mère-enfant et des symptômes traumatiques maternels sur le développement de symptômes traumatiques chez des enfants d'âge préscolaire victimes de maltraitance. Nos hypothèses particulières sont 1) que l'effet de la maltraitance sur les symptômes traumatiques de l'enfant sera moindre chez les dyades où la qualité de la relation est

élevée en comparaison avec celles où la qualité de la relation est plutôt faible et 2) qu'il y aura un effet plus important de la maltraitance sur les symptômes traumatiques de l'enfant dans les dyades mère-enfant où la mère présente elle-même des symptômes traumatiques en comparaison avec celles où la mère ne présente pas de symptômes traumatiques. Nous voulons également confirmer, à l'instar des études antérieures, a) que les enfants maltraités présenteront plus de symptômes traumatiques que les enfants non maltraités, b) que la qualité de la relation mère-enfant sera moins élevée dans les dyades maltraitantes et c) que les mères d'enfants maltraités présenteront plus de symptômes traumatiques que les mères d'enfants non maltraités.

Les symptômes traumatiques chez l'enfant ont été évalués dans deux contextes distincts, soit à la maison et en milieu extra familial. À cet égard, nous avons observé, dans un précédent article portant sur le même échantillon, une différence dans la perception des symptômes traumatiques de l'enfant selon que le répondant soit la mère de l'enfant ou son éducatrice (Milot, Éthier, St-Laurent et Provost, en préparation). Les résultats obtenus ont démontré que les éducatrices percevaient plus de symptômes traumatiques chez les enfants maltraités que les enfants non maltraités, alors qu'il n'y avait pas de différence entre les deux groupes lorsque les symptômes étaient évalués par les mères des enfants. Ces résultats suggèrent que les manifestations de symptômes traumatiques peuvent diverger d'un contexte à un autre. Si tel est le cas, il est possible que les mécanismes qui mènent à l'expression de ces symptômes divergent également, ce qui pourrait impliquer que la qualité de la relation mère-enfant et les symptômes

traumatiques maternels aient un effet différent selon que les symptômes traumatiques de l'enfant sont évalués par la mère ou par l'éducatrice.

Méthode

Participants

L'échantillon initial est composé de 77 enfants non maltraités (41 garçons; âge moyen : 59 mois) et de 34 enfants maltraités (19 garçons; âge moyen : 60 mois) provenant tous d'un milieu socio-économique défavorisé. L'échantillon est issu d'une population francophone provenant d'une région semi-urbaine et rurale. Les enfants maltraités ont été recrutés auprès des services de la protection de la jeunesse de la région de la Mauricie/Centre-du-Québec et recevaient tous, au moment de l'étude, des services pour maltraitance. De plus, chacun vivait avec sa mère au moment de l'étude et fréquentait un service de garde ou la maternelle. Les enfants non maltraités ont été recrutés auprès du Centre local de services communautaires, de Centres de la petite enfance (garderies) et d'écoles de la région. Une vérification effectuée auprès des mères des enfants non maltraités a permis d'obtenir l'information à savoir si l'enfant avait déjà reçu des services de la protection de la jeunesse antérieurement. Deux d'entre eux ayant déjà reçu de tels services, ils ont été retirés de l'échantillon. Aucun autre enfant du groupe contrôle ne recevait, ou n'avait reçu antérieurement, de services pour

maltraitance. Cependant, pour s'assurer que les enfants du groupe contrôle n'étaient pas victimes de sévices non dépistés par les services de protection, nous avons demandé aux mères des enfants non maltraités de remplir le *Parent-Child Conflict Tactic Scale* (Strauss, 1998), un questionnaire évaluant les moyens de résolution de conflits utilisés par les adultes de la maison lors d'un conflit survenu avec l'enfant. Onze mères rapportent qu'un adulte de la maison a fait usage de violence sévère (ex : frapper avec un bâton, donnée une râclée) envers l'enfant au cours des 12 derniers mois. Ces 11 enfants représentent un groupe à risque et ont été retirés de l'échantillon. D'une part, ils se distinguent des enfants non maltraités parce qu'ils ont vécu au moins un épisode d'abus physique. D'autre part, bien qu'ils aient été victimes de violence sévère au cours de la dernière année, le CTSPC fournit très peu d'informations en comparaison de l'investigation effectuée par les Centres jeunesse et rien ne nous permet d'affirmer que leur situation est semblable à celle des enfants maltraités. La décision de retirer ces enfants à risque permettra une plus grande homogénéité à l'intérieur de chacun des groupes. Enfin, 10 autres enfants ont été retirés de l'échantillon en raison du fait que la collecte des données relatives à la qualité de la relation mère-enfant n'était pas terminée lors de l'analyse des résultats. À noter qu'il n'y avait aucune différence significative entre les enfants retirés de l'étude et le reste de l'échantillon sur l'ensemble des variables sociodémographiques mesurées dans cette étude.

L'échantillon final est donc composé de 58 enfants non maltraités (33 garçons; âge moyen : 59 mois) et de 30 enfants maltraités (16 garçons; âge moyen : 60 mois). Les

deux groupes ainsi constitués ne se distinguent pas quant à la proportion de garçons et de filles, l'âge des enfants, la proportion de mères sur la sécurité du revenu et du nombre d'enfants dans la famille (voir le tableau 1). Les mères d'enfants maltraités ont cependant un niveau de scolarité significativement moins élevé que les mères d'enfants non maltraités, étaient moins âgées lors de la naissance de leur premier enfant et font plus souvent partie d'une famille biparentale.

Insérer le tableau 1 ici

Procédure

Les dyades mère-enfant ont été rencontrées à deux reprises, lors d'une visite à domicile et d'une visite en laboratoire. La visite à domicile a permis de recueillir, par le moyen de questionnaires remplis par la mère, les informations sur les caractéristiques sociodémographiques de la famille et les symptômes traumatiques de l'enfant. La visite en laboratoire comporte deux parties. Une première partie de cette visite est composée de diverses activités de collaboration dyadique mère-enfant et se termine par une période de collation filmée d'une durée de 10 minutes. Au cours de la collation, la mère et l'enfant ne reçoivent aucune instruction particulière et sont libres d'agir comme ils le veulent. Une fois ces activités terminées, l'évaluation continue individuellement pour la mère et

l'enfant. Au cours de cette période, la mère doit répondre à divers questionnaires administrés sous forme d'entrevue permettant de récolter les informations sur la résolution de conflits parents-enfant et sur les symptômes traumatiques maternels. Pendant ce temps, l'enfant demeure en compagnie d'une éducatrice qui lui administre diverses tâches d'évaluation. Enfin, la collaboration de l'éducatrice de l'enfant à l'école ou à la garderie est également sollicitée afin de recueillir sa perception des symptômes traumatiques de l'enfant. Celle-ci doit remplir un questionnaire et le retourner par la poste.

Mesures

Questionnaire sociodémographique. Il s'agit d'un questionnaire récoltant les principales informations concernant les caractéristiques sociodémographiques de la famille : sexe et âge de l'enfant, nombre d'enfants dans la famille, statut matrimonial de la mère, emploi de la mère et revenu familial, niveau de scolarité de la mère.

Parent-Child Conflict Tactic Scale (CTSPC ; Strauss, 1998). Le CTSPC est un questionnaire de 20 énoncés évaluant les moyens de résolution de conflits utilisés par des adultes de la maison lors d'un conflit survenu avec l'enfant. La mère doit répondre à chacun des énoncés en spécifiant la fréquence avec laquelle la stratégie de résolution avait été utilisée au cours de la dernière année. Le CTSPC contient quatre échelles : résolution positive, agression psychologique, punition corporelle et violence physique

sévère. Dans cette étude, le CTSPC a été utilisé afin de dépister les enfants ayant été victimes d'au moins un épisode de violence physique sévère au cours de la dernière année (par exemple : donner une râclée à l'enfant, a saisi l'enfant par le cou et lui a serré la gorge) à au moins une occasion au cours de la dernière année afin de les exclure de l'échantillon. Le CTSPC est un instrument utile pour identifier la présence de mauvais traitements dans la population générale (Strauss et al., 1998).

Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC; Briere, 2001). Le TSCYC est un questionnaire de 90 énoncés évaluant les symptômes traumatiques des enfants en lien avec des expériences d'abus et de traumatismes et les difficultés qui y sont fréquemment associées. Dans le cadre de cette étude, seuls les 27 items composant les échelles associées aux trois principales manifestations du diagnostic du trouble de stress post-traumatique ont été utilisés (intrusion, évitement et hypervigilance ; DSM-IV, 1994). Le TSCYC possède également une échelle globale de symptômes traumatiques composée de la somme totale des échelles d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance. Ce questionnaire a été rempli par la mère et l'éducatrice de l'enfant qui devaient répondre à chacun des énoncés sur une échelle de 1 à 4, où 1 correspond à « jamais » et 4 à « toujours ». Le score obtenu à chacune des échelles est ensuite transformé en score standardisé (scores T) basé sur le sexe et l'âge de l'enfant. Le TSCYC possède d'excellentes qualités psychométriques (Briere et al., 2001 ; Gilbert, 2004). Pour cette étude, les indices de cohérence interne (alpha de Cronbach) sont, pour les versions mère

et éducatrice respectivement, de 0,71 et 0,81 pour l'intrusion, de 0,69 et 0,78 pour l'évitement et de 0,72 et 0,83 pour l'hypervigilance.

Grille d'interaction dyadique (Moss, Rousseau, Parent, St-Laurent et Saintonge, 1998 ; Moss, St-Laurent, Cyr et Humbert, 2000). La *Grille d'interaction dyadique* permet d'évaluer la qualité de la relation mère-enfant au cours de la collation. Cette grille est composée de 8 sous-échelles reflétant diverses dimensions des interactions mère-enfant (coordination, communication, rôle, expression émotionnelle, sensibilité/réponses appropriées, tension/relaxation, humeur et plaisir) et d'une échelle reflétant la qualité globale du partenariat. Chaque dimension est évaluée sur une échelle de 1 à 7 où 1 – 3 signifient le présence d'interactions dysfonctionnelles dans la dyade et un score de 4 ou plus révèle une relation adéquate. Chaque score sur les échelles représente des caractéristiques des dyades. Voici, à titre d'exemple, les caractéristiques de scores propres à l'échelle globale : 1) interactions caractérisées par de la peur ou une grande dépendance, renversement de rôle entre la mère et l'enfant et conflits intenses, 3) interactions froides et instrumentales, 5) présence de réciprocité et de flexibilité malgré quelques différents et 7) qualité optimale où la relation est réciproque et synchronisée). L'encodage est effectué lors du visionnement sur bandes vidéo de la collation par deux expérimentatrices entraînées qui ignorent le groupe d'appartenance et la provenance des enfants. Étant donné les corrélations fortement élevées entre l'échelle globale et chacune des huit dimensions ($r = .89$ à $r = .94$), seule l'échelle globale a été conservée pour les analyses. Des accords interjuges ont été effectués sur 20% de l'échantillon. Le degré

d'accord inter juges pour l'échelle globale à plus ou moins un point d'écart est de 100%. Des études précédentes ont permis de démontrer la validité de construit de cette grille en observant des différences dans les patrons d'interactions mère-enfant selon que l'enfant a un attachement organisé ou désorganisé (Cyr et Moss, 2001). De plus, les résultats obtenus à la grille permettent également de prédire les troubles de comportement et la performance scolaire chez l'enfant (Moss et al., 2000).

Trauma Symptom Inventory (TSI, Briere, 1995). Le TSI est un questionnaire composé de 100 items évaluant la présence de symptômes associés à un traumatisme chez l'adulte. Il est constitué de 10 échelles reflétant l'ensemble des symptômes associés à un traumatisme. Cependant, tout comme pour le TSCYC, seules les échelles reliées aux critères du TSPT (DSM-IV, 1994) ont été conservées (intrusion, évitement et hypervigilance). La validité et la fidélité du TSI ont été démontrées auprès de populations normale et clinique (Briere, Elliott, Harris et Cotman, 1995). Pour cette étude, les indices de cohérence interne (alpha de Cronbach) sont de 0,88 pour l'intrusion, de 0,82 pour l'évitement et de 0,87 pour l'hypervigilance.

Résultats

Analyses préliminaires

Nous avons d'abord examiné les interrelations entre les trois sous-échelles et l'échelle globale des versions mère et éducatrice du TSCYC afin de vérifier la concordance entre les deux répondants. Les résultats révèlent que seule l'échelle d'hypervigilance varie de façon similaire chez les deux répondants (voir le tableau 2). Les deux versions du questionnaire seront donc traitées séparément. Étant donné, d'une part, les corrélations modérées à élevées entre les différentes sous-échelles d'une même version du questionnaire (entre $r = 0,35$ à $r = 0,57$ pour le TSCYC-Mère et entre $r = 0,48$ à $r = 0,63$ pour le TSCYC-Éducatrice ; voir le tableau 2) et, d'autre part, les corrélations élevées entre chacune des sous-échelles et l'échelle globale d'une même version (entre $r = 0,69$ à $r = 0,86$ pour le TSCYC-Mère et entre $r = 0,74$ à $r = 0,90$ pour le TSCYC-Éducatrice), les analyses subséquentes porteront uniquement sur l'échelle globale des versions mère et éducatrice du TSCYC.

Insérer le tableau 2 ici

Nous avons également examiné les interrelations entre les trois sous-échelles de symptômes traumatiques maternels – intrusion, évitement et hypervigilance - afin d'évaluer si elles étaient corrélées les unes avec les autres. Les analyses révèlent des corrélations modérées à élevées entre les différentes sous-échelles (voir le tableau 3). En conséquence, nous avons calculé un score unique de symptômes traumatiques maternels. Ce score a été calculé en effectuant la moyenne des scores T obtenus à chacune des sous-échelles. Les corrélations entre chaque sous-échelle du TSI et le nouveau score calculé sont de $r = 0,85$ pour l'intrusion, $r = 0,86$ pour l'évitement et $r = 0,86$ pour l'hypervigilance.

Insérer le tableau 3 ici

Enfin, nous avons examiné les interrelations entre les variables sociodémographiques et les variables à l'étude afin d'identifier les covariables à inclure comme variables contrôles dans les analyses. Ces interrelations sont présentées sous la forme d'une matrice de corrélations dans le tableau 4. Les résultats révèlent que la qualité de la relation mère-enfant est positivement associée avec le nombre d'enfants dans la famille, le niveau de scolarité de la mère et l'âge de la mère à la naissance du premier enfant. Les symptômes traumatiques maternels sont positivement corrélés avec le fait de vivre en famille monoparentale. Les symptômes traumatiques de l'enfant tels que rapportés par la

mère varient significativement en fonction du sexe de l'enfant, les filles présentant plus de symptômes traumatiques tels que rapportés par la mère que les garçons. Enfin, les symptômes traumatiques tels que rapportés par l'éducatrice sont négativement corrélés avec l'âge de l'enfant et le fait d'être issu d'une famille monoparentale. Les diverses analyses portant sur les variables à l'étude seront effectuées en contrôlant pour les variables sociodémographiques respectivement associées à chacune de ces variables.

Insérer le tableau 4 ici

Maltraitance et symptômes traumatiques chez l'enfant

L'analyse de covariance ne révèle aucune différence entre les enfants maltraités et non maltraités quant au total de symptômes traumatiques rapportés par la mère (voir le tableau 5). Les enfants maltraités présentent cependant significativement plus de symptômes traumatiques tels que rapportés par l'éducatrice.

