

Université de Montréal

**L'état de stress post-traumatique-complexe : un concept
novateur à explorer**

Par

Mylène Payer

Département de psychologie

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)

en psychologie recherche et intervention

option clinique

Mars 2012

© Mylène Payer, 2012

Sommaire

Les mauvais traitements représentent un facteur de risque pouvant entraver le développement normal des enfants qui en sont victimes. L'objectif général de cette thèse est de mieux comprendre le concept d'état de stress post-traumatique-complexe (ÉSPT-C) et ce, en permettant l'évaluation rigoureuse de ses symptômes et en documentant sa relation avec d'autres variables.

La présente thèse est composée de deux articles empiriques. L'objectif du premier article est d'obtenir une mesure de l'ÉSPT-C pour une population francophone. Pour ce faire, les qualités psychométriques de la traduction francophone du *Structured Interview of Disorders of Extreme Stress-Self-Report* (SIDES-SR) ont été testées par le biais d'analyses préliminaires auprès de 438 adultes canadiens-français provenant de la population générale et de l'Université de Montréal. Les résultats démontrent que l'instrument possède une structure factorielle de 5 facteurs comparable à celle obtenue pour l'instrument en anglais dans sa version originale. Les facteurs obtenus sont : 1) les croyances pessimistes par rapport aux autres et au futur, 2) la gestion des affects, 3) l'évitement des contacts physiques et sexuels, 4) la somatisation et 5) la prise de risques. La cohérence interne de 4 facteurs sur 5 varie d'acceptable à très satisfaisante alors que leur stabilité temporelle et leur validité convergente, divergente et concurrente ressortent comme étant assez satisfaisantes.

Le but du deuxième article de cette thèse est d'examiner l'apport des symptômes d'ÉSPT-C retrouvés chez les mères et de leurs pratiques parentales (supervision et utilisation abusive de la punition) pour expliquer les symptômes d'ordre psychologique chez leurs enfants victimes d'agression sexuelle (AS). Les symptômes d'ÉSPT-C des mères et leurs pratiques éducatives ont été évalués auprès de 96 mères à l'aide de mesures auto-rapportées alors que les symptômes de leur enfant ont été mesurés à partir d'un instrument qui leur était destiné. Les résultats suggèrent qu'en contrôlant les variables sociodémographiques et les caractéristiques de l'AS de l'enfant, les symptômes d'ÉSPT-C des mères sont liés à plusieurs symptômes retrouvés chez les enfants après le dévoilement de l'AS qu'ils ont subie.

Le rôle modérateur de la supervision maternelle dans la relation entre l'ÉSPT-C des mères et les symptômes de dépression et d'opposition des enfants a également été démontré. Les implications théoriques et cliniques concernant les résultats obtenus dans le cadre de ce projet doctoral sont finalement abordées.

Mots-Clés : État de stress post-traumatique-complexe, évaluation, pratiques éducatives, agression sexuelle, symptômes intériorisés et symptômes extériorisés

Abstract

Maltreatment is a risk factor that may hinder the normal development of children. The principal objective of this thesis is to better understand complex posttraumatic stress disorder, by evaluating it and documenting its relationship with other variables. This thesis includes two empirical articles. The objective of the first article is to develop a measure of complex posttraumatic stress disorder for French-speaking adults. The psychometric properties of the translated version of the *Structured Interview for Disorders of Extreme Stress-Self-Report* (SIDES-SR) were tested through preliminary analyses with 438 French-speaking adults from the general population and the University of Montreal. Results demonstrate that the instrument has a factor structure of five factors similar to the English version of the instrument. The factors obtained are: 1) pessimistic beliefs about others and future, 2) managing emotions, 3) avoidance of physical and sexual contact, 4) somatization, and 5) risk-taking behaviours. The internal consistency of 4 of the 5 factors varies from acceptable to very satisfactory, while their temporal stability and convergent, divergent and concurrent validity are acceptable. The purpose of the second article is to examine the contribution of complex posttraumatic stress disorder found in mothers and parenting practices (monitoring and abusive punishment) on psychological symptoms reported by children victims of sexual abuse. Symptoms of 96 mothers and their rearing practices were assessed using self-report measures, while children's symptoms were measured with an instrument designed for children. Results demonstrate that, after controlling for sociodemographic variables and characteristics of the child sexual abuse, complex posttraumatic stress disorder is associated with several symptoms in children. The moderating role of maternal monitoring in the relationship between complex posttraumatic stress disorder of mothers and symptoms of depression and opposition of children is also demonstrated. Theoretical and clinical implications are discussed concerning the results obtained in this doctoral project.

Keywords: complex posttraumatic stress disorder, sexual abuse, assessment, parental practices, externalizing symptoms, internalizing symptoms

Table des matières

Sommaire	i
Abstract	iii
Liste des tableaux	v
Liste des abréviations	vi
Remerciements	vii
Introduction	1
Chapitre 1	
Article 1 : Évaluation d'un questionnaire mesurant les symptômes d'état de stress post-traumatique-complexe chez l'adulte.....	13
Chapitre 2	
Article 2 : L'état de stress-post-traumatique-complexe et les pratiques éducatives de mères d'enfants victimes d'agression sexuelle : étude de leur relation avec les symptômes des enfants.....	38
Conclusion	69
Références citées dans l'introduction et la conclusion	80
ANNEXE A Version francophone du <i>Structured Interview of Disorders of Extreme Stress-Self-Report</i> (SIDES-SR)	xi

Liste des tableaux

Article 1

Tableau 1

Analyse factorielle : saturations significatives des items sur les facteurs..... 34

Tableau 2

La cohérence interne des facteurs et les corrélations inter-facteurs..... 35

Tableau 3

La validité convergente du SIDES-SR : Corrélations entre les facteurs et les échelles mesurant les schémas cognitifs, l'ÉSPT, la gestion de l'hostilité et la somatisation 36

Article 2

Tableau 1

Corrélations entre les symptômes des enfants et les autres variables à l'étude..... 67

Tableau 2

Régressions multiples des variables significativement associées aux symptômes intériorisés des enfants..... 68

Tableau 3

Régressions multiples des variables significativement associées aux symptômes extériorisés des enfants..... 69

Liste des abréviations

AS	Agression sexuelle
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Texte-révisé</i>
ÉSPT	État de stress post-traumatique
<i>ET</i>	Écart-type
ÉSPT-C	État de stress post-traumatique-complexe
<i>M</i>	Moyenne
MPSS	<i>Modified PTSD Symptom Scale</i>
QDS-R	Questionnaire des schémas
SIDES	<i>Structured Interview for Disorders of Extreme Stress</i>
SIDES-SR	<i>Structured Interview for Disorders of Extreme Stress-Self-Report</i>
SCL-90-R	Inventaire bref de symptômes

Remerciements

Une grande étape se conclut avec la réalisation de cette thèse. Il m'apparaît essentiel de prendre un moment pour signifier ma gratitude à ceux qui m'ont soutenue et qui ont été présents tout au long de ce long processus.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de thèse, Mireille Cyr. Son ouverture, son dynamisme et sa rigueur ont été une source d'inspiration pour moi. Tout au long de mon parcours, j'ai apprécié son souci pour l'efficacité et son accompagnement soutenu.

Je tiens également à remercier la merveilleuse équipe avec qui j'ai partagé ces dernières années : Stéphanie Zuk, Agnès Alonzo-Proulx, Leechen Farkas, Karine Trotier-Sylvain, Marie-Alexia Allard, Jennifer Lewy, Stéphanie Chiamello, Delphine Maillé, Mélanie Corneau et les autres. Je me sens privilégiée d'avoir vécu cette grande aventure à vos côtés. Vous m'avez appris comment il peut être agréable de travailler en équipe dans une atmosphère de respect et de grande complicité. À mes yeux, vous êtes de vraies perles!

J'en profite également pour souligner l'apport de Pierre McDuff dans la réalisation de ce projet doctoral. Ses conseils ont permis l'enrichissement de mes connaissances sur le plan statistique. Nos discussions animées (souvent humoristiques) ont ajouté un peu de légèreté à mes réflexions parfois très sérieuses! Je tiens aussi à souligner le travail de Mélodie T. Blais et Ariane Dalphond qui, en tant qu'auxiliaires de recherche, m'ont été d'une grande aide. De plus, merci aux intervenants et à l'équipe de recherche du centre d'expertise Marie-Vincent qui ont rendu possible l'accomplissement de cette thèse.

Je tiens à remercier les Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC), le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRICPAS) ainsi que la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants, qui

m'ont offert un soutien financier qui m'a permis de me consacrer pleinement à mes études.

Des superviseurs de stages incomparables ont aussi été marquants en ce qui a trait à ma formation clinique. Ainsi, je remercie chaleureusement Francine Cyr, Dominique Meilleur, Guylaine Séguin, Réal Laperrière et Marie-Hélène Foucault. Merci d'avoir contribué au développement de mes compétences et d'avoir forgé mon jugement clinique en alimentant mes réflexions et en me permettant de profiter de vos savoirs. Et surtout, merci de m'avoir généreusement transmis votre passion pour la clinique.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à mes parents et ma sœur Mélissa qui m'ont encouragée à me lancer dans cette grande aventure et qui m'ont enseigné l'importance de tirer le meilleur de mes capacités. Merci d'avoir cru en moi. Vous êtes des modèles de détermination et de dévouement pour moi. Par le fait même, je remercie mes proches, amis, collègues et ma belle-famille pour les beaux moments partagés ensemble au quotidien ainsi que pour leurs innombrables encouragements. Votre présence contribue grandement à mon bonheur.

Finalement, je désire remercier du fond du cœur François, mon amour et futur époux. Merci de m'avoir soutenue dans les hauts et les bas qui ont ponctué les dernières années. Merci de te montrer compréhensif, patient et de toujours me recentrer sur l'essentiel. Merci de m'inviter à danser pour me faire rire! Bref, merci d'être là.

Mylène
xxx

Introduction

Alors que les mauvais traitements sexuels étaient autrefois perçus comme des situations rares et isolées, des études récentes fournissent des données alarmantes concernant l'incidence et la prévalence des enfants qui subissent de tels événements traumatisants au Québec. Les taux annuels de cas d'enfants dont le signalement est jugé fondé par la Direction de la protection de la jeunesse indiquent que 5.6 enfants sur 1 000 ont été victimes de négligence (8533 enfants), 2.5 enfants sur 1 000 ont vécu des mauvais traitements psychologiques (4136 enfants), 1.9 enfant sur 1 000 a vécu de mauvais traitements physiques (3162 enfants) et 0.9 sur 1 000 a été victime d'agression sexuelle (AS) (1529 enfants) de 1998 à 1999 au Québec (Tourigny, Mayer, Hélie, Wright et Trocmé, 2001). De plus, dans une enquête réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 1002 adultes québécois, plus d'un répondant sur trois (37%) rapportaient avoir vécu une forme de mauvais traitements dans l'enfance alors que 12% avaient vécu deux formes de mauvais traitements et que 4% rapportaient avoir vécu trois formes de mauvais traitements. La violence psychologique (22%) était la plus fréquemment rapportée, suivie de la violence physique (19%) et de la violence sexuelle (16%; Tourigny, Hébert, Joly, Cyr et Baril, 2008). Plusieurs chercheurs suggèrent que les taux de prévalence et d'incidence des mauvais traitements sont sous-estimés. En effet, plusieurs cas de mauvais traitements ne seraient pas signalés par les enfants ou les témoins, notamment par peur des représailles de la famille, par crainte de détruire la cellule familiale ou par manque de confiance dans les services disponibles (Delaronde, King, Bendel et Reece, 2000). Certains biais méthodologiques pourraient également contribuer à cette sous-estimation tels que la définition des mauvais traitements qui varie d'une étude à l'autre, la nature rétrospective des informations recueillies dans le cadre de sondages et la collecte de données par téléphone qui ne permet pas d'avoir accès à des populations plus défavorisées qui sont à risque d'avoir subi des mauvais traitements (Tourigny et al., 2001; Trocmé, Tourigny, MacLaurin et Fallon, 2003).

Les mauvais traitements sont associés à l'émergence de diverses séquelles psychologiques chez les enfants qui en sont victimes (Paolucci, Genuis et Violato,

2001). Ces difficultés peuvent d'ailleurs perdurer jusqu'à l'âge adulte (Briere et Elliott, 2003). Dans les dernières décennies, l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) est demeuré le diagnostic qui a généralement été utilisé pour décrire les problèmes psychologiques qui découlent d'évènements traumatisants, tel que dans des contextes d'abus ou de négligence survenus dans l'enfance (van der Kolk & Courtois, 2005). Les symptômes de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) se divisent en trois catégories, soit 1) le fait de revivre l'évènement traumatique de manière persistante; 2) l'évitement des situations, des personnes et des émotions qui rappellent le trauma et 3) l'hyperactivation émotionnelle (*American Psychiatric Association*, 1994). Toutefois, des cliniciens ont revendiqué la nécessité de distinguer l'exposition à un évènement traumatisant isolé, tel qu'un accident ou un désastre naturel, de l'exposition à des expériences traumatiques répétées, de nature relationnelle, pour mieux comprendre les difficultés émotionnelles, cognitives et comportementales rencontrées par les individus ayant subi de tels évènements (Terr, 1991). De plus, la grande comorbidité des troubles psychologiques notée chez les individus ayant vécu des traumatismes relationnels intenses ou répétés dans l'enfance suggère que le diagnostic d'ÉSPT ne considère pas l'ensemble de leurs réelles difficultés (Cook et al., 2005; Luxemburg, Spinazzola & van der Kolk, 2001; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005). Par conséquent, les thérapies qui leur sont proposées sont souvent fragmentées et incomplètes et répondent peu aux besoins de cette population (van der Kolk & Courtois, 2005; Ford & Kidd, 1998).

Pour pallier à ces critiques ainsi que pour mieux définir et comprendre les besoins spécifiques de ces personnes, le concept de l'état de stress post-traumatique-complexe (ÉSPT-C) a été développé (également appelé *disorder of extreme stress not otherwise specified*, trauma de type II, *Disorder of extreme stress*; De Jong, Komproe, Spinazzola, van der Kolk, Van Ommeren, 2005; Pelcovitz, van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan & Resick, 1997; Terr, 1991; van der Kolk et al, 2005). Le terme ÉSPT-Complexe (ÉSPT-C) sera utilisé dans le présent projet.

L'ÉSPT-C

L'ÉSPT-C est une nouvelle nomenclature qui a été élaborée, à partir d'observations cliniques, dans le but de rassembler, dans un tout cohérent, les séquelles psychologiques observées chez les victimes de traumatismes relationnels intenses ou répétés vécus dans l'enfance.

Selon la théorie qui sous-tend ce nouveau concept, différentes sphères du fonctionnement peuvent être affectées à la suite de ce type de traumatismes. Les dimensions de l'ÉSPT-C ont été décrites par plusieurs auteurs (Brière & Spinazzola, 2005; Cook et al., 2005; Cyr & Payer, 2011; Deangelis, 2007; Luxemberg et al., 2001; van der Kolk, 2005). Une brève description des six domaines du fonctionnement pouvant être altérés chez les victimes, basée sur les écrits disponibles sur le sujet, est présentée à la suite.