Maltraitance, relation mère-enfant et symptômes traumatiques maternels

Les résultats des analyses de covariance indiquent que la qualité de la relation mère-enfant est significativement plus faible chez le groupe d'enfants maltraités (voir le

tableau 5). Il n'y a pas de différence entre les mères d'enfants maltraités et les mères d'enfants non maltraités quant au nombre de symptômes traumatiques maternels rapportés.

Insérer le tableau 5 ici

Analyses de modération

Afin d'évaluer les rôles modérateurs de la qualité de la relation mère-enfant et des symptômes traumatiques maternels dans l'association entre la maltraitance et les symptômes traumatiques de l'enfant, nous avons effectué des analyses de régression selon la procédure établie par Baron et Kenny (1986). Les analyses ont été effectuées séparément pour l'échelle totale de symptômes traumatiques de l'enfant tels que rapportés par la mère et ceux rapportés par l'éducatrice. Les variables modératrices ont été centrées à la moyenne afin de minimiser tout risque de multicollinéarité. Les variables contrôles, lorsque nécessaire, ont été incluses dans une première étape avec le statut de la maltraitance et les variables modératrices potentielles. Les termes d'interactions Maltraitance X Qualité de la relation mère-enfant et Maltraitance X Symptômes traumatiques maternels ont été ajoutés lors d'une seconde étape afin de tester si l'ajout de ceux-ci augmentait de façon significative la variance expliquée.

Symptômes traumatiques de l'enfant tels que rapportés par la mère. Les résultats de la première étape révèlent un effet significatif du sexe de l'enfant sur l'échelle totale de symptômes traumatiques de l'enfant, les filles manifestant plus de symptômes traumatiques que les garçons (voir le tableau 6). Il y a également une relation positive significative entre les symptômes traumatiques maternels et ceux observés chez l'enfant. Il n'y a cependant pas d'effet du statut de la maltraitance et de la qualité de la relation mère-enfant. Les résultats de la deuxième étape indiquent que l'ajout des termes d'interactions augmente de façon significative la variance expliquée et révèlent un effet modérateur de la qualité de la relation mère-enfant uniquement. Afin de mieux comprendre l'effet d'interaction observé, nous avons effectuées l'analyse de effets simples selon la procédure proposée par Aiken et West (1982) et nous avons inclus le sexe de l'enfant et les symptômes traumatiques maternels comme variables contrôles (voir le tableau 7). Les analyses des effets simples révèlent que, dans les dyades où la qualité de la relation mère-enfant est élevée, les enfants maltraités présentent significativement plus de symptômes traumatiques tels que rapportés par la mère que les enfants non maltraités. Il n'y a cependant pas de différence entre les enfants maltraités et non maltraités lorsque la qualité de la relation mère-enfant est faible.

Insérer les tableaux 6 et 7 ici

Symptômes traumatiques de l'enfant tels que rapportés par l'éducatrice. Les résultats de l'analyse de régression effectuée sur les symptômes traumatiques de l'enfant rapportés par l'éducatrice révèlent un effet significatif du statut de monoparentalité, de l'âge de l'enfant et du statut de maltraitance sur le total de symptômes traumatiques chez l'enfant rapportés par l'éducatrice (voir le tableau 8). Les enfants issus de familles biparentales présentent plus de symptômes que ceux issus de familles monoparentales. Les manifestations de symptômes traumatiques diminuent significativement avec l'âge. Enfin, les enfants maltraités présentent plus de symptômes traumatiques tels que perçu par l'éducatrice que les enfants non maltraités. L'ajout des termes d'interactions n'augmente pas la variance expliquée de façon significative. Il n'y a donc aucun effet modérateur de la qualité de la relation mère-enfant et des symptômes traumatiques maternels sur la relation entre la maltraitance et les symptômes traumatiques chez l'enfant tels que rapportés par l'éducatrice.

Insérer le tableau 8 ici

Discussion

Cette étude avait pour objectif général d'évaluer le rôle modérateur de la qualité de la relation mère-enfant et des symptômes traumatiques maternels sur le développement de symptômes traumatiques de l'enfant. Avant de procéder aux analyses de modération, nous avons d'abord vérifié la présence de symptômes traumatiques chez les enfants maltraités. Nous avons ensuite comparé la qualité de la relation mère-enfant chez les dyades d'enfants maltraités et non maltraités. Nous avons également vérifié la présence de symptômes traumatiques chez la mère. Les résultats sont partiellement en accord avec ceux d'études précédentes qui révèlent la présence de symptômes traumatiques chez les enfants maltraités (Adam, Everett et O'Neal, 1992 ; McLeer et al., 1998). Alors que les éducatrices rapportent une symptomatologie traumatique significativement plus élevée chez le groupe d'enfants maltraités, il n'y a pas de différence entre les deux groupes quant aux symptômes traumatiques rapportés par les mères. De plus, il y a très peu de correspondance entre les symptômes traumatiques chez l'enfant tels que rapportés par la mère et ceux rapportés par l'éducatrice. Ces résultats soulignent l'intérêt d'avoir plus d'un répondant pour bien évaluer l'adaptation psychosociale des enfants maltraités. D'une part, il semble que les manifestations traumatiques associées à la maltraitance peuvent varier selon le contexte de vie de l'enfant et selon le point de vue de l'observateur. D'autre part, il est possible que les mécanismes menant à l'expression de symptômes traumatiques soient spécifiques en fonction du contexte dans lesquels ils sont observés.

Dans notre étude, l'utilisation de la collation - une situation de la vie quotidienne - comme contexte d'observation a fourni un cadre écologique pertinent pour mieux comprendre la nature des interactions au sein des familles maltraitantes. Les résultats indiquent un niveau plus élevé d'interactions mère-enfant dysfonctionnelles dans le groupe d'enfants maltraités. En effet, les comportements de peur, de renversements de rôles de ou de retrait de la part de la mère tels qu'évalués par la grille d'interactions dyadiques caractérisent davantage les dyades maltraitantes alors que la réciprocité, les échanges chaleureux et les manifestations de sensibilité maternelle sont davantage observées dans le groupe d'enfants non maltraités. Ces résultats sont en accord avec les constats de quelques études antérieures qui démontrent que la maltraitance est le plus souvent caractérisée par des dysfonctions extrêmes dans la relation parent-enfant où les interactions sont davantage marquées par des comportements d'hostilité et de retrait de la part du parent (Bouscha et Twentyman; 1984, Alessandri, 1992 ; Lyons-Ruth, Connell et Zoll, 1987). À notre connaissance, malgré l'importance et la pertinence de mieux comprendre les dynamiques relationnelles qui prévalent au sein des familles maltraitantes, le nombre d'études empiriques ayant porté sur la qualité de la relation mère-enfant dans un contexte de maltraitance demeure encore assez restreint.