Tout d'abord, le premier domaine de fonctionnement inclut les problèmes de régulation émotionnelle, notamment la difficulté à gérer la colère, l'anxiété et la peur. L'exposition quotidienne de l'enfant à un environnement abusif entrave la possibilité, pour ce dernier, d'avoir accès à des adultes qui l'aident à réguler ses expériences corporelles, comportementales et émotionnelles pour ainsi développer sa capacité à identifier, exprimer et gérer adéquatement ses émotions à court et à long terme. Les problèmes de régulation émotionnelle s'observent pour certaines victimes dans le fait qu'elles sont déconnectées de leur expérience émotionnelle face à leur souffrance qui leur semble intolérable. D'autres victimes de mauvais traitements ont tendance à avoir des réactions émotionnelles démesurées lorsqu'elles vivent des stressors mineurs, à être plus facilement bouleversées et à éprouver de la difficulté à retrouver un état de calme par la suite. Pour composer avec des états émotionnels souvent envahissants et pénibles, les survivants de mauvais traitements peuvent utiliser des comportements ou des activités ayant pour fonctions d'avoir le sentiment de reprendre le contrôle de leurs émotions, d'anesthésier les affects négatifs et les souvenirs pénibles associés aux traumatismes ou de se distraire temporairement en induisant un état affectif incompatible avec la détresse ressentie (p. ex., plaisir et émotions positives). Ces comportements incluent l'automutilation, les comportements

sexuels compulsifs, la prise de risques et la consommation excessive d'alcool ou de drogues. Toutefois, plutôt que d'amener l'effet apaisant recherché, ces comportements ont plutôt tendance à exacerber leurs problèmes à long terme.

Le deuxième domaine du fonctionnement affecté chez les victimes de mauvais traitements est l'état de conscience et l'attention. Cette altération se manifeste notamment sous forme d'amnésie, d'hypermnésie des événements traumatisants et d'épisodes dissociatifs. Dans les cas extrêmes, la présence de personnalités multiples peut être observée. Putnam (1997) propose que la dissociation est un mécanisme de défense qui permet de compartimenter les souvenirs et les émotions douloureux et d'avoir le sentiment d'être détaché de soi-même pour s'adapter à des expériences bouleversantes. L'utilisation de ce mécanisme peut toutefois devenir problématique lorsqu'il mène à la fragmentation de la pensée, de la perception de soi ainsi que celle du monde et entrave ainsi l'intégration du trauma.

La perception de soi est le troisième domaine de dysfonctionnement noté chez les victimes de traumatismes relationnels intenses ou chroniques vécus dans l'enfance. Les expériences traumatisantes peuvent empêcher le développement d'une image positive de soi. En effet, la culpabilité, la dévalorisation de soi, l'impression d'être non-aimable ou endommagé de façon permanente sont observés chez les survivants de mauvais traitements. Ils peuvent avoir développé la croyance qu'ils sont responsables et coupables des agressions qu'ils ont subies, ce qui alimente un sentiment intense de honte chez ceux-ci. L'incapacité à s'affranchir avec succès de certaines tâches développementales en raison des mauvais traitements subis en bas âge peut également être liée au développement d'un faible sentiment d'efficacité personnelle et de compétence. Le fait que l'entourage ait minimisé ou nié les événements d'abus peut également influencer la capacité des survivants à faire confiance à leurs propres perceptions et peut donc exacerber ces croyances.

Le quatrième domaine concerne la capacité des victimes à entrer en relation avec les autres. L'exposition à des épisodes de violence ou d'abandon répétés et imprévisibles menace le développement d'un attachement sécurisant chez l'enfant.

D'ailleurs, l'ÉSPT-C implique souvent qu'un adulte responsable de l'enfant n'a pas répondu adéquatement aux besoins de celui-ci. À l'âge adulte, il demeure ardu pour ces individus de s'investir dans des relations significatives. De plus, leurs relations avec les autres sont souvent caractérisées par la revictimisation en raison de leur difficulté à détecter le danger et leur plus grande tolérance à la violence et à la violation des frontières interpersonnelles. Les survivants de mauvais traitements sont ainsi à risque de s'isoler socialement en raison de leur grande méfiance face aux autres et de se retrouver dans des relations abusives où ils sont victimes ou instigateurs de diverses formes d'exploitation.

Une cinquième dimension altérée par les traumatismes subis dans l'enfance est la régulation somatique. Les survivants de mauvais traitements rapportent de nombreux problèmes de santé physique tels que des difficultés digestives, des problèmes cardiaques, de la douleur chronique et des symptômes de conversion. Un sondage réalisé auprès de plus de 10 000 adultes démontre que les participants ayant subi des expériences relationnelles traumatisantes sont plus à risque de souffrir de problèmes cardiaques, d'un accident vasculaire cérébral, de diabète, de fractures osseuses, de cancers et de rapporter avoir des bronchites chroniques et de l'emphysème (Felitti et al., 1998). De plus, les mauvais traitements vécus à répétition placent les victimes en état d'alerte constant, ce qui peut mener à des changements durables dans le fonctionnement du système limbique, neuro-hormonal ainsi que du système nerveux de ces dernières. La somatisation peut également représenter une manifestation dans le corps de la pauvre capacité des victimes de mauvais traitements à réguler leurs émotions et peut ainsi être une tentative d'expression et de symbolisation de leur détresse.

Finalement, le système de croyances est le sixième domaine pouvant être altéré chez les individus ayant vécu des traumatismes relationnels survenus en bas âge. Ainsi, le monde n'est pas perçu comme étant bienveillant et sécuritaire par plusieurs d'entre eux. La vie peut également leur sembler dénuée de sens. Des sentiments de désespoir et d'impuissance face à la vie peuvent accompagner ce changement par rapport à leur vision fondamentale du monde et du futur.

L'évaluation de l'ÉSPT-C

L'ÉSPT-C a suscité un intérêt croissant chez les chercheurs et les cliniciens durant les dernières années. Toutefois, l'étude de l'ÉSPT-C est encore à ses débuts. Afin de permettre une évaluation rigoureuse des symptômes d'ÉSPT-C, le *Structured Interview for Disorders of Extreme Stress* (SIDES) a été développé (Pelcovitz, van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan & Resick, 1997). L'instrument est disponible sous la forme d'une entrevue semi-structurée et d'un questionnaire auto-rapporté (*Structured Interview for Disorders of Extreme Stress – Self-Report*; SIDES-SR). Une recension exhaustive des écrits scientifiques concernant les séquelles associées aux traumatismes ainsi qu'un consensus obtenu au sein d'un comité formé d'experts dans le domaine sont à la base de l'élaboration des six échelles mesurant les dimensions de l'ÉSPT-C du SIDES (Spitzer, 1989). Certaines qualités psychométriques de l'instrument sous la forme d'entrevue ont fait l'objet d'études, soit la cohérence interne ainsi que la validité convergente et divergente de certaines échelles de l'instrument (Pelcovitz et al., 1997; Zlotnick & Perlstein, 1997). En 2008, une étude a tenté de vérifier empiriquement la structure factorielle de l'entrevue SIDES et de rapporter les qualités psychométriques des facteurs obtenus (Scoboria, Ford, Lin & Frisman, 2008). Il est à noter qu'aucun questionnaire permettant d'évaluer les symptômes associés à l'ÉSPT-C auprès d'une population francophone n'était disponible jusqu'à récemment, ce qui limitait la possibilité de mesurer les symptômes d'ÉSPT-C auprès de cette population.

Le présent projet doctoral avait donc comme première visée de traduire le questionnaire auto-administré SIDES-SR et de décrire les qualités psychométriques de l'instrument. L'élaboration de cette traduction du questionnaire a ensuite permis de répondre à une question de recherche centrale dans la présente thèse, soit de définir la relation entre les symptômes d'ÉSPT-C des mères, leurs pratiques éducatives et la symptomatologie notée chez leur enfant exposé à des mauvais traitements sexuels.

L'enfant victime d'agression sexuelle (AS)

L'AS est un événement stressant qui peut avoir des conséquences néfastes sur le développement de l'enfant (Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993). En effet, plusieurs difficultés psychologiques, relationnelles et comportementales ont été observées chez les enfants qui ont été agressés sexuellement (Hébert, 2011 ; Paolucci et al., 2001). Cependant, bien qu'une majorité d'enfants victimes d'AS présentent des symptômes psychologiques, certains d'entre eux demeurent asymptomatiques. L'étude des facteurs de protection contextuels et environnementaux pouvant favoriser l'adaptation des enfants ayant été exposés à de telles expériences traumatiques prend ainsi toute sa pertinence sur le plan clinique et scientifique.

Les variables contextuelles liées à l'AS et à l'adaptation de l'enfant

Différentes études ont documenté le lien entre les caractéristiques de l'AS vécue par l'enfant et la symptomatologie retrouvée chez ce dernier. Parmi les caractéristiques de l'AS, l'âge de l'enfant lors du premier épisode d'AS, le lien entre l'enfant et l'agresseur, la sévérité des gestes posés et l'utilisation de la force lors de l'AS se sont avérés être plus fortement liés aux problèmes psychologiques observés chez les enfants. Ainsi, ceux-ci sont plus à risque de présenter une symptomatologie sévère s'ils étaient plus jeunes lors de la première AS, s'ils entretenaient une relation significative avec l'agresseur (p. ex, membre de la famille immédiate) et si les gestes commis lors de l'AS impliquaient une pénétration et de la coercition (Black, Dubowitz & Harrington, 1994; Callahan, Price & Hilsenroth, 2003; Deblinger, Taub, Maedel, Lippmann & Stauffer, 1997; Browne et Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett et al., 1993). Toutefois, il est à noter que la relation entre les caractéristiques de l'AS et l'adaptation de l'enfant qui en est victime ne fait pas un consensus à l'heure actuelle. En effet, certaines limites sont notées dans les études réalisées sur le sujet. Tout d'abord, ces recherches n'ont pas tenu compte de plusieurs caractéristiques de l'AS simultanément, ce qui restreint la possibilité de comparer l'apport respectif de celles-ci sur les symptômes des enfants victimes d'AS (Hébert, 2011). De plus, la définition

de l'AS privilégiée varie d'une étude à l'autre, ce qui peut expliquer en partie la variabilité des résultats obtenus (Kendall-Tacket et al., 1993). L'incohérence des résultats obtenus concernant la relation entre les caractéristiques de l'AS et les symptômes des enfants souligne la nécessité de considérer d'autres variables pour mieux saisir les facteurs responsables d'une meilleure adaptation psychologique à la suite de l'exposition à des mauvais traitements sexuels. L'étude de l'état psychologique des mères permet d'ailleurs d'arriver à une compréhension plus exhaustive de cette problématique.

L'état psychologique des mères et les symptômes de l'enfant victime d'AS

Bien que le dévoilement de l'AS puisse être un événement éprouvant pour l'enfant, il n'est pas le seul à en ressentir les répercussions. En effet, le dévoilement de l'AS peut également faire vivre une gamme d'émotions douloureuses aux parents non agresseurs. En ce sens, des études notent des niveaux de détresse importants ainsi que la présence de symptômes liés à l'ÉSPT chez les mères à la suite du dévoilement de l'AS de l'enfant (Cyr, McDuff & Wright, 1999; Deblinger, Lippmann, Stauffer & Finkel, 1994; Newberger, Jeremy, Wateraux & Newberger, 1993). Le nombre de mères dont l'enfant est victime d'AS qui ont, elles aussi, vécu des mauvais traitements est significatif. En effet, des auteurs proposent que près de la moitié des mères qui ont un enfant agressé sexuellement ont, elles aussi, subi une AS dans l'enfance (Cyr, Wright, Toupin, Oxman-Martinez, McDuff & Thériault 2002). De plus, ceci n'inclut pas les autres types de mauvais traitements que ces mères ont pu vivre. On peut donc penser qu'au-delà du choc associé au dévoilement de l'AS de l'enfant, certaines mères peuvent réagir fortement à cette annonce puisqu'elle fait écho à leur propre histoire de victimisation (Hiebert-Murphy, 1998). La psychopathologie des mères a été identifiée dans différentes études comme étant un facteur de vulnérabilité associé au développement de difficultés chez les enfants de façon générale (Lieb, Isensee, Hofler, Pfister & Wittchen, 2002; Phillips, Hammen, Brennan, Najman & Bor, 2005; Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau & Olfson, 1997) et également en situation de grand stress (Bogat, Dejonghe, Levendosky, Davidson & von Eye, 2006). Les symptômes des mères en lien avec leur

propre trauma pourraient donc nuire à l'adaptation des enfants ayant subi une AS. En ce sens, Cook et ses collègues (2005) stipulent que les parents qui ont eux-mêmes été victimes de mauvais traitements dans l'enfance peuvent tenter d'éviter de ressentir leurs propres émotions, ce qui les empêche de répondre adéquatement aux réactions émotionnelles de leur enfant face au trauma. Les habiletés parentales de ces parents en deviendraient donc appauvries. Or, aucune étude n'a examiné la relation entre l'ÉSPT-C retrouvé chez les mères, leurs pratiques éducatives et les difficultés psychologiques notées chez des enfants victimes d'AS. La présente thèse doctorale se penchera donc sur cette question de recherche. En plus de la santé mentale de la mère, ses pratiques éducatives peuvent également agir à titre de facteurs de protection ayant un impact sur les symptômes de l'enfant victime d'AS.

Les pratiques éducatives et l'adaptation de l'enfant victime d'AS

En se basant sur le modèle théorique de Lazarus et Folkman (1984) concernant l'adaptation au stress, Lakey et Cohen (2000) proposent que le soutien reçu de l'entourage représente une variable modératrice pouvant limiter les conséquences associées à l'exposition à un grand stress. Dans cette perspective, des recherches empiriques suggèrent que la symptomatologie observée chez les enfants victimes d'AS est davantage prédite par le soutien reçu des figures parentales que par les caractéristiques de l'AS elle-même (Spacarelli & Kim, 1995; Tremblay, Hébert & Piché, 1999). D'ailleurs, la mère joue un rôle crucial auprès de l'enfant à la suite du dévoilement de l'AS. En effet, en plus d'être souvent le premier confident de l'enfant qui dévoile l'AS (Hooper, 1992), la mère a la responsabilité de protéger l'enfant de l'agresseur et de l'accompagner dans des démarches judiciaires et thérapeutiques (Alaggia & Turton, 2005). Le manque de soutien de la mère spécifiquement à la suite du dévoilement mènerait à plus de symptômes de dissociation, de dépression, de symptômes extériorisés et à un plus faible estime de soi chez la victime (Everill & Waller, 1994; Everson, Hunter, Runyon, Edelsohn & Coulter, 1989; Johnson & Kenkel, 1991; Kendall-Tackett et al., 1993; Spacarelli & Fuchs, 1997). En ce qui a trait aux pratiques éducatives générales, une majorité d'études se sont intéressées au soutien maternel. Ces études indiquent également qu'un faible soutien maternel

témoigné à l'enfant au quotidien est associé à plus de symptômes chez l'enfant victime d'AS (Esparza, 1993, Lovett, 1995; Spaccarelli & Kim, 1995). En outre, la relation entre une supervision parentale insuffisante, l'utilisation de la punition abusive et des difficultés émotionnelles et comportementales plus sévères chez les enfants a été documentée de façon robuste dans les dernières années (Eisenberg, Fabes, Shepard, Guthrie, Murphy & Reiser, 1999; Hovee, Dubas, Eichelsheim, van der Laan, Smeenk & Gerris, 2009). Cependant, les conclusions concernant les comportements parentaux autres que le soutien maternel spécifiquement auprès d'une population de mères d'enfants victimes d'AS demeurent toutefois bien limitées. Il devient donc pertinent d'évaluer, par le biais d'une étude empirique, si des comportements parentaux adéquats en lien avec la supervision et la punition peuvent protéger l'enfant des conséquences liées à l'AS qu'il a vécue.

Objectifs de la présente recherche

Le but général de cette thèse est de mieux comprendre le concept d'ÉSPT-C. Pour ce faire, deux objectifs spécifiques sont visés dans le présent projet doctoral.

Le premier objectif consiste à décrire les qualités psychométriques de la traduction du questionnaire SIDES-SR. Pour ce faire, la structure factorielle de l'instrument a été documentée. Des données préliminaires concernant la validité et la fidélité des échelles obtenues en fonction de l'analyse factorielle ont également été mesurées. Finalement, des avenues de recherche futures visant l'amélioration de la version francophone du questionnaire SIDES-SR ont été formulées.

Le deuxième objectif de ce projet doctoral est d'examiner la relation entre l'ÉSPT-C des mères, leurs pratiques éducatives ainsi que les symptômes psychologiques rapportés par leur enfant en contexte de mauvais traitements sexuels.

Les deux recherches qui composent cette thèse sont de nature empirique. Le premier chapitre présente un article qui s'intitule « Évaluation d'un questionnaire mesurant les symptômes d'état de stress post-traumatique-complexe chez l'adulte » qui a été soumis en février 2012 à la Revue européenne de psychologie appliquée. Le deuxième chapitre, quant à lui, décrit une étude dont le titre est « L'état de stress-

post-traumatique-complexe et les pratiques éducatives de mères d'enfants victimes d'agression sexuelle: étude de leur relation avec les symptômes des enfants » qui a été soumis à la Revue canadienne de service social en février 2012.

Chapitre 1

Évaluation d'un questionnaire mesurant les symptômes d'état de stress post-traumatique-complexe chez l'adulte

Article soumis à la Revue européenne de psychologie appliquée

Titre courant : ÉVALUATION DU SIDES

Évaluation de la version francophone d'un questionnaire mesurant les symptômes d'état de stress post-traumatique-complexe chez l'adulte

Mylène Payer, Mireille Cyr et Pierre McDuff

Université de Montréal

Cette étude a bénéficié du soutien financier du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS) sous la forme de subvention de recherche à la deuxième auteure de même que de la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants dont elle est la co-titulaire. La première auteure a bénéficié du soutien financier du FQRSC (Fonds Québécois de la Recherche sur la société et la culture), du CRIPCAS et de la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Mireille Cyr, Université de Montréal, Département de psychologie, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal, Québec, H3C 3J7.

Résumé

La présente étude documente les qualités psychométriques de la version francophone du questionnaire *Structured Interview for Disorder of Extreme Stress-Self-Report* (SIDES-SR). Le SIDES-SR permet d'évaluer la présence de difficultés liées au stress post-traumatique-complexe (ÉSPT-C) qui se développe au cours de l'enfance lors d'une exposition prolongée à des mauvais traitements. Cette recherche préliminaire est la première à avoir testé empiriquement la version francophone du questionnaire. L'analyse factorielle permet d'identifier 5 facteurs : les croyances négatives par rapport aux autres et au futur, la gestion des affects, l'évitement des contacts physiques et sexuels, la somatisation et la prise de risques. La cohérence interne et la fidélité test-retest de l'échelle totale sont très satisfaisantes alors que celles d'une majorité de facteurs varient d'acceptables à satisfaisantes. La validité convergente, divergente et concurrente des facteurs obtenus ont été documentées et s'avèrent satisfaisantes pour une majorité de facteurs. Des pistes de recherche futures pour améliorer l'instrument et permettre l'évaluation de l'état de stress post-traumatique-complexe sont proposées.

Mots-clés : évaluation, état de stress post-traumatique-complexe, traumatismes, analyse factorielle, fidélité, validité

Abstract

The present study documents the psychometric properties of the French version of the *Structured Interview for Disorder of Extreme Stress-Self-Report* (SIDES-SR). The SIDES-SR measures symptoms of complex posttraumatic stress disorder; psychological changes occurring with prolonged exposure to extreme stress during childhood. This preliminary research is the first to provide an empirical examination of the French version of the SIDES-SR. The factor analysis identifies 5 factors: negative beliefs about others and the future, management of affects, avoidance of physical and sexual contact, somatization and risk-taking behaviours. The internal consistency and test-retest reliability of the full scale are very satisfactory, while those for the factors vary from acceptable to good. Convergent, divergent and concurrent validity for factors were documented and are satisfactory for a majority of factors. Avenues for future research to improve the instrument and allow an evaluation of complex posttraumatic stress disorder are discussed.

Keywords: assessment, complex posttraumatic stress disorder, trauma, factorial analysis, reliability, validity

Évaluation d'un questionnaire mesurant les symptômes d'état de stress post-traumatique-complexe chez l'adulte

Les enfants qui subissent des mauvais traitements grandissent dans un environnement caractérisé par la violation de leur intégrité physique et psychologique ainsi que par l'impuissance et la peur (Herman, 1992; Wolfsdorf & Zlotnick, 2001). Certains auteurs proposent que les conséquences psychologiques à long terme associées aux traumatismes survenus dans l'enfance soient situées le long d'un continuum (Briere & Spinazzola, 2005). D'un côté du continuum se retrouvent les symptômes d'état de stress post-traumatique (ÉSPT) notés chez les individus exposés à un événement traumatisant isolé, tel qu'un accident de voiture ou une catastrophe naturelle. Ces symptômes incluent la reviviscence de l'événement traumatique, l'évitement de ce qui rappelle le trauma et l'hyperactivation émotionnelle. À l'autre extrémité du continuum, se retrouvent les réactions émotionnelles associées à une exposition intense ou prolongée à un trauma d'ordre relationnel, qui survient généralement alors que l'individu est vulnérable sur le plan développemental. Les efforts déployés par les individus ayant subi des mauvais traitements pour s'adapter à l'exposition quotidienne à des stressors majeurs mènent au développement d'une régulation émotionnelle et somatique déficitaire, à une perception négative de soi, à l'apparition de symptômes dissociatifs, à des difficultés relationnelles, à des changements de croyances en plus des symptômes traditionnellement associés à l'ÉSPT (Herman, 1992). Plusieurs chercheurs se sont intéressés à ce nouveau concept dans les dernières années (Briere & Spinazzola, 2005; Herman, 1992; Kinniburgh, Blaustein, Spinazzola & van der Kolk, 2005; Zlotnick et Perlstein, 1997; Zucker, Spinazzola, Blaustein & van der Kolk, 2006). C'est ainsi que le *Structured Interview for Disorders of Extreme Stress* (SIDES), sous la forme d'une entrevue semi-structurée et d'un questionnaire auto-rapporté (SIDES-SR), a été développé pour évaluer les symptômes liés à l'ÉSPT-C auprès d'une population adulte (Pelcovitz, van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan & Resick, 1997).

Description du questionnaire SIDES-SR

Le SIDES-SR est un questionnaire auto-administré de 45 items qui permet d'évaluer les symptômes liés à l'ÉSPT-C. L'instrument mesure la présence de symptômes chez le répondant au cours de sa vie à l'aide d'une échelle dichotomique (oui/non) ainsi que l'intensité des difficultés vécues au cours des derniers mois à l'aide d'une échelle de type Likert en 4 points. Un score plus élevé représente un degré de sévérité plus grand du symptôme mesuré. La première échelle du questionnaire contient 19 items alors que les cinq autres échelles comprennent chacune 5 items. De façon plus détaillée, la première échelle de l'instrument permet d'évaluer la régulation émotionnelle qui inclut différentes sous-dimensions, telles la gestion des affects, l'automutilation, les préoccupations suicidaires, la prise de risques et la modulation de l'engagement sexuel. La deuxième échelle permet d'évaluer les symptômes dissociatifs. La troisième échelle mesure, quant à elle, les difficultés liées à la perception de soi, notamment le sentiment d'être inefficace, endommagé et différent ainsi que la culpabilité et la honte. La quatrième échelle permet d'évaluer la capacité à entrer en relation alors que la cinquième échelle évalue les symptômes de somatisation. Finalement, la sixième échelle mesure les croyances par rapport au monde et au futur.

Les items du SIDES ont d'abord été élaborés à partir d'une recension des écrits scientifiques réalisée par Spitzer et ses collègues (1989) concernant les difficultés psychologiques et comportementales qui découlent de l'exposition à des mauvais traitements ou des stress extrêmes (p. ex., camps de concentration, viol, torture). Des experts dans le domaine ont été invités à commenter et à modifier la liste des symptômes élaborée pour créer et regrouper les items dans différentes échelles.

Certaines qualités psychométriques de la version anglaise originale du SIDES sous la forme d'une entrevue ont été démontrées dans le cadre d'études antérieures (Pelcovitz et al., 1997; Zlotnick et Perlstein, 1997). Or, une seule étude a testé empiriquement la structure factorielle de l'entrevue SIDES en anglais en plus d'évaluer la cohérence interne, la validité convergente, divergente et concurrente des

facteurs obtenus. En effet, Scoboria et ses collègues (2008) ont d'abord réalisé une analyse factorielle exploratoire auprès de 231 individus qui participaient à une thérapie en raison de problèmes de toxicomanie et qui avaient tous été exposés à un événement traumatique. Les auteurs ont ensuite testé la solution obtenue auprès d'un second échantillon formé de 447 adultes provenant d'une population non clinique d'adultes incarcérés ayant majoritairement vécu des traumatismes. Cette démarche a permis de conclure que la structure factorielle demeurait stable au sein de ces deux échantillons et que l'évaluation de l'ÉSPT-C à l'aide du SIDES pouvait être réalisée auprès de populations présentant des symptômes d'une intensité variable. Plus précisément, la solution factorielle obtenue expliquait 40.9% de la variance, en utilisant 20 des 45 items du questionnaire, et se divisait en cinq facteurs distincts, soit 1) le sentiment d'être démoralisé, endommagé, pessimiste et aliéné des autres (six items ; étude 1: $\alpha = .67$; étude 2: $\alpha = .80$), 2) la somatisation (quatre items ; étude 1: $\alpha = .71$; étude 2: $\alpha = .77$), 3) la régulation et l'expression des affects de détresse et de colère (quatre items; étude 1: $\alpha = .69$; étude 2 : $\alpha = .64$), 4) les comportements à risque et l'automutilation (quatre items; étude 1: $\alpha = .67$; étude 2 : $\alpha = .66$) et 5) l'évitement des contacts physiques et sexuels (deux items ; étude 1: $\alpha = .67$; étude 2: $\alpha = .67$). La cohérence interne de l'échelle totale était satisfaisante malgré la perte importante d'items (étude 1: $\alpha = .77$; étude 2: $\alpha = .87$). L'analyse de la validité convergente des facteurs dans cette étude permet de conclure que l'ÉSPT-C s'apparente à l'ÉSPT, à la dépression et au trouble de la personnalité limite, bien que le concept demeure toutefois différent. Comme le concept d'ÉSPT-C n'est pas intrinsèquement lié au genre et au sexe, la validité divergente a été démontrée par de faibles corrélations observées entre les facteurs et ces variables sociodémographiques. Sur le plan de la validité concurrente, les résultats de la seconde étude de Scoboria et de ses collègues (2008) suggèrent que l'échelle totale du SIDES sous la forme d'entrevue et l'ensemble des facteurs qui la composent permettent de distinguer les individus qui ont vécu ou non des traumatismes dans l'enfance. Il est à noter qu'à ce jour, il n'existe aucune étude publiée connue ayant documenté les qualités psychométriques de la version auto-rapportée du questionnaire SIDES-SR d'où l'intérêt du présent projet de s'y intéresser par le biais d'une étude préliminaire.

Objectifs

La présente étude a comme visée de vérifier empiriquement la structure de la version francophone du questionnaire SIDES-SR à l'aide d'une analyse factorielle et d'établir les qualités psychométriques de l'instrument en fonction des facteurs obtenus. La fidélité de l'instrument, notamment sa cohérence interne et sa stabilité temporelle sur une période de six semaines seront mesurées. De plus, la validité convergente et divergente de l'instrument ainsi que sa validité concurrente seront évaluées. Différentes hypothèses peuvent être émises. Pour la validité concurrente, l'échelle totale du SIDES-SR ainsi que ses dimensions devraient permettre de distinguer les individus ayant ou non subi des mauvais traitements dans l'enfance. En ce qui concerne la validité convergente et divergente, les hypothèses suggérées sont les suivantes: 1) les items qui décrivent les croyances seront corrélés de manière plus substantielle avec les échelles mesurant les schémas cognitifs, 2) les items mesurant la régulation émotionnelle seront associés de manière plus marquée à l'échelle d'ÉSPT et à l'hostilité, 3) la somatisation sera davantage liée à une autre mesure des problèmes physiques et 4) l'échelle totale du SIDES-SR sera surtout corrélée à l'échelle d'ÉSPT et 5) les facteurs du SIDES-SR et l'échelle totale seront peu corrélés avec le sexe et l'âge des participants.

Méthode

Participants

L'échantillon est formé de 438 participants. Au total, 243 étudiants des départements de psychologie, de biologie, d'enseignement et d'une classe d'accueil de l'Université de Montréal ont participé à cette étude. De ce nombre, 82 ont complété le questionnaire à deux reprises (intervalle de six semaines) et ce, afin d'évaluer la stabilité temporelle de l'instrument. Un numéro indiqué sur les questionnaires lors du premier temps de mesure a permis d'associer les questionnaires au temps 2 pour permettre ce type d'analyse. Les 196 autres participants ont été sollicités dans la salle d'attente d'une clinique médicale sans rendez-vous et dans des centres communautaires de la grande région de Montréal.