Les mères d'enfants maltraités ne révèlent pas avoir plus de symptômes traumatiques que les mères d'enfants non maltraités. Ce résultat est à priori étonnant compte tenu de l'importance accordée dans les écrits scientifiques au rôle des traumatismes dans le processus de la transmission intergénérationnelle de la (Egeland et Susman-Stillman,

1996 ; Main et Hesse, 1990 ; Lyon-Ruth et al, 2003). En fait, les mères des deux groupes rapportent très peu de symptômes en lien avec un événement traumatique, les scores T moyens des groupes oscillant autour de 50 aux trois échelles du TSI, ce qui indique qu'elles ne se distinguent pas de la moyenne de la population générale. De plus, les analyses de modération ne révèlent aucun effet des symptômes traumatiques maternels sur la variation dans les symptômes traumatiques observés chez les enfants maltraités. Ces résultats vont à l'encontre de ceux de précédentes études qui démontrent une augmentation des symptômes traumatiques de l'enfant en présence de symptômes maternels chez des enfants exposés à un stress intense (Sack et al., 1995 ; Laor et al., 1997). L'ensemble de ces résultats sur les traumatismes maternels soulève la question de la validité des observations recueillies auprès des mères maltraitantes, en particulier des informations portant sur leur propre fonctionnement psychosocial. La validité des informations recueillies par questionnaire auprès de mères maltraitantes a d'ailleurs été mise en cause par d'autres chercheurs (Carr, Moretti et Cue, 2005) qui rapportent des taux particulièrement élevés de désirabilité sociale (« faking good ») auprès de ces échantillons. Bien qu'elles soient moins économiques, l'utilisation d'entrevues cliniques semi structurées telles que l'Entrevue de l'Attachement Adulte ou le Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) pourrait constituer une solution alternative garantissant une meilleure validité des résultats.

Dans cette étude, nous avons émis l'hypothèse qu'une relation positive mère-enfant pouvait avoir un effet protecteur sur le développement de symptômes traumatiques chez

les enfants maltraités. Bien que les résultats confirment l'hypothèse d'un effet modérateur de la qualité de la relation mère-enfant sur les symptômes traumatiques de l'enfant tels que rapportés par la mère, la tendance observée dans les résultats n'est pas dans la direction attendue. Contrairement à ce qui était attendu, nos résultats indiquent que, chez les enfants maltraités, une qualité élevée de la relation mère-enfant est associée à un niveau plus élevé de symptômes traumatiques tels que rapportés par la mère. Diverses hypothèses sont avancées pour expliquer ce résultat. Rappelons d'abord que la qualité de la relation mère-enfant a été évaluée au moyen d'une grille d'interaction dyadique qui informe sur le niveau de co-régulation émotionnelle de la dyade. Or, une majorité de dyades maltraitantes a obtenu un score global inférieur à 4 (moyenne = 2,7) sur un total possible de 7 indiquant la présence d'interactions mère-enfant dysfonctionnelles. Ainsi, bien que certaines mères d'enfants maltraités puissent démontrer un niveau relativement adéquat de sensibilité maternelle (score de 4 ou 5) à l'égard de l'enfant, le degré de sensibilité manifesté n'est peut-être pas optimal (optimal pouvant être considéré comme 6 ou 7), et donc pas suffisant pour agir comme facteur de protection et prévenir l'apparition de symptômes traumatiques chez l'enfant. Il est possible que les mères des dyades obtenant un score de 4 ou 5 à l'échelle d'interaction dyadique, bien qu'elles échouent dans leur rôle de réguler les émotions de stress chez l'enfant, soient tout de même plus attentives et sensibles aux manifestations de symptômes traumatiques chez leur enfant que celles ayant obtenu un score de 1 ou 2 pour la qualité de l'interaction dyadique. La relation significative positive entre la qualité de la relation mère-enfant et l'échelle totale de symptômes traumatiques pourrait peut-

être s'expliquer par le fait que les mères dont la dyade obtient un score de 3 ou plus seraient de meilleures observatrices des difficultés chez leurs enfants, et non pas être indicative d'un niveau plus élevé de symptômes traumatiques chez ces enfants. Enfin, il faut considérer le fait que le rôle de la mère en tant que régulateur de stress chez l'enfant peut varier considérablement d'une famille maltraitante à l'autre selon que la mère est le principal abuseur de l'enfant, la victime d'un conjoint ou simplement le témoin des sévices infligés à l'enfant.

Une hypothèse alternative pour expliquer ce résultat inattendu a trait au contexte d'observation. La qualité de la relation mère-enfant, telle qu'évaluée dans cette étude, est un construit dyadique qui repose sur les comportements de la mère, de l'enfant et la nature des interactions entre ceux-ci. Bien qu'il s'agisse d'une mesure valide fournissant des indices pertinents de la qualité de la relation mère-enfant (Moss et al., 2000), cette évaluation est basée sur l'observation des patrons interactionnels durant une période de collation qui est un contexte relativement « non stressant ». Il est donc possible que les résultats concernant la modération de la qualité de la relation mère-enfant auraient été différents si celle-ci avait été évaluée dans un contexte d'observation comportant un stress. Un contexte d'attention partagée où la mère doit remplir des questionnaires en même temps qu'elle doit veiller sur son enfant ou (Atkinson et al., 2005) encore une tâche dyadique plus structurée telle un contexte de rangement de jouets aurait pu susciter une tension davantage révélatrice des comportements maternels en situation de collaboration difficile. En ce sens, Schuengel et al. (1997) et Jacobvitz, Leon et Hazen

(2006) ont démontré que les mères ayant un «état d'esprit non résolu de type sécurisant» manifestent plus de comportements apeurants ou apeurés dans des situations dyadiques structurées que dans des contextes interactionnels non structurés.

Dans une étude future portant sur un plus vaste échantillon, il serait pertinent d'évaluer la qualité de la relation d'attachement mère-enfant (sécurisant, ambivalent, évitant et désorganisé) afin d'évaluer si l'attachement sécurisant, un construit dyadique basé sur l'évaluation de la corégulation émotionnelle en situation de stress (Ainsworth et al., 1978), peut réduire le risque de développer des symptômes traumatiques chez des enfants victimes de maltraitance. À cet égard, une étude s'intéressant à l'effet protecteur de l'attachement sécurisant chez des enfants maltraités a d'ailleurs observé que les enfants bénéficiant d'une relation sécurisante avec leur mère présentent moins de retard au niveau du développement langagier que leurs pairs maltraités ayant développé un attachement insécurisant à la mère (Beeghly et Cicchetti, 1996).

Nos résultats ont également démontré que la qualité de la relation mère-enfant ne modère pas la relation entre la maltraitance et l'échelle totale de symptômes traumatiques tels que rapportés par l'éducatrice. Ces résultats pourraient appuyer l'hypothèse énoncée ci haut que le niveau de sensibilité maternelle démontrée par les mères maltraitantes n'est pas suffisamment élevé pour contrer les effets traumatisants associés aux expériences de négligence et d'abus subies par l'enfant. Les éducatrices, qui évaluent les comportements de l'enfant dans un contexte extrafamilial, perçoivent donc

une quantité plus élevée de symptômes traumatiques chez les enfants maltraités, sans égard à la qualité de la relation mère-enfant.

Implications cliniques

Bien que les résultats de cette étude ne révèlent pas d'effet protecteur de la qualité de la relation mère-enfant sur le développement de symptômes traumatiques chez les enfants maltraités, ils suggèrent tout de même d'importantes pistes d'intervention à considérer. En l'occurrence, les résultats semblent avoir permis d'identifier un groupe de mères d'enfants maltraités qui, d'une part, se montrent plus adéquates lors d'une situation d'interactions dyadiques avec leur enfant et, d'autre part, semblent plus sensibles et davantage capables de détecter les difficultés d'adaptation chez leur enfant. La sensibilité maternelle est reconnue comme une variable clé dans plusieurs programmes d'intervention destinés aux familles à risque. Ces programmes sont axés, entre autres, sur l'acquisition de comportements maternels qui favorisent un développement adéquat chez l'enfant afin de maximiser les chances pour ce dernier de traverser avec succès les différentes tâches développementales (autonomie, respect des règles sociales, relation avec les pairs, etc.). Cependant, nos résultats suggèrent également que, bien qu'elle soit reconnue comme une importante variable en lien avec le développement de l'enfant, une relation positive à la mère n'est pas une condition suffisante pour assurer un développement sans difficultés chez les enfants victimes de mauvais traitements. Certaines caractéristiques personnelles de l'enfant (par exemple, le

tempérament et la vulnérabilité génétique face aux situations de stress) et de l'écologie familiale (par exemple la qualité de la relation père-enfant et la qualité du soutien social) sont également des facteurs d'influence potentiel qui devraient être considérés dans les études futures pour mieux comprendre pourquoi certains enfants maltraités sont plus à risque de développer des symptômes traumatiques.