Une majorité d'individus qui ont participé à l'étude sont des femmes (79.4%). L'âge moyen des individus est de 29.4 ans ($ET = 13.3$) et ils ont complété en moyenne 14.2 ($ET = 2.1$) années de scolarité. En ce qui a trait à l'occupation professionnelle, 22.1% de l'échantillon travaillent à temps plein, 43.9% à temps partiel, 24.8% étudient uniquement, 2.9% sont bénéficiaires d'une assistance sociale ou sont sans revenu et 5.1% sont à la retraite. Près de la moitié (42.5%) des participants ont un revenu personnel annuel inférieur à 30 000\$, alors que 53,5% ont un revenu entre 30 000\$ et 70 000\$ et 4.0% individus ont un revenu supérieur à 70 000\$. Au total, 76.7% des participants ont rapporté avoir été exposés à un traumatisme relationnel avant l'âge de 18 ans. Parmi les participants, 14.7% ont été victimes d'agression sexuelle, 57.6% d'agression physique, 43.4% de violence psychologique et 10.1% de négligence.

Instruments de mesure

Afin d'obtenir une version traduite du SIDES-SR qui soit la plus équivalente possible à la version originale sur le plan conceptuel, culturel et linguistique, la méthode de traduction inversée, recommandée par Vallerand (1989), a été privilégiée. Pour ce faire, deux personnes ayant une bonne connaissance de l'anglais et du français et du concept d'ÉSPT-C ont traduit le questionnaire séparément. Les deux versions ont ensuite été comparées et modifiées au besoin. Une fois un consensus obtenu, cette version du questionnaire a été traduite en anglais séparément par deux individus bilingues ayant une formation avancée en psychologie. Une version finale du questionnaire a été obtenue par la comparaison des deux versions en anglais du questionnaire, ce qui a permis d'identifier les items à reformuler pour que la version francophone de l'instrument soit la plus comparable possible à la version originale du SIDES-SR en anglais.

De plus, différents questionnaires ont été complétés par les participants pour évaluer la validité convergente du SIDES-SR et documenter les caractéristiques sociodémographiques des participants ainsi que les traumatismes vécus par ceux-ci dans l'enfance. Dans un but de concision, pour chaque description de questionnaire, le premier auteur cité est celui ayant créé le questionnaire. Il est suivi du nom de l'auteur qui a traduit l'instrument en français.

Modified PTSD Symptom Scale – Self-Report (MPSS; Falsetti, Resnick, Resick & Kilpatrick, 1993; Stephenson, Marchand, Marchand & Di Blasio, 2000). Ce questionnaire auto-rapporté évalue la sévérité et la fréquence de 17 symptômes liés à l'ÉSPT (*American Psychiatric Association*, 1994) au cours des deux dernières semaines. L'échelle de sévérité est utilisée dans le cadre de cette étude. Plus le score obtenu est élevé, plus les symptômes sont jugés sévères. Stephenson et ses collègues (2000) rapportent un coefficient alpha et une fidélité test-retest très satisfaisants pour l'échelle de sévérité du questionnaire ($\alpha = .95$; $r = .98$). La validité convergente de l'instrument a aussi été démontrée par des corrélations significatives assez fortes obtenues entre le MPSS et une mesure de l'évitement et de l'intrusion en lien avec un événement traumatique (Guay, Marchand, Iucci & Martin, 2002). La validité concurrente de l'instrument a également été confirmée par ces auteurs.

Inventaire bref de symptômes (SCL-90-R; Derogatis, 1977; Fortin & Coutu-Wakulczyk, 1985). Ce questionnaire de 53 items comprend neuf échelles qui permettent d'évaluer différents symptômes psychologiques dont deux ont été utilisés dans la présente étude, soit les échelles mesurant la somatisation (cinq items) et l'hostilité (quatre items). Le degré de détresse causé par chaque symptôme est mesuré à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 1 « pas du tout/jamais » à 4 « excessivement/très souvent » au cours des sept derniers jours. Pour chacune des échelles, la moyenne des scores obtenus est calculée. Une moyenne élevée suggère la présence de difficultés plus marquées chez le participant pour le symptôme mesuré. La cohérence interne de ces échelles est jugée satisfaisante (somatisation : $\alpha = .80$ et hostilité : $\alpha = .78$; Fortin et Coutu-Wakulczyk, 1985). La fidélité test-retest de ces dimensions est aussi assez satisfaisante (somatisation : $r = .68$, et hostilité : $r = .81$). La validité convergente de l'instrument a été confirmée en établissant des corrélations avec des échelles mesurant des concepts similaires (Gosselin & Bergeron, 1993).

Questionnaire des schémas (QDS-R; Young & Brown, 1994; Young, Pascal & Cousineau, 2005). Ce questionnaire est utilisé pour documenter deux schémas cognitifs inadaptés à l'aide d'une échelle de type Likert en six points (1 « absolument faux » à 6 « me décrit parfaitement »), soit les schémas en lien avec l'isolement social

(trois items) et le sentiment d'imperfection (deux items). Pour chaque schéma, une moyenne élevée signifie que le schéma inadapté est davantage présent chez le participant. Les dimensions d'isolement social et d'imperfection permettent de distinguer les adultes qui ont ou non un diagnostic de santé mentale (Hawke & Provencher, 2012). Les auteurs affirment que ces dimensions ont également une cohérence interne satisfaisante ($\alpha = .86$ et $\alpha = .90$ respectivement). Les coefficients alphas pour la version abrégée de ces sous-échelles sont de $\alpha = .63$ et $\alpha = .72$ dans la présente étude.

Early Trauma Inventory (Bremner, Bolus & Mayer, 2007; Hébert, Cyr & Zuk, 2008). La forme abrégée de ce questionnaire comprend 12 items qui permettent d'évaluer les agressions physiques, psychologiques et sexuelles vécues par les participants avant l'âge de 18 ans à l'aide de choix de réponses dichotomiques. Trois items ont également été ajoutés au questionnaire afin d'évaluer si les participants ont subi de la négligence dans l'enfance. La somme des événements vécus par les participants est utilisée pour documenter la sévérité des mauvais traitements vécus. La cohérence interne de l'instrument est très satisfaisante (alphas qui varient de $\alpha = .78$ à $\alpha = .91$ selon les sous-échelles; Bremner et al., 2007). La validité convergente de l'instrument a également été démontrée grâce à des corrélations significatives assez fortes obtenues avec un questionnaire mesurant les symptômes d'ÉSPT.

Questionnaire sociodémographique. Un questionnaire sociodémographique a été utilisé afin de recueillir des informations sur les caractéristiques des participants (âge, sexe, scolarité, etc.).

Procédure

En ce qui a trait au recrutement, des assistantes de recherche ont décrit brièvement le but de l'étude au début des cours à l'Université ou individuellement à chaque personne présente dans les lieux publics visités. Les participants ont été invités à lire et à compléter un formulaire de consentement ainsi qu'un questionnaire et à les déposer dans une boîte mise à leur disposition par respect de la

confidentialité. Il a été expliqué que le refus de participer au projet n'allait aucunement influencer les services reçus à l'endroit où ils ont été sollicités. Le consentement de tous les participants a été obtenu par écrit. Cette recherche a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal.

Résultats

Les résultats de l'analyse factorielle et les différentes qualités psychométriques de la version francophone du SIDES-SR sont traitées successivement.

Les items de l'instrument ont d'abord été soumis à une analyse factorielle confirmatoire de type *Principal Axis Factor* afin de déterminer s'ils se regroupent en facteurs comparables aux échelles proposées pour l'instrument dans l'étude de Scoboria et de ses collaborateurs (2008). Pour ce faire, seuls les 335 participants ayant été exposés à des mauvais traitements avant l'âge de 18 ans ont été inclus dans les analyses. Une rotation oblique est effectuée (*Oblimin*) puisque les facteurs corrélaient entre eux. L'attribution des items à un facteur est déterminée selon le poids de leur saturation sur les différents facteurs. Parmi les 45 items du SIDES-SR, 21 sont conservés dans l'analyse factorielle alors que les autres ne présentent pas un niveau de saturation assez élevé sur un facteur pour être conservés dans les analyses (inférieur à .33). Les cinq facteurs obtenus à partir de l'analyse factorielle permettent d'expliquer 37.8% de la variance totale du questionnaire. Les items regroupés selon les facteurs sont présentés au Tableau 1. Le facteur 1 (cinq items; variance expliquée : 20.2%) regroupe des items qui décrivent le pessimisme et les croyances négatives par rapport au futur et par rapport aux relations aux autres. Le facteur 2 (cinq items; variance expliquée : 5.3%) représente la gestion des affects. Le facteur 3 (trois items; variance expliquée : 4.5%) décrit l'évitement des contacts physiques et sexuels. Le facteur 4 (quatre items; variance expliquée : 4.1%) regroupe les symptômes de somatisation. Le facteur 5 (quatre items; variance expliquée : 3.7%) décrit la prise de risques, soit l'indifférence par rapport à sa sécurité et l'engagement dans des activités jugées dangereuses.

Afin d'évaluer la cohérence interne des échelles du SIDES-SR en fonction des facteurs obtenus, les alphas de Cronbach ont été calculés (Tableau 2). La cohérence interne varie d'acceptable à satisfaisante pour les facteurs, à l'exception de celle du facteur 5 qui est peu satisfaisante. La cohérence interne de l'échelle totale est, quant à elle, très satisfaisante ($\alpha = .82$).

La stabilité temporelle de l'instrument a été mesurée après un délai de six semaines. Des corrélations assez fortes qui varient entre $r = .66$ et $r = .77$ ($p < .01$) sont observées pour une majorité de facteurs alors que la corrélation pour l'échelle totale du questionnaire est de $r = .79$, suggérant une fidélité test-retest très satisfaisante. La stabilité temporelle des facteurs d'évitement des contacts physiques et sexuels et de somatisation est toutefois plus modérée ($r = .57$ et $r = .59$, $p < .01$ respectivement).

Les validités convergente et divergente de l'instrument ont également été évaluées. Les corrélations obtenues entre les facteurs qui composent le SIDES-SR dans la présente étude et d'autres questionnaires sont présentés au Tableau 3. Tel qu'attendu, des corrélations plus marquées sont observées entre le facteur des croyances négatives et les échelles mesurant les schémas cognitifs d'isolement social et d'imperfection. Une assez forte corrélation est également notée entre ce facteur et l'échelle d'ÉSPT. De plus, une plus forte corrélation s'observe entre le facteur de gestion des affects, l'échelle d'ÉSPT et celle de la gestion de l'hostilité. Le facteur de somatisation corrèle de façon plus importante avec l'échelle évaluant des symptômes de somatisation. Toutefois, le facteur d'évitement des contacts sexuels et physiques et celui de la prise de risques corréleront plus faiblement avec les autres échelles. La validité convergente de ces deux facteurs n'a pas pu être testée par la mise en relation avec d'autres échelles mesurant des concepts similaires compte tenu de l'absence d'échelles mesurant précisément ces concepts initialement incluses dans l'expérimentation. Sur le plan de la validité divergente, des faibles corrélations variant de $r = .00$ à $r = .16$ sont notées entre l'âge, le sexe et les différents facteurs du questionnaire. En ce qui concerne les relations inter-facteurs, des corrélations faibles à modérées variant entre $r = .11$ et $r = .47$ sont observées (Tableau 2). Des

corrélations plus fortes sont notées entre les échelles originales qui composaient initialement le questionnaire (r entre .38 à .66).

En ce qui concerne la validité concurrente de l'instrument, les scores moyens obtenus sur la mesure du SIDES-SR sont significativement supérieurs pour les victimes de mauvais traitements dans l'enfance et ce, pour le facteur des croyances pessimistes ($t(432) = -7.08, p < .001; \eta^2 = .10$), la gestion des affects ($t(430) = -.47, p < .05; \eta^2 = .05$), la somatisation ($t(432) = -4.00, p < .001; \eta^2 = .04$), la prise de risques ($t(433) = -4.94, p < .01; \eta^2 = .05$) et l'échelle totale ($t(429) = -7.08, p < .01; \eta^2 = .11$). Le facteur d'évitement des contacts physiques et sexuels ne permet toutefois pas de distinguer les participants qui ont subi des mauvais traitements des autres individus ($t(433) = -2.67, p = ns$). La majorité des facteurs qui composent le SIDES-SR permet donc d'identifier les individus qui ont subi des mauvais traitements dans l'enfance de ceux qui n'ont pas subi de telles expériences traumatiques.

Discussion

La présente étude visait à décrire les qualités psychométriques d'une traduction du questionnaire SIDES-SR pour des adultes francophones.

Les analyses statistiques conduites révèlent une structure factorielle composée de cinq facteurs, soit les croyances négatives par rapport aux autres et au futur, la gestion des affects, l'évitement des contacts physiques et sexuels, la somatisation et la prise de risques. Ces résultats appuient les cinq dimensions également identifiées dans l'étude de Scoboria et de ses collaborateurs (2008). Or, lorsque comparée à la structure originale proposée pour le SIDES, plusieurs différences sont notées. Tout d'abord, la grande hétérogénéité des items compris dans l'échelle de la régulation émotionnelle pourrait expliquer que les sous-échelles de la gestion des affects, l'évitement des contacts physiques et sexuels et la prise de risques se soient divisées en trois facteurs distincts dans la présente étude, tout comme dans l'étude de Scoboria et de ses collègues. Les résultats de l'analyse factorielle dans la présente étude permettent d'identifier certains items qui se sont retrouvés dans des facteurs inattendus. Par exemple, en ce qui concerne le facteur de la gestion des affects, la

présence d'un item provenant de l'échelle de la capacité à entrer en relation (« J'ai de la difficulté à surmonter les conflits dans mes relations») peut s'expliquer par la formulation de l'item qui peut être perçu comme une difficulté à gérer ses émotions en situation conflictuelle. De plus, l'item « J'ai l'impression que des expériences traumatisantes continuent de m'arriver » provenant de l'échelle mesurant les difficultés relationnelles découlant de l'ÉSPT-C s'est retrouvé dans le facteur des croyances pessimistes. Cette croyance négative par rapport aux autres peut s'ajouter aux autres pensées pessimistes décrites dans ce facteur. L'item « J'ai envie de me tuer » initialement prévu dans l'échelle de la régulation émotionnelle s'est également retrouvé dans ce facteur. L'interprétation négative des événements et les croyances pessimistes par rapport au futur peuvent être associées à une plus grande propension à effectuer des tentatives de suicide (Hirsch, Wolford, Lalonde, Brunk & Parker-Morris, 2009), ce qui peut expliquer que cet item se retrouve dans ce facteur. Des facteurs distincts mesurant la dissociation, la perception de soi et la capacité à entrer en relation n'ont pas été notés tant dans la présente étude que dans celle de Scoboria et de ses collègues (2008). L'absence de certaines dimensions de l'ÉSPT-C dans les résultats de l'analyse factorielle et la perte de plusieurs items dans la présente recherche semblent s'expliquer par le manque de spécificité des items de certaines dimensions du questionnaire. En effet, les fortes corrélations entre les items du questionnaire ont pu entraîner l'élimination de plusieurs d'entre eux en raison de leur saturation sur différents facteurs. Il demeure donc nécessaire pour les recherches futures de produire de nouveaux items dont la spécificité sera bonifiée pour que chacune des dimensions de l'ÉSPT-C, incluant la dissociation, la perception de soi et la capacité à entrer en relation se retrouvent dans la solution factorielle de l'instrument.

Les résultats obtenus suggèrent que la cohérence interne d'une majorité de facteurs de l'instrument varie d'acceptable à très satisfaisante. La cohérence interne du facteur de la gestion des affects est supérieure à celles obtenues dans l'étude de Scoboria et de ses collègues (2008) alors que celles des facteurs des croyances négatives, d'évitement des contacts physiques et sexuels et de l'échelle totale sont comparables d'une étude à l'autre. Toutefois, les coefficients alphas des facteurs de

somatiation et de la prise de risques sont inférieurs à ceux obtenus par Scoboria et ses collaborateurs. Le petit nombre d'items qui composent ces facteurs dans la présente étude peut avoir atténué leur cohérence interne. De plus, il est à noter que la recherche de Scoboria et de ses collègues portait sur le SIDES sous la forme d'entrevue en anglais auprès d'échantillons provenant de populations différentes, ce qui peut expliquer les différences notées avec la présente recherche.

En outre, les résultats démontrent que la version francophone du SIDES-SR possède une stabilité temporelle très satisfaisante pour les facteurs de croyances pessimistes par rapport au monde et au futur, de gestion des affects, de la prise de risques et pour l'échelle totale. La fidélité test-retest des facteurs d'évitement des contacts physiques et sexuels et de somatiation pourrait toutefois être bonifiée. Cette qualité psychométrique du SIDES-SR n'a pas été documentée dans d'autres études, ce qui limite la possibilité de comparer les résultats de la présente étude à d'autres données.

Les résultats obtenus dans le cadre de ce projet démontrent la validité convergente de trois des cinq facteurs de la version francophone du SIDES-SR ainsi que de l'échelle totale puisque des corrélations plus substantielles ont été notées entre ces facteurs et les échelles mesurant des concepts similaires. En ce sens, Scoboria et ses collaborateurs (2008) obtiennent des résultats semblables dans le cadre de leur étude. Il n'a toutefois pas été possible d'évaluer la validité convergente pour les facteurs d'évitement des contacts physiques et sexuels ainsi que pour le facteur de la prise de risques. La mise en relation de ces dimensions avec des échelles mesurant des concepts similaires (p. ex., difficultés liées à la sexualité et échelle d'impulsivité) pourrait permettre de documenter la validité de ces items. De plus, les corrélations modérées notées entre les facteurs du SIDES-SR et les échelles mesurant des concepts similaires confirment que les facteurs du SIDES-SR évaluent des construits qui s'apparentent aux échelles avec lesquels ils ont été mis en relation. La relation de force modérée notée entre l'échelle totale du SIDES-SR et le MPSS suggère que l'ÉSPT et l'ÉSPT-C sont semblables tout en demeurant assez différents pour ne pas être redondants. De plus, les faibles corrélations inter-facteurs observées indiquent

que les facteurs évaluent différents aspects de l'ÉSPT-C tout en étant englobés dans un même concept. Finalement, la validité divergente de l'ensemble des facteurs a été démontrée par les faibles corrélations notées avec des variables sociodémographiques telles que dans l'étude de Scoboria et de ses collègues (2008).

Sur le plan de la validité concurrente, il a été possible d'observer que l'échelle totale ainsi que l'ensemble des facteurs, à l'exception de celui de l'évitement des contacts physiques et sexuels, permettent de distinguer les individus qui ont vécu ou non des mauvais traitements dans l'enfance. Ces résultats suggèrent donc que l'instrument mesure les difficultés psychologiques retrouvées précisément chez une population ayant une histoire de victimisation. Toutefois, le facteur d'évitement des contacts physiques et sexuels mériterait d'être composé de plus d'items mesurant spécifiquement des difficultés rencontrées chez les survivants de traumatismes relationnels intenses ou répétés subis dans l'enfance puisque les items actuels ne permettent pas de distinguer ces individus de ceux n'ayant pas subi de telles expériences traumatiques.

Limites de la présente étude

La présente étude comporte deux principales limites. La première se retrouve dans les caractéristiques de l'échantillon qui est majoritairement composé de femmes étudiantes à l'Université de Montréal. Par conséquent, les résultats sont peu généralisables à d'autres populations.

Une autre limite de la présente recherche tient au fait d'avoir évalué la validité convergente du SIDES-SR à l'aide d'échelles abrégées mesurant des concepts similaires aux dimensions du concept d'ÉSPT-C. Ainsi, dans des recherches futures, il serait préférable d'utiliser des échelles complètes pour documenter la validité de l'instrument. De plus, la mise en relation du SIDES-SR avec un autre instrument mesurant précisément les symptômes d'ÉSPT-C aurait été souhaitable pour documenter la validité convergente du questionnaire en notant les corrélations entre les différentes dimensions des deux instruments. Toutefois, aucun test mesurant ce concept n'était disponible lors de la réalisation de la présente étude.

Pistes de recherche future

Des pistes de recherche futures peuvent être formulées dans le but de pallier aux critiques énoncées concernant le présent projet et ainsi améliorer le questionnaire SIDES-SR traduit en français.

Tout d'abord, il serait souhaitable de reproduire la présente étude auprès d'un échantillon composé d'hommes et de femmes, provenant de la population générale et de populations cliniques, pour déterminer si les résultats obtenus sont constants d'une population à l'autre et pour procéder à une validation rigoureuse du questionnaire.

De plus, la relation entre le SIDES-SR et un autre instrument mesurant l'ÉSPT-C pourrait être évaluée, ce qui permettrait de confirmer les résultats obtenus dans la présente étude sur le plan de la validité convergente. Pour la validité divergente, il pourrait être pertinent d'évaluer la relation entre des concepts différents à l'ÉSPT-C pour répliquer les résultats obtenus dans une étude ultérieure (p. ex., mesure de désirabilité sociale ou d'autres troubles psychologiques différents).

Finalement, les résultats des analyses factorielles, tant dans notre étude que dans celle de Scoboria et ses collègues (2008), ainsi que le nombre limité d'items conservés à la suite de ces analyses, nous indiquent que l'instrument devrait être revu afin d'y inclure les dimensions que l'on souhaitait initialement mesurer. L'élaboration de nouveaux items pourrait bonifier la cohérence interne et la spécificité des échelles. Ensuite, une analyse de validation s'imposera pour confirmer la structure factorielle de cette version modifiée du SIDES-SR. Il sera également pertinent d'établir de nouvelles normes pour décrire la sévérité des symptômes d'ÉSPT-C documentés à partir des nouvelles échelles du SIDES-SR.

Somme toute, bien que les items de la traduction francophone du SIDES-SR demandent à être retravaillés dans des études subséquentes, la présente recherche constitue un apport substantiel aux connaissances disponibles concernant l'étude de l'ÉSPT-C. Les résultats obtenus confirment donc l'intérêt de modifier et de raffiner le questionnaire qui présente des qualités psychométriques intéressantes et offrent ainsi

des pistes de travail précises pour les chercheurs qui désireront poursuivre le développement de cet outil.

Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e ed.). Washington, DC: Author.
- Bremner J. D., Bolus, R., & Mayer, E. (2007). Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-Self-Report (ETI-SR). *Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*, 211-128.
- Briere, J. & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, *18*, 401-412.
- Derogatis, L.R. (1977). *The SCL-90 Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
- Falsetti, S.A., Resnick, H.S., Resick, P.A., & Kilpatrick, D.G. (1993). The modified PTSD symptom scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist*, *16*, 161-172.
- Fortin, F. & Coutu-Wakulczyk, G. (1985). *Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale, le SCL-90-R*. Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Gosselin, M. & Bergeron, J. (1993). *Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R*. Montréal : Cahiers de recherche du RISQ.
- Guay, S., Marchand, A., Iucci, S., & Martin, A. (2002). Validation de la version québécoise de l'échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique. *Revue québécoise de psychologie*, *23*, 257-269.

- Hawke, L.D, & Provencher, M. D. (2012). The Canadian French young schema questionnaire: Confirmatory factor analysis and validation in clinical and nonclinical samples. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 44, 40-49.
- Hébert, M., Cyr, M., & Zuk, S. (2008). *Inventaire des traumatismes de l'enfance. Traduction du Early Trauma Inventory (ETI, 2007) de Bremner, Bolus et Mayer*. Document inédit. Montréal : Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY, US: Basic Books.
- Hirsch, J.K., Wolford, K., Lalonde, S.M., Brunk, L., & Parker-Morris, A. (2009). Optimistic explanatory style as a moderator of the association between negative life events and suicide ideation. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 30, 48-53.
- Kinniburgh, K.J., Blaustein, M., Spinazzola J., & van der Kolk, B.A. (2005). Attachment, self-regulation and competency. *Psychiatric Annals*, 35, 424-430.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *Journal of Traumatic stress*, 10, 3-16.
- Scoboria, A., Ford, J., Lin, H., & Frisman, L. (2008). Exploratory and confirmatory factor analyses of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress. *Assessment*, 15, 404-425.
- Spitzer, R., Kaplan, S., & Pelcovitz, D. (1989). Victimization disorder: A needed addition to DSM-IV. *Proceedings of the 142nd Annual Meeting of the American Psychiatric Association Summary*, 142, 234.
- Stephenson, R., Marchand, L., Marchand, A., & Di Blasio, L. (2000). Examination of the psychometric properties of a brief PTSD measure on a French-Canadian

- undergraduate population. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 29, 65-73.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne*, 30, 662-680.
- Wolfsdorf, B.A., & Zlotnick, C. (2001). Affect management in group therapy for women with posttraumatic de stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 169–181.
- Young, J.E., & Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire. Dans J. E. Young (Dir.), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (2nd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J.E., Pascal, B., & Cousineau, P. (2005). *Questionnaire des Schémas de Young (YSQ-S3)*. New York, NY: Schema Therapy Institute.
- Zlotnick, C., & Pearlstein T. (1997). Validation of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 243-247.
- Zucker, M., Spinazzola, J., Blaustein, M., & van der Kolk, B.A. (2006). Dissociative symptomatology in posttraumatic stress disorder and disorders of extreme stress. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7, 19-31.

Tableau 1

Analyse factorielle : saturations significatives des items sur les facteurs

Items	F1	F2	F3	F4	F5
	Croyances	Affects	Évitement	Somatisation	Risques
11. Penser se tuer	.39				
34. Trauma continue	.34				
41. Désespoir futur	.52				
42. Bonheur relation	.40				
44. Vie a perdu son sens	.68				
1. Problèmes contrariant		-.64			
2. Difficulté à continuer		-.66			
3. Difficulté à se calmer		-.72			
4. Fâché souvent		-.49			
6. Contrôle colère		-.48			
33. Surmonter conflits					
13. Dérange toucher			-.60		
14. Touchers sexuels			-.79		
15. Évite sexualité			-.53		
36. Douleurs digestives				.43	
37. Douleurs membres				.53	
38. Douleurs cardiovasculaires				.62	
39. Douleurs conversion				.61	
9. Indifférence sécurité					.41
16. Pensées sexualité					.49
18. Danger sexualité					.33
19. Exposition dangers					.56

Tableau 2

La cohérence interne des facteurs et les corrélations inter-facteurs

	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4	Facteur 5
Facteur 1	(.74)	.47**	.31**	.38**	.32**
Facteur 2		(.76)	.16**	.40**	.19**
Facteur 3			(.65)	.18**	.11*
Facteur 4				(.65)	.15**
Facteur 5					(.53)

Note : Les coefficients alphas de chaque facteur se retrouvent entre parenthèses sur la diagonale.

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tableau 3

La validité convergente du SIDES-SR : Corrélations entre les facteurs et les échelles mesurant les schémas cognitifs, l'ÉSPT, l'hostilité et la somatisation

Facteurs	Isolement	Imperfection	ÉSPT	Hostilité	Somatisation
Facteur 1	.47**	.53**	.49**	.34**	.29**
Facteur 2	.23**	.32**	.48**	.53**	.34**
Facteur 3	.18**	.23**	.30**	.07	.16**
Facteur 4	.27**	.16**	.43**	.28**	.50**
Facteur 5	.30**	.20**	.32**	.19**	.08
Échelle Totale	.45**	.46**	.63**	.43**	.43**

Note : Isolement = échelle d'isolement social (QDS-R); Imperfection = échelle d'imperfection (QDS-R); ÉSPT = échelle des symptômes d'ÉSPT (MPSS); Hostilité = Échelle de la gestion de l'hostilité (SCL-90-R); Somatisation = échelle de somatisation (SCL-90-R).

* $p < .05$; ** $p < .01$

Chapitre 2

L'état de stress post-traumatique-complexe et les pratiques éducatives de mères
d'enfants victimes d'agression sexuelle : étude de leur relation avec les symptômes
des enfants

Article soumis à la Revue canadienne de service social

Titre courant: FACTEURS LIÉS AUX SYMPTÔMES D'ENFANTS VICTIMES
D'AGRESSION SEXUELLE

L'état de stress-post-traumatique-complexe et les pratiques éducatives de
mères d'enfants victimes d'agression sexuelle : étude de leur relation avec les
symptômes des enfants

Mylène Payer et Mireille Cyr

Université de Montréal

Cette étude a bénéficié du soutien financier du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS) sous la forme de subvention de recherche à la deuxième auteure de même que de la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants dont elle est la co-titulaire. La première auteure a bénéficié du soutien financier du FQRSC (Fonds Québécois de la Recherche sur la société et la culture), du CRIPCAS et de la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Mireille Cyr, Université de Montréal, Département de psychologie, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal, Québec, H3C 3J7.

Résumé

La présente étude documente la relation entre les symptômes d'état de stress post-traumatique-complexe (ÉSPT-C) des mères, leurs pratiques éducatives et les difficultés psychologiques de leurs enfants victimes d'agression sexuelle. Le rôle modérateur des pratiques éducatives dans la relation entre l'ÉSPT-C et les symptômes psychologiques rapportés par les enfants a également été testé. Des mesures auto-rapportées ont été administrées à 96 mères ainsi qu'à leur enfant âgé entre 6 et 12 ans. Les résultats démontrent que l'ÉSPT-C des mères est lié à l'anxiété généralisée, la dépression, l'opposition, le trouble des conduites et les symptômes de déficit attentionnel avec hyperactivité rapportés chez les enfants. La supervision s'est avérée agir à titre de variable modératrice dans la relation entre l'ÉSPT-C pour la dépression et l'opposition des enfants. La présente recherche démontre que les symptômes d'ÉSPT-C retrouvés chez les mères et l'insuffisance de la supervision sont des facteurs de risque liés à l'adaptation de l'enfant victime d'AS. Des pistes d'intervention et de recherche futures sont proposées.