Limites de l'étude

Cette étude comporte certaines limites à considérer dans l'interprétation des résultats. Une première limite repose sur le manque d'informations concernant la nature des mauvais traitements dont les enfants ont été victimes : type de mauvais traitements, durée, âge d'exposition, lien avec l'abuseur. Les conséquences de la maltraitance sur le développement pouvant varier en fonction des caractéristiques de celle-ci (Manly et al., 2001), il est possible, par exemple, que l'effet des variables modératrices à l'étude eût été différent selon que les mauvais traitements ont débuté ou non au cours de la première année de vie de l'enfant, ou qu'il s'agisse davantage de sévices de nature physique, sexuelle ou encore plus généralement de la négligence. Une autre limite provient du fait qu'aucune évaluation d'événements traumatisants autres que la maltraitance (exposition à la violence conjugale, violence dans la communauté, etc.) n'a été effectuée afin de vérifier que les manifestations traumatiques observées chez les enfants étaient bien liées à l'expérience de mauvais traitements et non pas les conséquences d'un contexte de traumatisme plus vaste.

En conclusion, les liens observés entre la maltraitance et les symptômes traumatiques ne sont pas clairs et dénotent la complexité du phénomène. La maltraitance recoupe de multiples réalités dont il serait important de tenir compte pour mieux comprendre les conséquences et les processus liés à la réaction traumatique. En effet, il se peut que les processus qui sont liés au développement de symptômes traumatiques chez l'enfant diffèrent en fonction de variables telles l'identité de l'abuseur (mère, père, ...) et le contexte plus large dans lequel s'inscrit la problématique de maltraitance (contextes familial, social, culturel,...). De plus, de récentes études cliniques menées auprès d'enfants traumatisés (Cook et al, 2005 ; van der Kolk, 2005 ; Lieberman, 2004) démontrent la pertinence d'élargir les critères d'évaluation pour une meilleure définition des manifestations cliniques liées aux traumatismes relationnels chroniques. Les critères habituels du trouble de stress post-traumatique – intrusion, évitement et hypervigilance - ne refléteraient qu'une partie des manifestations traumatiques observées auprès des enfants victimes de mauvais traitements. Ces auteurs proposent, entre autres, une évaluation plus exhaustive, touchant les différentes sphères du développement de l'enfant : relation d'attachement, régulation émotionnelle, comportementale et cognitive et autres manifestations plus pathologiques telles la dissociation.

Références

- Adam, B. S., Everett, B. L., & O'Neal, E. (1992). PTSD in physically and sexually abused psychiatrically hospitalized children. *Child Psychiatry and Human Development, 23*, 3- 8.
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.
- Alessandri, S. M. (1992). Mother-child interactional correlates of maltreated and nonmaltreated children's play behavior. *Development and Psychopathology, 42*, 257- 270.
- Association, A. P. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.
- 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 & Neglect, 30*, 109-125.
- Bousha, D. M., & Twentyman, C. T. (1984). Mother-child interactional style in abuse, neglect, and control groups: Naturalistic observations in the home. *Journal of Abnormal Psychology, 93*, 106-114.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss.

- Briere, J. (2001). *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and Psychological Assessment of Complex Posttraumatic States. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 401-412.
- Briere, J., Elliott, D. M., Harris, K., & Cotman, A. (1995). Trauma Symptom Inventory: Psychometrics and association with childhood and adult victimization in clinical samples. *Journal of Interpersonal Violence, 10*, 387-401.
- Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., et al. (2001). The trauma symptom checklist for young children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse & Neglect, 25*, 1001-1014.
- Carr, G. D., Moretti, M. M., & Cue, B. J. H. (2005). Evaluating Parenting Capacity: Validity Problems With the MMPI-2, PAI, CAPI, and Ratings of Child Adjustment. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 188-196.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., et al. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals, 5*, 390-398.
- Cyr, C., & Moss, E. (2001). Le rôle des interactions mère-enfant et de la dépression maternelle à l'âge préscolaire dans la prédiction de l'attachement de l'enfant à l'âge scolaire / The role of mother-child interactions and the maternal depression

during the preschool period in the prediction of the attachment of the child at school age. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33, 77-87.

- 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.
- De Bellis, M. D. (2005). The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreatment*, 10, 150-172.
- Deblinger, E., Steer, R., & Lippmann, J. (1999). Maternal factors associated with sexually abused children's psychosocial adjustment. *Child Maltreatment*, 4, 13-20.
- Egeland, B., & Susman Stillman, A. (1996). Dissociation as a mediator of child abuse across generations. *Child Abuse & Neglect*, 20, 1123-1132.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18, 309-343.
- Jacobvitz, D., Leon, K., & Hazen, N. (2006). Does expectant mothers' unresolved trauma predict frightened/frightening maternal behavior? Risk and protective factors. *Development and Psychopathology*, 18, 363-379.
- Kendall Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.

- Kiser, L. J., Heston, J., Millsap, P. A., & Pruitt, D. B. (1991). Physical and sexual abuse in childhood: Relationship with post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 776-783.
- Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L. C., & Gershon, A. (1997). Israeli preschool children under scuds: A 30-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 349-356.
- Lyons Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal, 17*, 257-275.
- Lyons Ruth, K., Bronfman, E., & Atwood, G. (1999). A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother-infant interaction. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 33-70). New York, NY: Guilford Press.
- Lyons Ruth, K., Connell, D.B. et Zoll-David, J.S. (1987). Infants at social risk : Relation among infant maltreatment, maternal behavior and infant attachment behavior. *Developmental Psychopathology, 23*, 223-232.
- 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? In M. T. Greenberg & D. Cicchetti (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). Chicago, IL: University of Chicago Press.

- McLean, L. M., & Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 160*, 369-371.
- McLeer, S. V., Deblinger, E. B., Henry, D., & Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 875-879.
- Merry, S. N., & Andrews, L. K. (1994). Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 939-944.
- Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St Laurent, D., & Saintonge, J. (1998). Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problems. *Child Development, 69*, 1390-1405.
- Moss, E., St-Laurent, D., Cyr, C., & Humber, N. (2000). L'attachement aux périodes préscolaires et scolaires et les patrons d'interaction parent-enfant. In G. M. Tarabulsky, S. Larose, D.R. Pederson & G. Moran. (Ed.), *Attachement et développement : Le rôle des premières relations dans le développement humain*. Sainte-Foy (Québec): Les Presses de l'Université du Québec.
- Osofsky, J. D. (Ed.). (2004). *Young children and trauma: Intervention and treatment*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Rossman, B. B. R., Bingham, R. D., & Emde, R. N. (1997). Symptomatology and adaptive functioning for children exposed to normative stressors, dog attack, and

- parental violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1089-1097.
- Rowan, A. B., Foy, D. W., Rodriguez, N., & Ryan, S. (1994). Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adults sexually abused as children. *Child Abuse & Neglect*, 18, 51-61.
- Sack, W. H., Clarke, G. N., & Seeley, J. (1995). Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1160-1166.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, Vol 22, 201-269.
- Schuengel, C., van Ijzendoorn, M. H., Bakermans Kranenburg, M. J., & Blom, M. (1997). Onverwerkt verlies, gedesorganiseerde gehechtheid en beangstigend opvoedersgedrag: Een vooronderzoek / Unresolved loss, disorganized attachment, and frightening parental behavior: A pilot-study. *Pedagogische Studien*, 74, 355-366.
- Scott, K. L., Wolfe, D. A., & Wekerle, C. (2003). Maltreatment and trauma: Tracking the connections in adolescence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 211-230.
- Spitzer, C., Dudeck, M., Liss, H., Orlob, S., Gillner, M., & Freyberger, H. J. (2001). Post-traumatic stress disorder in forensic inpatients. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12, 63-77.

- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect, 22*, 249-270.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatr, 148*, 10-20.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist, 44*, 112-119.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 35*, 401-408.
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused & Neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1223-1229.

Tableau 1

Variables sociodémographiques en fonction du statut de maltraitance

Variables	Enfants maltraités (N=30)		Enfants non- maltraités (N=58)		t (86)
	M	É-T	M	É-T	
Age de l'enfant (mois)	60	(8,0)	59	(6,9)	-0,5
Nombre d'enfants	2,7	(1,4)	2,2	(1,1)	-1,7
Scolarité de la mère	9,4	(2,1)	10,9	(2,6)	2,7**
Âge de la mère à la naissance du 1 ^{er} enfant	20,9	(4,1)	23,1	(5,3)	2,0*
	N	%	N	%	X ²
Garçons	16	53	33	57	0,1
Monoparentale	15	50	42	72	4,4*
Sécurité du revenu	21	70	37	64	2,5

** $p < 0,01$.

Tableau 2

Corrélations entre les symptômes traumatiques de l'enfant tels qu'évalués par la mère et l'éducatrice

	TSCYC-Mère				TSCYC-Éducatrice			
	Intrusion	Évitement	Hyper	Globale	Intrusion	Évitement	Hyper	Globale
TSCYC-Mère								
Intrusion	-	0,58***	0,35***	0,69***	-0,01	0,08	0,01	0,02
Évitement		-	0,54***	0,84***	-0,06	0,16	0,06	0,05
Hyper vigilance			-	0,86***	0,19	0,38***	0,32**	0,32**
Échelle Globale				-	0,07	0,28**	0,19	0,20
TSCYC-Éducatrice								
Intrusion					-	0,63***	0,47***	0,74***
Évitement						-	0,60***	0,84***
Hypervigilance							-	0,90***
Échelle globale								-

Note. TSCYC = Trauma Symptom Inventory for Young Children.

** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Tableau 3

Corrélations entre les sous-échelles de symptômes traumatiques maternels (TSI)

	Intrusion	Évitement	Hypervigilance
Intrusion	-	0,65***	0,58***
Évitement	-	-	0,56***

Note. TSI = Trauma Symptom Inventory.

*** $p < 0,001$.

Tableau 4

Corrélations entre les variables sociodémographiques et les variables à l'étude

	Relation mère- enfant	Trauma- tisme maternelle	TSCYC- Mère	TSCYC- Éduc
Variabes sociodémographiques				
Sexe de l'enfant	0,02	-0,06	0,22*	0,02
Âge de l'enfant	-0,6	0,01	-0,9	-0,24*
Nombre d'enfants	-0,22*	-0,09	-0,15	0,02
Scolarité de la mère	0,47*	-0,04	-0,03	-0,16
Âge mère naissance 1 ^{er} enfant	0,26*	-0,10	-0,9	-0,9
Statut de monoparentalité	0,05	0,23*	0,10	-0,24*
Sécurité du revenu	0,20	0,01	-0,03	-0,04

Note. TSCYC = Trauma Symptom Inventory for Young Children.

* $p < 0,05$. *** $p < 0,001$.

Tableau 5

Moyennes et écarts types des symptômes traumatiques de l'enfant, de la qualité de la relation mère-enfant et des symptômes traumatiques maternels en fonction du statut de maltraitance

Variables	Enfants maltraités (N=30)		Enfant non- maltraités (N=58)		F(dl)
	M	É-T	M	É-T	
TSCYC - Mère ^a					
Échelle globale	58	(14)	54	(11)	3,2
TSCYC-Éducatrice ^b					
Échelle globale	59	(15)	49	(11)	14,6***
Relation mère-enfant ^c	2,7	(1,4)	4,0	(1,3)	9,2**
Traumatismes maternels ^d	51	(8)	51	(9)	0,4

Note. TSCYC = Trauma Symptom Inventory for Young Children; TSI = Trauma Symptom Inventory.

^a Covariable : sexe de l'enfant.

^b Covariables : âge de l'enfant et statut de monoparentalité.

^c Covariables : nombre d'enfants dans la famille, niveau de scolarité de la mère et âge de la mère à la naissance de son premier enfant.

^d Covariable : statut de monoparentalité.

** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Tableau 6

Analyse de modération de la qualité de la relation mère-enfant et des symptômes traumatiques maternels sur la relation entre la maltraitance et les symptômes traumatiques de l'enfant tel que perçus par la mère

	TSCYC-Mère		
	ΔR^2	ΔF	β
Étape 1	0,20	7,5***	
Sexe de l'enfant			0,24*
Statut de maltraitance			0,20
Relation mère-enfant			0,05
Symptômes maternels			0,41***
Étape 2	0,07	3,8*	
Sexe de l'enfant			0,21*
Statut de maltraitance			0,27*
Relation mère-enfant			0,12
Symptômes maternels			0,38***
Maltraitance X Relation M-E			0,27**
Maltraitance X TSI			0,03

Note. TSCYC = Trauma Symptom Inventory for Young Children; TSI = Trauma Symptom Inventory.

** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Tableau 7

Analyse des effets simples de la qualité de la relation mère-enfant

	Qualité de la relation mère-enfant	
	Score élevé	Score faible
	β	β
Sexe de l'enfant	0,2*	0,2*
Symptômes maternels	0,3*	0,3*
Statut de maltraitance	0,6***	-0,05

* $p < 0,05$., *** $p < 0,001$.

Tableau 8

Analyse de modération de la qualité de la relation mère-enfant et des symptômes traumatiques maternels sur la relation entre la maltraitance et les symptômes traumatiques de l'enfant tel que perçus par l'éducatrice

	TSCYC-Éducatrice		
	ΔR^2	ΔF	β
Étape 1	0,12	4,4***	
Monoparentalité			-0,21**
Âge de l'enfant			-0,28**
Statut de maltraitance			-0,28*
Relation mère-enfant			-0,11
Symptômes maternels			0,09
Étape 2	0,02	1,1	
Monoparentalité			
Âge de l'enfant			0,20
Statut de maltraitance			0,29**
Relation mère-enfant			0,31**
Symptômes maternels			0,02***
Maltraitance X Relation M-E			0,05
Maltraitance X TSI			-0,14

Note. TSCYC = Trauma Symptom Inventory for Young Children; TSI = Trauma Symptom Inventory.

† $p < 0,10$., * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Conclusion

Cette thèse avait pour objectif général de mieux comprendre les prédicteurs et les conséquences associées aux symptômes traumatiques chez les enfants maltraités d'âge préscolaire. La première étude avait pour objectif d'évaluer le rôle médiateur des symptômes traumatiques dans le développement des troubles de comportement chez les enfants maltraités. Cette étude s'appuie sur le postulat selon lequel la maltraitance est une forme sévère de traumatisme relationnel chronique ayant de nombreuses conséquences sur le développement de la régulation émotionnelle et comportementale (De Bellis, 2001, 2005 ; Cook et al. 2005 ; van der Kolk, 2005). L'hypothèse générale stipule que la variation observée au niveau des troubles de comportement intériorisés et extériorisés en milieu extra familial peut s'expliquer par la variation observée dans le niveau de symptômes traumatiques manifestés par l'enfant. Une particularité de cette étude repose sur l'utilisation de deux observateurs distincts – la mère et l'éducatrice de l'enfant – pour évaluer la présence des symptômes traumatiques chez l'enfant.