Mots-clés : agression sexuelle, état de stress post-traumatique-complexe, pratiques parentales, adaptation psychosociale

Abstract

This study documents the relationship between complex posttraumatic stress disorder of mothers and psychological problems of children victims of sexual abuse. The role of parental practices in moderating the relationship between complex posttraumatic stress disorder of mothers and psychological symptoms reported by their children was also tested. Self-report questionnaires were administered to 96 mothers and to their children ages 6 to 12 years. Complex posttraumatic stress disorder of mothers is associated with generalized anxiety, depression, opposition, conduct disorder and attention deficit hyperactivity disorder reported by children. Maternal monitoring acts as a moderating variable in the relationship between complex posttraumatic stress symptoms and depression and opposition reported by children. Maternal supervision and complex posttraumatic stress disorder symptoms represent risk factors that can affect the adaptation of the child victim of sexual abuse. Avenues for intervention and future research are proposed.

Keywords: child sexual abuse, psychosocial adaptation, complex posttraumatic stress disorder

L'état de stress-post-traumatique-complexe et les pratiques éducatives de mères d'enfants victimes d'agression sexuelle : étude de leur relation avec les symptômes des enfants

Les séquelles psychologiques retrouvées chez les enfants victimes d'agression sexuelle (AS) ont été largement documentées au cours des dernières décennies. L'anxiété, la dépression, la dissociation, l'état-de stress post-traumatique (ÉSPT), le trouble des conduites, les comportements sexualisés et les problèmes d'ordre relationnel font partie des difficultés pouvant entraver le fonctionnement des enfants ayant subi des mauvais traitements sexuels (Hébert, 2011 ; Paolucci, Genius et Violato, 2001). Bien que l'AS mène au développement de séquelles psychologiques chez une majorité d'enfants, certains d'entre eux ne développent pas de difficultés psychologiques après avoir été exposés à de telles situations traumatiques (Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor, 1993; Saywitz, Mannarino, Berliner, et Cohen, 2000). L'étude des variables pouvant favoriser une meilleure adaptation chez les enfants victimes d'AS est donc souhaitable. La santé mentale des mères et leurs pratiques parentales sont d'ailleurs des facteurs de protection importants pouvant favoriser l'adaptation de ces enfants.

La santé mentale des mères et la symptomatologie de leur enfant

Le parent occupe un rôle primordial dans le développement de la capacité de son enfant à exprimer et à réguler ses émotions. En ce sens, Qouta et ses collaborateurs (2005) affirment que l'ÉSPT retrouvé chez les mères après un traumatisme de guerre permet d'expliquer la présence d'anxiété, de dépression, de symptômes extériorisés, de difficultés attentionnelles et de somatisation chez leurs enfants. D'autres auteurs rapportent une relation significative entre les symptômes d'ÉSPT des mères et les symptômes psychologiques de leur jeune enfant après avoir été témoin d'un épisode de violence conjugale sévère (Bogat, Dejonghe, Levendosky, Davidson et von Eye, 2006). Plus spécifiquement auprès d'une population d'enfants victimes d'AS, Deblinger, Steer et Lippmann (1999) notent un lien entre la détresse de la mère et les symptômes extériorisés des enfants après le dévoilement. Des chercheurs affirment également que la dépression maternelle est associée à plus de

symptômes intériorisés (rapportés par la mère) et à plus de symptômes d'ÉSPT (rapportés par l'enfant et sa mère) chez les enfants agressés sexuellement (Deblinger, Taub, Maedel, Lippman, Stauffer, 1997). Ces études soutiennent donc l'idée que les difficultés psychologiques des mères agissent tel un facteur de risque pouvant menacer l'adaptation des enfants après avoir été exposés à une AS.

Le dévoilement de l'AS vécue par l'enfant est un événement inattendu qui amène la mère à vivre une série d'émotions négatives (Lovett, 1995). D'ailleurs, les recherches empiriques démontrent que 44 à 65% des mères dont l'enfant a été victime d'AS présentent une détresse psychologique atteignant un seuil clinique à la suite du dévoilement de l'enfant (Cyr, Zuk, et Payer, 2011). Toutefois, au-delà du choc attribuable au dévoilement de l'enfant, plusieurs mères peuvent présenter des difficultés psychologiques en raison d'expériences traumatiques qu'elles ont elles-mêmes vécues dans le passé. De ce fait, les études scientifiques recensées suggèrent que de 41% à 59% des mères d'enfants agressés sexuellement ont, elles aussi, été victimes d'AS dans le passé, comparativement à 12% dans la population générale (Cyr, Wright, Toupin, Oxman-Martinez, McDuff et Thériault 2002). De plus, ces données ne rendent pas compte des mères qui ont vécu d'autres types de mauvais traitements. On peut donc s'attendre à ce qu'un bon nombre de mères ait aussi vécu d'autres formes de mauvais traitements. Par conséquent, l'impact des séquelles associées à leur histoire de victimisation sur leurs pratiques éducatives et sur l'adaptation de leur enfant agressé sexuellement mériterait d'être documenté.

L'état de stress post-traumatique-complexe (ÉSPT-C)

L'ÉSPT-C est une nouvelle nomenclature proposée pour décrire une constellation de symptômes observés à la suite d'une exposition répétée à des expériences traumatisantes, généralement d'ordre interpersonnel, qui surviennent souvent alors que l'individu est vulnérable sur le plan développemental (Courtois, 2004; Courtois, Ford et Cloitre, 2009; Herman, 1992a; Herman, 1992b; van der Kolk, 2005). Selon la théorie qui sous-tend ce concept, les symptômes d'ÉSPT-C sont le résultat d'efforts soutenus et démesurés déployés par l'enfant pour s'adapter à des situations hautement aversives (Courtois et al., 2009). Or, avec le temps, les stratégies

émotionnelles, cognitives et comportementales mises en place pour s'adapter à ces grands stress se cristallisent et ce, même lorsque l'individu n'est plus exposé à un environnement abusif. Elles empêchent alors l'utilisation flexible d'un vaste éventail de réponses pour s'autoréguler et entrave le développement chez la victime d'une vision unifiée d'elle-même, de ses émotions, de ses cognitions et de ses expériences corporelles. Les difficultés psychologiques qui découlent des mauvais traitements se regroupent en six domaines du fonctionnement qui peuvent être affectés chez les victimes, soit 1) la gestion des émotions et de l'impulsivité, 2) l'attention ou l'état de conscience (amnésie, épisodes de dissociation et de dépersonnalisation), 3) la perception de soi, 4) la capacité à entrer en relation avec les autres, 5) la somatisation et 6) les changements dans le système de croyances découlant de l'exposition aux traumatismes (Cook, et al., 2005; Luxemberg, Spinazzola et van der Kolk, 2001; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday et Spinazzola, 2005). À ce jour, aucune étude empirique n'a documenté la relation entre l'ÉSPT-C noté chez des femmes et leurs pratiques éducatives.

Facteurs associés aux pratiques éducatives

Tant les mauvais traitements vécus dans l'enfance que la santé mentale des mères ont été mis en relation avec leurs pratiques éducatives dans les études réalisées dans les dernières années. Les résultats de plusieurs recherches empiriques ayant comparé les pratiques éducatives de mères victimes ou non de mauvais traitements dans l'enfance soutiennent l'idée que les mères qui ont été victimisées adoptent des pratiques parentales moins adéquates. En effet, les mères qui ont été victimes d'AS dans l'enfance semblent avoir une plus faible sensibilité maternelle (Cohen, 1995) et utilisent davantage la punition physique envers leur enfant (Dilillo, Tremblay et Perterson, 2000). De même, De Paul et Domenech (2000) rapportent que les mères adolescentes qui ont subi des punitions corporelles sévères dans l'enfance sont plus à risque d'utiliser des pratiques punitives abusives. D'autres chercheurs ont démontré, par le biais d'études corrélationnelles, que les différents types de mauvais traitements vécus par les mères sont associés à des comportements parentaux inadéquats, tels que l'utilisation de pratiques parentales violentes et un plus faible engagement envers leur

enfant (Banyard, 1997; Lyons-Ruth et Block, 1996; Newcomb et Locke, 2001; Zuravin et Diblasio, 1992). Toutefois, ces résultats ne font pas l'unanimité puisque certaines recherches ont obtenu des résultats différents et parfois même contradictoires (Collin-Vézina, Cyr, Pauzé et McDuff, 2004; Fitzgerald, Shipman, Jackson, McMahon et Hanley, 2005; Oates, Tebbutt, Swanston, Lynch et O'Toole, 1998; Zuravin et Fontanella, 1999).

Quant à l'état psychologique, les études réalisées sur les pratiques éducatives de mères dépressives ont révélé qu'elles se montrent moins sensibles, moins affectueuses et manifestent davantage d'hostilité et de désinvestissement face à leur enfant (Field, 1995; Lovejoy, Graczyk, O'Hare et Neuman, 2000). Également, les mères utilisent plus de punitions verbales et physiques et offrent moins de soins et d'affection lorsqu'elles ont des problèmes de consommation excessive d'alcool ou de drogues (Hans, Bernstein et Henson, 1999). En outre, une étude réalisée par Collin-Vézina et ses collègues (2005) démontre que la dissociation des mères est significativement associée au manque de supervision, à l'inconsistance de la discipline, à l'utilisation abusive de la punition et à une pauvre relation mère-enfant. D'autres auteurs se sont attardés plus spécifiquement aux difficultés rencontrées chez les mères atteintes d'un trouble de la personnalité limite. Ces mères se sont avérées être plus intrusives, impulsives, à risque de violence physique envers leur enfant et peu disponibles pour répondre aux besoins affectifs de celui-ci en raison des conflits non résolus liés à leur propre enfance et d'une difficulté à gérer leurs propres émotions (Hobson, Patrick, Crandell, Pérez et Lee, 2004; Lamont, 2006; Newman et Stevenson, 2005). Somme toute, nombreux sont les auteurs qui ont témoigné des habiletés parentales déficitaires observées chez les mères ayant des difficultés psychologiques ou ayant vécu des mauvais traitements dans l'enfance. Cependant, jusqu'à ce jour, aucune étude n'a tenté de documenter la relation entre les symptômes d'ÉSPT-C retrouvés chez les mères, leurs pratiques éducatives et l'état psychologique de leur enfant, ce qui sera examiné dans la présente étude.

Les pratiques éducatives et la symptomatologie de l'enfant

Différentes études ont documenté la relation significative entre les comportements parentaux et l'adaptation des enfants à la suite d'une AS. Toutefois, les connaissances disponibles concernant le lien entre la supervision maternelle, l'utilisation de pratiques punitives et la symptomatologie d'enfants d'âge scolaire victimes d'AS demeurent limitées, ce qui soutient la pertinence d'étudier plus spécifiquement ces deux comportements parentaux.

La supervision parentale est définie comme une gamme de comportements privilégiés par le parent pour connaître les lieux et les gens fréquentés par son enfant et pour s'impliquer activement dans ses activités quotidiennes (Dishion et McMahon, 1998). La supervision parentale comporte également l'établissement de règles que l'enfant doit respecter pour être conforme aux attentes du parent, ce qui favorise l'apprentissage de l'autorégulation des comportements et des émotions de ce dernier. De plus, par la supervision, le parent favorise la communication parent-enfant et témoigne à l'enfant qu'il se soucie de son bien-être et qu'il est disponible pour lui offrir du soutien (Bacchini, Concetta, Affuso, et Affuso, 2011). De nombreuses études ont démontré qu'un faible niveau de supervision parentale est associé à un plus grand engagement dans des activités délinquantes et à la présence de symptômes intériorisés et extériorisés chez les enfants de façon générale (Fröjd, Kaltiala-Heino, et Rimpelä, 2007; Gil-Rivas, Greenberger, Chen et Montero, 2003; Hoeve, Dubas, Eichelsheim, van der Laan, Smeenk et Gerris, 2009) et chez les adolescents victimes d'AS (Luster et Small, 1997). De plus, des auteurs affirment que la supervision parentale modère la relation entre l'exposition à de la violence physique et sexuelle et l'adaptation psychologique subséquente des enfants (Oberlander et al., 2011).

En ce qui concerne les pratiques punitives, les résultats d'études antérieures suggèrent que l'utilisation fréquente de la punition physique par les parents est associée à des problèmes socioémotionnels chez leur enfant (Deater-Deckard, Dodge, Bates et Pettit, 1996; Eamon, 2001; McLeod et Shanahan, 1993; Strassberg, Dodge, Pettit et Bates, 1994; Turner et Finkelhor, 1996). Selon ces auteurs, ces problèmes incluent les comportements antisociaux, les symptômes intériorisés (anxiété,

dépression, repli sur soi) et extériorisés (agressivité, désobéissance et impulsivité). De plus, les enfants dont les parents punissent ou répondent avec détresse face à leurs émotions négatives semblent présenter plus de difficultés émotionnelles et comportementales (Eisenberg, Fabes, Shepard, Guthrie, Murphy et Reiser, 1999). En ce qui concerne la relation entre les comportements parentaux punitifs et l'adaptation d'enfants victimes d'AS, Cyr et ses collègues (2000) ont constaté que l'utilisation excessive de la punition prédit plus de symptômes extériorisés et de comportements sexuels inappropriés chez les enfants agressés sexuellement. Cependant, comme peu d'études ont étudié l'impact de l'utilisation excessive de la punition sur l'adaptation des enfants victimes d'AS, il serait nécessaire de répliquer cette étude pour ainsi confirmer les résultats obtenus antérieurement.

Objectifs

Le principal objectif de cette étude consiste à évaluer la contribution spécifique des pratiques éducatives et de l'ÉSPT-C des mères sur différentes difficultés psychologiques de leurs enfants ayant été victimes d'AS. Puisque des recherches ont observé que certaines caractéristiques de l'AS subie par l'enfant sont associées à une symptomatologie plus sévère chez l'enfant (Deblinger, Taub, Maedel, Lippmann et Stauffer, 2008), ces variables seront contrôlées dans le cadre de la présente étude. L'apport de certaines variables sociodémographiques sur les symptômes des enfants sera également considéré afin de contrôler leur effet potentiel sur les symptômes des enfants. De plus, cette étude poursuit un objectif davantage exploratoire soit celui de documenter le rôle de modérateur des pratiques parentales dans la relation entre l'ÉSPT-C et les symptômes psychologiques rapportés par les enfants. Les hypothèses émises sont les suivantes : 1) l'ÉSPT-C des mères et leurs pratiques éducatives seront associés aux symptômes intériorisés et extériorisés retrouvés chez les enfants victimes d'AS. Il est donc attendu que des symptômes d'ÉSPT-C plus sévères, l'insuffisance de la supervision et l'utilisation abusive de la punition soient associés à plus de symptômes psychologiques rapportés par les enfants et ce, même lorsque les caractéristiques de l'AS et les variables sociodémographiques sont considérées simultanément, 2) la supervision maternelle et l'utilisation de la punition abusive agiront en tant que modérateur dans la

relation entre les symptômes d'ÉSPT-C des mères et les symptômes psychologiques rapportés par les enfants ayant été victimes d'AS.

Méthodologie

Participants

L'échantillon est formé de 96 dyades mère-enfant dont l'enfant, âgé entre 6 et 12 ans, a été victime d'une AS. L'âge moyen des mères est de 37.6 ans ($ET = 6.0$) et celui des enfants est de 9.7 ans ($ET = 2.1$). Une majorité des enfants rencontrés sont des filles (74.0%). Les familles ont un statut socioéconomique assez faible avec plus de la moitié des mères qui ont un revenu familial annuel inférieur à 30 000\$ (53.1%). De plus, 56.3% des mères sont sans emploi et près du tiers (27.1%) sont prestataires d'assistance sociale. Parmi les mères rencontrées, 43.8% sont monoparentales et subviennent seules aux besoins de leur enfant. Pour 42.7% des mères, le plus haut niveau scolaire complété est celui des études primaires (2.1%) ou secondaires (40.6%). Le nombre moyen d'enfants dans les familles est de 3.3 ($ET = 1.5$). Au sein de l'échantillon, 68.7% des mères rapportent avoir subi un ou plusieurs mauvais traitements dans l'enfance. Plus précisément, 25.9% des mères ont subi des mauvais traitements physiques, 51.8% des abus psychologiques, 48.8% des AS et 33.7% ont été victimes de négligence avant l'âge de 18 ans. Les enfants rencontrés ont majoritairement subi des AS jugées sévères (59.4%) impliquant la pénétration orale, génitale ou anale. L'AS a été perpétrée par un membre de la famille dans 61.8% des cas (61.2% d'entre eux par un membre de la famille immédiate). L'âge moyen de l'enfant lors du premier épisode d'AS est 4.9 ans ($ET = 1.4$). Le délai moyen entre le dévoilement et la participation à l'étude était de 18.4 mois ($ET = 16.9$)

Instruments de mesure

Dans un but de concision, pour chaque description de questionnaire, le premier auteur cité est celui ayant créé le questionnaire. Il est suivi du nom de l'auteur qui a traduit l'instrument en français.

Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (Pelcovitz, van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan et Resick, 1997; Payer, Cyr et McDuff, soumis en 2012). Le SIDES-SR est un questionnaire auto-administré qui permet d'évaluer les difficultés liées à l'ÉSPT-C retrouvées chez les mères. L'instrument mesure l'intensité des difficultés vécues au cours des derniers mois à l'aide d'une échelle de type Likert en quatre points. Une moyenne a été calculée pour chaque dimension. Un score plus élevé signifie une plus grande sévérité du symptôme mesuré. Les qualités psychométriques de la version francophone de l'instrument ont été documentées (Payer, Cyr et McDuff, soumis en 2012). L'analyse factorielle a permis de regrouper 21 items du questionnaire en cinq facteurs. La cohérence interne de l'échelle totale abrégée du questionnaire, qui découle de l'analyse factorielle, ainsi que sa fidélité test-retest sont très satisfaisantes ($\alpha = .82$; $r = .79$) alors que sa validité convergente est aussi satisfaisante ($r = .63$ avec une échelle d'ÉSPT). De plus, les scores obtenus à l'aide de l'échelle permettent de distinguer les individus qui ont subi des mauvais traitements dans l'enfance de ceux qui n'ont pas vécu de telles expériences traumatisantes.

Alabama Parenting Questionnaire (Shelton, Frick, et Wootton, 1996; Toupin, Pauzé et Déry, 1996). Ce questionnaire est utilisé pour mesurer la perception des mères par rapport à leurs pratiques éducatives. Le questionnaire mesure cinq dimensions, soit l'engagement du parent envers l'enfant, les attitudes positives du parent envers celui-ci, l'insuffisance de la supervision, l'inconsistance de la discipline et l'utilisation de la punition corporelle. La fréquence des comportements est obtenue à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points allant de 1 « jamais » à 5 « toujours ». Des scores élevés sur ces échelles indiquent une supervision insuffisante de la part du parent. Dans le cadre de ce projet, une dimension est évaluée, soit l'insuffisance de la supervision (10 items). La cohérence interne de l'échelle est modérée avec un coefficient alpha de .67 pour l'insuffisance de la supervision (Cyr, Wright, Toupin et Oxman-Martinez, 2001), ce qui est comparable aux données recueillies dans d'autres études (alphas variant de $\alpha = .63$ à $\alpha = .75$ dans l'étude de Shelton et de ses collègues (1996). De plus, selon ces auteurs, l'échelle possède des

qualités psychométriques satisfaisantes sur le plan de la validité convergente lorsqu'elle est mise en relation avec d'autres versions de l'instrument.

Questionnaire des comportements et attitudes des parents (Bergeron, Valla, Breton, Gaudet et Berthiaume, 1993). Ce questionnaire auto-rapporté composé de trois échelles (soutien, utilisation abusive de la punition et attitudes favorisant le soutien à l'autonomie) est utilisé pour évaluer la perception des mères quant à leurs comportements punitifs au cours des six derniers mois. La fréquence des comportements est mesurée à l'aide de huit items comportant chacun une échelle Likert en quatre points (1 « la plupart du temps »; 4 « jamais »). Une cote élevée sur cette échelle indique une plus grande utilisation de la punition comme pratique éducative. Les coefficients de cohérence interne de l'échelle de punition varie de $\alpha = .71$ à $\alpha = .73$ selon les études (Bergeron, Valla, et Breton, 1992; Bergeron et al., 1993, Cyr et al., 2000). L'étude de Bergeron et de ses collaborateurs démontre que l'instrument possède une fidélité test-retest très satisfaisante ($r = .70$ et $r = .85$). L'analyse factorielle révèle la présence de deux facteurs pour cet instrument (soins/soutien et punition). En ce qui concerne la validité convergente, la corrélation entre les comportements punitifs et la consistance de la discipline est de $r = .24$ alors qu'elle est de $r = .58$ avec la mesure d'attitude envers l'enfant ($p < .001$).

Dominique interactif (Valla, Bergeron, St-Georges et Berthiaume, 2000). Le logiciel Dominique interactif est composé de 90 dessins plaçant Dominique (un garçon ou une fille selon le sexe de l'enfant) dans diverses situations inspirées des psychopathologies du *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR* (DSM-IV-TR; *American Psychiatric Association*, 1994). Plus précisément, la phobie spécifique, l'anxiété de séparation, l'anxiété généralisée, la dépression/dysthymie, l'opposition/provocation, le trouble des conduites et l'inattention/ hyperactivité/ impulsivité sont évalués. Pour chaque image présentée, l'enfant doit déterminer, par oui ou par non, si la situation décrite le représente. L'instrument possède une fidélité satisfaisante (les corrélations intra-classes varient entre $.71$ et $.81$). Des analyses menées pour établir la validité de critères indiquent des indices satisfaisants (kappas variant entre $.64$ et $.88$ pour les accords entre cliniciens et enfants; Ouellette, 2005).

Early Trauma Inventory (Bremner, Bolus et Mayer, 2007; Hébert, Cyr et Zuk, 2008). La forme abrégée de ce questionnaire comprend 12 items qui permettent d'évaluer les agressions physiques, psychologiques et sexuelles vécues par les participants avant l'âge de 18 ans à l'aide de choix de réponses dichotomiques. Trois items mesurant la négligence ont également été ajoutés au questionnaire. La somme des événements vécus par les participants est utilisée pour documenter la sévérité des mauvais traitements subis. La cohérence interne de l'instrument varie de $\alpha = .70$ à $\alpha = .87$. Des études antérieures confirment que ce questionnaire permet de distinguer les individus qui ont subi des mauvais traitements d'un groupe contrôle (Bremner et al., 2007). En ce qui concerne la validité convergente, le questionnaire corrèle avec une mesure des symptômes d'ÉSPT (r variant entre .32 et .44, $p < .001$).

Questionnaire sociodémographique. Un questionnaire sociodémographique a été utilisé afin de recueillir des informations sur les mères et les enfants ainsi que des informations concernant les caractéristiques de l'AS subie par l'enfant (âge, sexe, statut socioéconomique, nombre d'enfants dans la famille, sévérité de l'AS, âge au début de l'AS, lien entre l'enfant et l'agresseur).

Procédure

Les participants ont été recrutés au Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV). Ceux-ci ont été référés par différents organismes, tels que la direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels, les Centres Jeunesse de Montréal, de la Montérégie et de Laval, la division des agressions sexuelles du service de police de la Ville de Montréal, l'hôpital Sainte-Justine et de l'hôpital de Montréal pour enfants. L'AS de l'enfant devait avoir été confirmée par une enquête policière pour participer à l'étude. Une équipe, formée d'intervenants au CEMV et d'assistants de recherche, a effectué une entrevue clinique et a procédé à la passation de différents questionnaires auprès des mères et des enfants lors d'une première rencontre. Cette rencontre a duré environ deux heures pour les mères et une heure pour les enfants. Le consentement libre et éclairé des participants a préalablement été obtenu par écrit. Un formulaire de consentement a été rempli par les participants. Il a été clairement expliqué aux

participants que le refus de participer à l'étude n'affectait d'aucune manière les relations présentes ou futures avec les membres du CEMV et n'avait aucun effet sur la qualité des services qui leur seraient offerts. Il a également été mentionné que les informations recueillies allaient demeurer confidentielles. Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique à la recherche de l'Université de Montréal.

Résultats

Analyses descriptives

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS. Des analyses descriptives ont d'abord été effectuées pour documenter la distribution des principales variables à l'étude.

L'ÉSPT-C. Les moyennes et écarts-types ont été calculés pour documenter la sévérité des symptômes d'ÉSPT-C des mères. Tout d'abord, environ le tiers des mères rapportent des difficultés liées aux croyances négatives par rapport au monde et au futur (difficultés passagères : 25.5%; difficultés modérées : 5.4%) et des problèmes de somatisation (difficultés passagères : 32.3%; difficultés modérées : 3.1%). Plus de la moitié des mères mentionnent avoir des difficultés de gestion des affects d'une intensité faible (50.0%) ou modérée (6.4%). De plus, 30.9% des mères perçoivent qu'elles ont des difficultés passagères et 12.8% des difficultés modérées à sévères associées à l'évitement des contacts physiques et sexuels. Finalement, seulement 7.4% des mères rapportent vivre des difficultés associées à la prise de risques (difficultés d'une faible intensité).

Les pratiques éducatives : la supervision et la punition. Parmi les mères rencontrées, 68.8% d'entre elles ont un degré de supervision insuffisant jugé problématique ($M = 2.8$; $ET = 0.7$). En ce qui a trait à la punition, le score moyen total noté ($M = 12.4$, $ET = 1.7$) suggère que les mères affirment privilégier peu la punition comme pratique éducative et ce, de façon similaire à la population normative ($M = 12.7$, $ET = 2.4$; Bergeron et al., 1992).

Les symptômes des enfants. Les résultats obtenus à l'aide de l'instrument de mesure *Dominique interactif* offrent un aperçu de la nature des symptômes intériorisés et extériorisés rapportés par les enfants rencontrés dans le cadre de cette étude. Les pourcentages des enfants ayant atteint un score clinique pour chaque psychopathologie sont les suivants : 15.6% pour l'anxiété de séparation, 10.4% pour les phobies spécifiques, et pour l'anxiété généralisée, 8.3% pour la dépression, 7.3% pour l'opposition, 6.3% pour le trouble des conduites et 4.2% pour le déficit d'attention avec hyperactivité. Ces résultats démontrent l'ampleur et la variabilité des difficultés psychologiques observées chez les enfants victimes d'AS dans le présent projet.

Traitement statistique

Des corrélations de Pearson ont d'abord été effectuées pour documenter la force de la relation entre les variables sociodémographiques, les caractéristiques de l'AS de l'enfant, l'ÉSPT-C des mères, leurs pratiques éducatives et chacun des symptômes psychologiques rapportés par les enfants. Les corrélations obtenues sont présentées au Tableau 1. Le nombre d'enfants dans la famille est l'unique variable sociodémographique associée négativement à un symptôme retrouvé chez l'enfant, soit à l'opposition. L'âge et le sexe de l'enfant ne corrèlent pas significativement avec les symptômes rapportés par les enfants. Pour les caractéristiques de l'AS de l'enfant, l'AS survenue en bas âge est associée à plus de symptômes d'anxiété généralisée alors que la sévérité des gestes posés lors de l'AS est corrélée à plus de symptômes d'anxiété de séparation chez l'enfant. La durée de l'AS et le lien entre l'enfant et l'agresseur ne sont pas significativement liés aux symptômes rapportés par les enfants. Les analyses révèlent la présence de liens significatifs entre l'échelle globale d'ÉSPT-C et différentes psychopathologies rapportées par l'enfant, tels que l'anxiété généralisée, l'anxiété de séparation, la dépression, l'opposition, le trouble des conduites et le déficit attentionnel avec hyperactivité. L'insuffisance de la supervision est liée à des symptômes plus sévères de dépression, d'opposition, de trouble des conduites et de déficit d'attention avec hyperactivité. La punition physique n'est corrélée à aucun symptôme rapporté par l'enfant. Aucune variable ne corrèle

significativement avec les phobies spécifiques mesurées chez l'enfant. Finalement, il apparaît que l'ÉSPT-C ne corrèle pas significativement avec la supervision maternelle ni avec l'utilisation de la punition physique, ce qui suggère l'absence de lien corrélationnel direct entre l'ÉSPT-C noté chez les mères et leurs pratiques éducatives.

Des régressions multiples séquentielles ont été réalisées pour déterminer la contribution respective des variables ayant atteint un seuil de signification de .05 dans les analyses corrélationnelles précédentes (voir Tableau 2 et Tableau 3). Afin de contrôler l'effet potentiel des variables sociodémographiques et des caractéristiques de l'AS de l'enfant, ces dernières ont été entrées en premier dans la régression, puis ont été suivies, dans un deuxième bloc, par l'échelle globale d'ÉSPT-C et la supervision maternelle. Afin de tester notre hypothèse concernant le lien de modulation des pratiques de supervision entre l'ÉSPT-C des mères et les symptômes des enfants, les interactions ont été examinées.

Tel qu'attendu, les résultats obtenus indiquent que l'ÉSPT-C et la supervision maternelle contribuent conjointement à expliquer la variance de deux symptômes rapportés par les enfants, soit la dépression et l'opposition. Plus précisément, l'ÉSPT-C et la supervision maternelle ressortent comme étant significativement liés aux symptômes dépressifs des enfants (15% de la variance) alors que le nombre d'enfants dans la famille, l'ÉSPT-C et la supervision maternelle expliquent 31% de la variance de l'opposition notée chez les enfants. Les interactions se sont avérées significatives pour ces deux symptômes, ce qui confirme l'effet modérateur de la supervision pour expliquer la relation entre l'ÉSPT-C rapporté par les mères et les symptômes dépressifs et oppositionnels de l'enfant. Ainsi, ces résultats démontrent que les enfants présentent davantage de symptômes dépressifs et d'opposition lorsque leurs mères souffrent de symptômes d'ÉSPT-C plus sévères et qu'elles adoptent également une supervision insuffisante.