Les résultats de cette étude ont confirmé, à l'instar de nombreuses autres recherches, que les enfants maltraités manifestent plus de troubles de comportement intériorisés et extériorisés que les enfants non maltraités. Les résultats offrent cependant un appui mitigé à l'hypothèse selon laquelle les enfants maltraités présentent plus de symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance que les enfants non maltraités. En effet, alors que les éducatrices rapportent un niveau significativement plus élevé de

symptômes traumatiques chez les enfants maltraités, il n'y a aucune différence entre les deux groupes quant au niveau de symptômes traumatiques rapportés par la mère. Bien que certains de ces résultats soient à priori étonnants, ils sont toutefois intéressants. Ils suggèrent tout d'abord que les effets traumatiques en lien avec la maltraitance à l'enfance peuvent se manifester à l'extérieur de la famille. Ces effets ne sont cependant pas observés à la maison par la mère. Bien qu'il soit possible que ces symptômes soient effectivement moins manifestes en présence de la mère, l'hypothèse d'un biais observationnel de la part des mères doit également être considérée, certaines études ayant déjà démontré que les mères d'enfants maltraités étaient de moins bonnes observatrices lorsqu'on leur demandait d'évaluer certaines caractéristiques du fonctionnement psychosocial de leur enfant (Carr, Moretti et Cue, 2005). Considérant le contexte de protection de la jeunesse dans laquelle se situent ces mères, il est possible que celles-ci essaient de faire bonne figure en situation d'évaluation. De plus, considérant la problématique de la négligence qui caractérise plus de la moitié des cas suivi en protection de la jeunesse, il est possible que ces mères soient également moins attentives et sensibles aux manifestations traumatiques de leur enfant.

Les résultats confirment également l'intérêt de considérer la maltraitance sous l'angle d'un traumatisme relationnel chronique pour mieux comprendre les difficultés d'ajustement émotionnel chez les enfants maltraités. En effet, nous observons une médiation complète des symptômes traumatiques sur la relation entre la maltraitance et les troubles intériorisés et sur la relation entre la maltraitance et les troubles extériorisés.

Ces résultats suggèrent que les difficultés d'ajustement psychosocial chez les enfants maltraités peuvent s'expliquer par la sévérité du traumatisme vécu.

La deuxième étude avait pour objectif d'évaluer le rôle modérateur de la qualité de la relation mère-enfant et des symptômes traumatiques maternels sur le développement de symptômes traumatiques de l'enfant. Malgré la prévalence élevée de symptômes traumatiques chez les enfants maltraités, une majorité de ceux-ci ne rencontrent pas les critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique. Les résultats de certaines études suggèrent qu'une relation positive à la mère, malgré le contexte de maltraitance, pourrait avoir un effet protecteur sur le développement de symptômes traumatiques chez l'enfant (Rossman, Bingham et Emde, 1997) alors que la présence de symptômes traumatiques maternels pourrait constituer un risque supplémentaire (Sack, Clarke et Seeley, 1995 ; Laor, Wolmer, Mayes et Gershon, 1997).

A l'instar de la première étude, les résultats obtenus soutiennent l'hypothèse que les enfants maltraités présentent plus de symptômes traumatiques tels que perçus par l'éducatrice. Il n'y a cependant pas de différence entre les deux groupes sur le niveau de symptômes traumatiques perçus par la mère. Par ailleurs, les résultats révèlent que la qualité de la relation mère-enfant est significativement plus faible dans le groupe d'enfants maltraités. Ces résultats sont en accord avec ceux d'autres études qui observent la présence d'interactions mère-enfant particulièrement dysfonctionnelles dans les familles maltraitantes (Alessandri, 1992 ; Bousha et Twentyman, 1984).

Bien que les analyses de modération révèlent un effet de la qualité de la relation mère-enfant sur le lien entre la maltraitance et les symptômes traumatiques chez l'enfant, les résultats obtenus ne vont pas tous dans le sens prévu. Ils révèlent qu'une relation positive à la mère est associée à une augmentation des symptômes traumatiques tels que perçus par la mère. Une analyse descriptive des résultats obtenus à la grille d'interaction dyadique semble cependant indiquer que les dyades du groupe d'enfants maltraités obtiennent des scores relativement peu élevés à l'échelle globale de la relation mère-enfant. Il paraît donc possible que les mères d'enfants maltraités soient suffisamment sensibles pour observer la présence de symptômes d'intrusion et d'évitement mais que la qualité de la relation ne soit pas suffisante pour contrer les effets liés à la maltraitance.

Bien que les résultats de ces deux études semblent confirmer l'importance de mieux comprendre et documenter les processus liés à la réaction traumatique chez des enfants maltraités, ils soulèvent également un certain nombre de questions. Une première question concerne la validité de l'utilisation de questionnaires auprès de cette population, un instrument de mesure fréquemment utilisé dans les recherches portant sur la maltraitance. Bien que les mères et les enfants du groupe maltraité soient plus à risque d'être exposés à divers événements de stress intense, les informations recueillies par questionnaires auprès des mères ne révèlent aucune différence entre les groupes maltraités et non maltraités quant à la présence de symptômes traumatiques, tant chez la mère que chez l'enfant. Ce constat, à l'instar des résultats d'autres études, nous amène à

nous questionner sur la validité des informations recueillies auprès des mères d'enfants maltraités concernant le fonctionnement psychosocial des mères et des enfants. De plus, de récentes études cliniques semblent révéler la complexité du phénomène du traumatisme en lien avec les traumatismes relationnels chroniques tels l'abus physique, l'abus sexuel et la négligence (Cook et al, 2005 ; van der Kolk, 2005). L'évaluation des symptômes traumatiques auprès de cette population à très haut risque psychosocial devrait probablement reposer sur une investigation plus détaillée et complète des caractéristiques liées au traumatisme (nature de l'abuseur, type d'abus, fréquence, sévérité et âge auquel survient l'événement traumatique) et des manifestations cliniques qui y sont le plus fréquemment associées : dissociation, rupture dans le lien d'attachement, retard de développement, conséquences neurobiologiques.

Une seconde question concerne la nature de l'intervention effectuée auprès des enfants maltraités. Les résultats obtenus mettent en évidence l'importance du contexte relationnel et traumatique dans lequel s'inscrit la maltraitance pour mieux comprendre les conséquences qui y sont associées à l'enfance. Ces aspects traumatiques et relationnels devraient donc être pris en considération pour l'établissement de stratégies d'intervention efficaces qui permettront de prévenir l'ensemble des difficultés socio-émotionnelles généralement associées à la maltraitance. Il semble insuffisant de traiter seulement les comportements problématiques (par exemple, par le biais de programmes visant à réduire les comportements négatifs ou renforcer les conduites positives) ; l'intervention doit viser une diminution des réactions traumatiques de l'enfant (peur,

retrait, agressivité, colère soudaine, morcellement de la conduite, impulsivité) dans le cadre d'une relation d'attachement sécurisante. L'intervention devrait établir une relation sécurisante pour l'enfant (dans le cadre d'un nouveau placement) ou améliorer la relation mère-enfant ou celle de l'enfant avec son parent substitut. La qualité des interactions donneur de soin-enfant positives et appropriées est un des facteurs les plus importants pour le développement des processus de régulation émotionnelle et comportementale. De plus, l'accès à un parent sensible, sécurisant et réconfortant est essentiel pour le développement des divers systèmes de gestion du stress (Schore, 2001).

Enfin, cette thèse soulève toute l'importance de bien s'attarder aux divers enjeux développementaux qui sont associés à la maltraitance. La maltraitance est un phénomène complexe. De par sa nature, elle témoigne de difficultés relationnelles importantes entre l'enfant et son donneur de soin. Pour reprendre les propos d'Erik H. Erikson (1982), la mère, et éventuellement les parents de façon conjointe, représentent les premières sociétés à l'intérieur desquelles évolue l'enfant. Les résultats de nombreuses études soulignent l'importance de la qualité des liens d'attachement précoces pour la régulation émotionnelle et comportementale et l'adaptation psychosociale de l'enfant.

Références

- Adam, B. S., Everett, B. L., & O'Neal, E. (1992). PTSD in physically and sexually abused psychiatrically hospitalized children. *Child Psychiatry and Human Development, 23*, 3-8.
- Alessandri, S. M. (1992). Mother-child interactional correlates of maltreated and nonmaltreated children's play behavior. *Development and Psychopathology, 4*, 257-270.
- Bennett, D. S., Sullivan, M. W., & Lewis, M. (2005). Young Children's Adjustment as a Function of Maltreatment, Shame, and Anger. *Child Maltreatment, 10*, 311-323.
- Bousha, D. M., & Twentyman, C. T. (1984). Mother-child interactional style in abuse, neglect, and control groups: Naturalistic observations in the home. *Journal of Abnormal Psychology, 93*, 106-114.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss. New York, NY, US: Basic Books.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited.
- Carr, G. D., Moretti, M. M., & Cue, B. J. H. (2005). Evaluating Parenting Capacity: Validity Problems With the MMPI-2, PAI, CAPI, and Ratings of Child Adjustment. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 188-196.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., et al. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals, 35*, 390-398.

- 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.
- De Bellis, M. D. (2005). The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreatment, 10*, 150-172.
- Erikson, E. H. (1964). *Childhood and society. (2nd Ed.)*. Oxford, England: W. W. Norton.
- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Psychiatric diagnoses of maltreated children: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 863-867.
- Kendall Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*, 164-180.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2003). Social self-efficacy and behavior problems in maltreated children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*, 106-117.
- Kiser, L. J., Heston, J., Millsap, P. A., & Pruitt, D. B. (1991). Physical and sexual abuse in childhood: Relationship with post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 776-783.
- Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L. C., & Gershon, A. (1997). Israeli preschool children under scuds: A 30-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 3*, 349-356.

- McLeer, S. V., Deblinger, E. B., Henry, D., & Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 875-879.
- McLeer, S. V., Dixon, J. F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Niedda, T., et al. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 1326-1333.
- Merry, S. N., & Andrews, L. K. (1994). Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 939-944.
- Rossmann, B. B. R., Bingham, R. D., & Emde, R. N. (1997). Symptomatology and adaptive functioning for children exposed to normative stressors, dog attack, and parental violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1089-1097.
- Sack, W. H., Clarke, G. N., & Seeley, J. (1995). Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1160-1166.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*, 201-269.
- Toth, S. L., Cicchetti, D., Macfie, J., Rogosch, F. A., & Maughan, A. (2000). Narrative representations of moral-affiliative and conflictual themes and behavioral

problems in maltreated preschoolers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 307-318.

van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408.

Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 56, 1223-1229.

Annexes

Annexe A

*Items du Trauma Symptoms Checklist for Young Children (TSCYC)*Intrusion

- Q4. Mauvais rêves ou cauchemars.
- Q11. Être perturbé(e) par le souvenir de quelque chose qui lui est arrivé.
- Q19. Être effrayé(e) lorsqu'on lui rappelle quelque chose qui lui est arrivé dans le passé.
- Q24. Dessiner une chose pénible ou bouleversante qui lui est arrivée.
- Q27. Jouer à des jeux concernant quelque chose de pénible qui lui est réellement arrivé dans le passé.
- Q36. Soudainement voir, sentir ou entendre quelque chose de pénible qui lui est arrivé dans le passé.
- Q63. Être dérangé(e) par quelque chose du passé.
- Q69. Pleurer lorsqu'il se rappelle quelque chose du passé.
- Q80. Être bouleversé(e) lorsqu'on lui rappelle quelque chose de pénible qui est arrivé.

Évitement

- Q8. Ne pas vouloir aller à un endroit qui lui rappelle quelque chose de pénible du passé.
- Q13. Ne pas vouloir parler de quelque chose qui lui est arrivé.
- Q29. Avoir de la difficulté à se rappeler quelque chose de pénible qui lui est arrivé dans le passé.
- Q39. Changer de sujet ou ne pas répondre quand il/elle est questionné(e) sur quelqu'un chose de pénible qui lui est arrivé.
- Q49. Ne plus faire les choses qu'il (elle) aimait.
- Q55. Ne pas vouloir être près de quelqu'un qui lui a fait du mal ou qui lui rappelle quelque chose de pénible.
- Q70. Dire que quelque chose de pénible ne lui est pas arrivé alors que ça lui est arrivé.
- Q72. Agir comme si il (elle) ne ressentait rien à propos de quelque chose de pénible qui lui est arrivé.
- Q81. Éviter les choses qui lui rappellent quelque chose de pénible qui est arrivé dans le passé.

*Items Trauma Symptoms Checklist for Young Children (suite)***Hypervigilance**

- Q10. Tressaillir ou sursauter lorsque quelqu'un bouge rapidement ou qu'il y a un bruit fort.
- Q17. Avoir de la difficulté à se concentrer.
- Q26. Avoir de la difficulté à rester assis sans bouger.
- Q45. Incapable d'être attentif(ve).
- Q47. Être facilement effrayé(e).
- Q48. Être toujours aux aguets d'un éventuel danger.
- Q56. Être tendu(e).
- Q74. Ne pas dormir bien.
- Q82. Être très nerveux(se) ou agité(e).

Annexe B

*Items retirés du Child Behavior Checklist – Teacher Report Form 1 ½ - 5 ans
(CBCL-TRF)*

- Q5. Ne peut se concentrer, ne peut porter attention longtemps.
- Q6. Ne peut rester assis tranquille, agité(e) ou hyperactif(ve).
- Q47. Nerveux(ve), stressé(e) ou tendu(e).
- Q51. Agité(e), ne tient pas en place.
- Q64. Inattentif(ve), facilement distrait(e).
- Q.87 Trop craintif(ve) ou anxieux(se).
- Q99. Inquiet(ète).

Annexe C

*Items du Trauma Symptoms Inventory*Intrusion

- Q1. Des cauchemars ou des rêves.
- Q.8 Des « flash-back » (souvenirs ou images soudains de choses bouleversantes).
- Q12. Des souvenirs troublants soudains quand vous ne vous en attendiez pas.
- Q62. Vous rappeler soudainement quelque chose de bouleversant du passé.
- Q66. Vous rappeler soudainement quelque chose de mauvais.
- Q70. Des rêves violents.
- Q72. Pendant un court moment, voir ou entendre quelque chose de bouleversant qui est arrivé antérieurement.
- Q74. Des pensées « épeurantes » ou bouleversantes qui surgissent de votre esprit.

Évitement

- Q2. Essayer d'oublier un mauvais moment dans votre vie.
- Q4. Vous empêcher de penser au passé.
- Q23. Chasser de votre esprit des souvenirs douloureux.
- Q59. Éviter certaines personnes ou endroits parce qu'ils vous rappellent quelque chose.
- Q83. Ne pas vous laisser envahir par de mauvais sentiments à propos du passé.
- Q87. Essayer de n'avoir aucun sentiment à propos de quelque chose qui vous a déjà blessé(e).
- Q89. Essayer de ne pas penser ou de ne pas parler de choses qui ont été douloureuses dans votre vie.

Hypervigilance

- Q22. Des épisodes de tremblements.
- Q27. Vous sentir tendu (e) ou stressé (e).
- Q31. Vous inquiéter à propos de toutes sortes de choses.
- Q41. Vous sentir nerveux (se).
- Q51. Un niveau élevé d'anxiété.
- Q54. De la nervosité.
- Q91. Sursauter ou être effrayé(e) par des bruits soudains.
- Q97. Avoir peur de mourir ou d'être blessé(e).