De plus, l'ÉSPT-C rapporté par les mères s'avère associé à différents symptômes retrouvés chez l'enfant après le dévoilement de l'AS qu'il a subie. Les analyses révèlent que deux facteurs expliquent 8% de l'anxiété généralisée rapportée par les enfants : l'âge de l'enfant lors du premier épisode d'AS et l'ÉSPT-C. Pour les

symptômes extériorisés, l'ÉSPT-C explique 10% de la variance des symptômes du trouble des conduites et 8% de la variance des difficultés attentionnelles avec hyperactivité chez l'enfant. Finalement, l'anxiété de séparation ne s'avère pas être expliquée par les gestes posés par l'agresseur lors de l'AS et les symptômes d'ÉSPT-C des mères une fois entrées dans la régression multiple ($p = .06$ et $p = .09$ respectivement).

Discussion

La présente recherche s'est intéressée aux relations entre l'état psychologique des mères, leurs pratiques éducatives et les difficultés auto-rapportées par des enfants ayant été victimes d'une AS et ce, tout en contrôlant les variables sociodémographiques et les caractéristiques de l'AS subie par les enfants.

L'ÉSPT-C chez les mères et les symptômes des enfants

Un des apports importants de la présente étude est celui de considérer l'impact des symptômes d'ÉSPT-C des mères pour expliquer les symptômes des enfants en contexte de mauvais traitements sexuels. Aucune étude empirique portant sur ce sujet n'a été répertoriée à ce jour, d'où l'intérêt de se pencher sur cette question de recherche. De manière générale, l'ÉSPT-C des mères s'avère lié de façon modérée à une majorité de symptômes de l'enfant victime d'AS selon le point de vue de celui-ci. En ce qui a trait aux symptômes intériorisés, l'ÉSPT-C plus sévère est lié à plus d'anxiété généralisée et à plus de symptômes dépressifs chez l'enfant. L'ensemble des symptômes extériorisés est également positivement associé à l'ÉSPT-C des mères, soit l'opposition, le trouble des conduites et les symptômes de déficit attentionnel avec hyperactivité. Ces résultats démontrent l'importance des problèmes émotionnels de la mère pour expliquer les difficultés de l'enfant à la suite d'expériences traumatisantes. Ils convergent avec ceux obtenus dans le cadre d'études antérieures ayant observé une plus forte probabilité de développer des symptômes chez les enfants dont les mères présentaient une détresse psychologique après avoir été exposées à un événement traumatique (Bogat et al., 2006; Deblinger et al., 1999; Deblinger et al., 1997; Qouta et al., 2005; Samuelson et Cashman, 2008).

Deux explications sont proposées pour donner un sens à ces résultats. Tout d'abord, la mère occupe une place centrale pour favoriser la régulation émotionnelle de son enfant. La capacité du parent de réguler ses propres émotions et d'aider son enfant à gérer adéquatement ses affects est d'ailleurs associée à un plus grand bien-être émotionnel chez l'enfant (Haskett, Nears, Ward et McPherson, 2005). Les symptômes d'ÉSPT-C observés chez les mères peuvent être la manifestation de difficultés chez ces dernières à gérer leurs propres émotions. Par conséquent, on peut croire que le développement de la régulation émotionnelle peut devenir particulièrement fastidieux pour l'enfant dont la mère présente une faible capacité à réguler ses propres affects. L'enfant devient alors plus susceptible de développer, lors de grands stress, différents symptômes psychologiques compte tenu de sa capacité de régulation émotionnelle qui était déjà déficitaire. Une autre explication à considérer est la non disponibilité de la mère découlant des difficultés qu'elle éprouve à contenir ses propres émotions vu la nature traumatique des événements vécus par son enfant. Ainsi, la grande détresse ressentie par la mère lors du dévoilement de l'AS pourrait l'empêcher d'offrir à l'enfant le soutien dont il a besoin pour s'adapter à ces événements difficiles, ce qui augmenterait les symptômes de ce dernier.

Les pratiques éducatives et les symptômes des enfants

La supervision maternelle et l'ÉSPT-C se sont avérés être liés conjointement à certains symptômes rapportés par les enfants, soit la dépression et l'opposition. Bien qu'un lien direct n'ait pas été identifié entre la supervision et les symptômes d'ÉSPT-C chez les mères, la supervision agit à titre de variable modératrice dans la relation entre l'ÉSPT-C et ces deux symptômes. Ainsi, la supervision maternelle procurerait une protection contre le développement de symptômes sévères de dépression et d'opposition chez les enfants dont la mère présente des difficultés plus importantes liées à l'ÉSPT-C. Dans un même ordre d'idées, des chercheurs affirment que la supervision parentale diminue la détresse psychologique des enfants en contexte de violence puisqu'elle offre à ceux-ci l'occasion de parler des événements difficiles qu'ils ont vécus, d'exprimer leurs craintes et de se sentir moins isolés dans leur environnement familial (Bacchini et al., 2011). De plus, en raison des difficultés de

régulation émotionnelle de la mère, l'environnement familial de l'enfant à la suite du dévoilement de l'AS peut devenir plus chaotique. De ce fait, Alink et ses collègues (2009) affirment que les enfants victimes de mauvais traitements perçoivent leur environnement comme étant imprévisible et dangereux. Dans ce contexte, l'insuffisance de la supervision peut exacerber la confusion et la détresse de l'enfant fragilisé par les mauvais traitements sexuels qu'il a vécus, ce qui pourrait expliquer la présence de symptômes plus sévères de dépression et d'opposition chez celui-ci.

En ce qui a trait aux méthodes punitives, la présente étude n'a pas mis en lumière un lien entre la punition abusive et les symptômes des enfants. Ces résultats sont contraires à ceux de l'étude de Cyr et de ses collègues (2001) qui a permis d'identifier plus de symptômes extériorisés chez les enfants victimes d'AS dont les mères rapportent plus de pratiques punitives abusives. Toutefois, les mères rencontrées dans la présente recherche semblent présenter moins de difficultés quant à l'utilisation de la punition comparativement aux mères provenant de cette autre étude. En effet, les mères recrutées dans le présent projet sont moins nombreuses à dire qu'elles menacent de frapper leur enfant (25% versus 40%), qu'elles le frappent (19% versus 32%), qu'elles sont sur son dos la plupart du temps (0% versus 40%) et qu'elles lui mentionnent fréquemment qu'elles ne veulent plus rien savoir de lui (0% versus 23%). Ces résultats suggèrent que la supervision déficitaire chez les mères est une variable davantage centrale pour expliquer les symptômes des enfants victimes d'AS lorsqu'elles utilisent la punition de façon non-abusive. Des études supplémentaires mesurant cette variable à l'aide de d'autres instruments, notamment par le biais de mesures rapportées par les enfants, seraient nécessaires pour arriver à une meilleure compréhension de ce phénomène.

Contrairement à ce qui était attendu, les phobies et l'anxiété de séparation rapportées par les enfants ne ressortent pas comme étant associées à l'ÉSPT-C observé chez les mères dans la présente étude. Ces résultats indiquent que l'ÉSPT-C des mères ne semble pas lié directement à certains symptômes anxieux notés chez les enfants à la suite du dévoilement de l'AS qu'ils ont subie. De plus, il appert que la supervision maternelle n'est pas liée aux symptômes anxieux (phobies, anxiété de

séparation et anxiété généralisée) ni au trouble des conduites chez l'enfant. Des études supplémentaires sont donc souhaitables pour documenter la relation entre l'ÉSPT-C, la supervision maternelle et ces symptômes.

Conclusion

Somme toute, cette recherche a permis de documenter la relation entre les difficultés psychologiques rapportées par les mères, les comportements parentaux et la perception des enfants quant à leurs propres symptômes à la suite du dévoilement de l'AS qu'ils ont subie. Pour ce faire, des sources d'informations variées ont été utilisées pour contrer une limite méthodologique rencontrée dans plusieurs études antérieures. La présente étude démontre l'intérêt de tenir compte à la fois des symptômes d'ÉSPT-C des mères et de la supervision maternelle pour mieux comprendre ce qui favorise une meilleure adaptation chez l'enfant victime d'AS.

Limites de la présente étude

La présente étude comporte certaines limites. La nature corrélationnelle de la recherche nous empêche de tester la causalité entre les concepts mesurés. Le devis transversal privilégié ne permet également pas de savoir si les symptômes d'ÉSPT-C des mères et des enfants étaient présents avec une intensité équivalente à celle notée avant le dévoilement de l'AS de l'enfant. De plus, l'absence de relation entre la punition physique et les autres variables à l'étude pourrait s'expliquer par une faiblesse méthodologique inhérente aux questionnaires auto-rapportés utilisés auprès des mères dans le présent projet, soit la désirabilité sociale. Ainsi, il est possible que les mères aient été moins enclines à divulguer leurs réelles pratiques éducatives en lien avec la punition physique de peur d'être jugées ou réprimandées face à des conduites parentales abusives. Ainsi, dans notre étude, l'impact observé de la punition sur l'adaptation des enfants peut avoir été minimisé. Finalement, les résultats obtenus sont uniquement généralisables à d'autres populations constituées de familles d'enfants victimes d'AS qui sont référées par différents organismes visant la protection de l'enfant et qui sont enclins à accepter des services de thérapie pour

venir en aide à ce dernier. En ce sens, les mères rencontrées dans le cadre de cette étude présentaient des difficultés liées à l'ÉSPT-C d'une intensité variant de faible à modérée, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats à des mères dont les symptômes d'ÉSPT-C seraient plus importants.

Pistes de recherche futures et implications cliniques

La présente étude permet de générer plusieurs pistes de recherche futures pour améliorer la compréhension des facteurs pouvant être liés à l'adaptation des enfants victimes d'AS. L'étude conjointe de l'ÉSPT-C chez les mères et de d'autres dimensions des pratiques éducatives, tels que le style parental, le soutien maternel, la cohérence disciplinaire et le contrôle psychologique, pourrait mener à une meilleure connaissance des facteurs de protection favorisant une meilleure adaptation chez l'enfant victime d'AS et des mécanismes par lesquels les symptômes d'ÉSPT-C peuvent être liés aux symptômes des enfants. L'examen de facteurs environnementaux tels que le soutien reçu du conjoint de la mère ou de son réseau social, l'ampleur des stress vécus par celle-ci (p. ex., stress financier, conjugal, familial) pourrait permettre d'identifier ce qui peut favoriser ou limiter la mise en place de pratiques éducatives adéquates chez la mère. De plus, il serait souhaitable de répliquer cette étude auprès de mères qui ont des symptômes d'ÉSPT-C plus sévères pour déterminer si les relations notées dans la présente recherche sont également observées auprès de ces mères.

Au plan des interventions cliniques, la présente recherche indique la nécessité de procéder à une évaluation exhaustive des antécédents de mauvais traitements et des symptômes d'ÉSPT-C retrouvés chez les mères. En ce sens, l'examen simultané des domaines du fonctionnement affectés chez les mères qui rapportent une histoire de victimisation et de leurs pratiques éducatives permettrait d'identifier les vulnérabilités de ces mères et de cibler des interventions appropriées. D'une part, ces interventions pourraient minimiser l'impact négatif de ces difficultés sur l'adaptation de l'enfant et, d'autre part, chercher à privilégier des attitudes et comportements parentaux pour aider leur enfant à composer avec les différents stress engendrés par l'AS et son dévoilement.

Références

- Alink, L., Cicchetti, D., Jungmeen K. et Rogosch, F. (2009). Mediating and moderating processes in the relation between maltreatment and psychopathology: Mother-child relationship quality and emotion regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 831-843.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e ed.). Washington, DC: Author.
- Bacchini, D., Miranda, et Affuso, M. (2010). Effects of Parental Monitoring and Exposure to Community Violence on Antisocial Behavior and Anxiety/Depression Among Adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 269 -292.
- Banyard, V.L. (1997). The impact of childhood sexual abuse and family functioning on four dimensions of women's later parenting. *Child Abuse & Neglect*, 21, 1095-1107.
- Bergeron, L., Valla, J.P., et Breton, J.J. (1992). Pilot study for a Quebec Child Mental Health Survey; Part one: The measurement estimates in 6 to 14 year-old children and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 374-380.
- Bergeron, L., Valla, J.P., Breton, J. J., Gaudet, N., et Berthiaume, C. (1993). Factor analysis and reliability of parental behavior and attitudes questionnaire. *Présentation au 40^e congrès de l'American academy of child and adolescent psychiatry*, Octobre, 26-31.
- Bogat, G., Dejonghe, A., Levendosky, W., Davidson, A., et von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 30, 109–125.
- Bremner J. D., Bolus, R., et Mayer, E. (2007). Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-Self Report (ETI-SR). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 211-128.

- Cohen, T. (1995). Motherhood among incest survivors, *Child Abuse & Neglect*, 19, 1423-1429.
- Collin-Vézina, D., Cyr, M., Pauzé, R., et McDuff, P. (2004). Les pratiques parentales de mères survivantes d'agression sexuelle. *Travail social canadien*, 6, 126-141.
- Collin-Vezina, D., Cyr, M., Pauzé, R., et McDuff, P. (2005). The role of depression and dissociation in the link between childhood sexual abuse and later parental practices. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6, 71-97.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., Derosa, R., et al. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390-398.
- Courtois, C.A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 41, 412-425.
- Courtois, C. A., Ford, J. D., et Cloitre, M. (2009). Best practices in psychotherapy for adults. Dans C. A. Courtois. et J. D. Ford (Dir.). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (pp. 82-103). New York: The Guilford Press.
- Cyr, M., Wright, J., Toupin, J., et Oxman-Martinez, J. (2000). Facteurs influençant le soutien des mères dont les enfants sont agressés sexuellement. Rapport déposé au CQRS.
- Cyr, M., Wright, J., Toupin, J., Oxman-Martinez, J., McDuff, P., et Thériault, C. (2002). Les déterminants du soutien maternel offert par les mères à leurs enfants ayant vécu une agression sexuelle récente. *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, 31, 319-337.
- Cyr, M., Zuk, S., et Payer, M. (2011). Les profils et l'évaluation des parents dont les enfants ont été agressés sexuellement. Dans M. Hébert, M. Cyr, et M.

Tourigny. (Dir.). *L'agression sexuelle envers les enfants*. Tome I. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Deater-Deckard, K. Dodge, K. A., Bates, J. E., et Pettit, G. S. (1998). Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: Group and individual differences. *Development and Psychopathology*, *10*, 469- 493.

Deblinger, E., Steer, R., et Lippmann, J. (1999). Maternal factors associated with sexually abused children's psychosocial adjustment, *Child Maltreatment*, *4*, 13-20.

Deblinger, E., Taub, B., Maedel, A.B., Lippmann, J., et Stauffer, L.B. (1997). Psychosocial characteristics predicting parent symptomatology in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, *6*, 35-49.

De Paul, J., et Domenech, L. (2000). Childhood history of abuse and child abuse potential in adolescent mothers: a longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, *24*, 701–713.

Dilillo, D., Tremblay, G.C., et Peterson, L. (2000). Linking childhood sexual abuse and abusive parenting: The mediating role of maternal anger. *Child Abuse & Neglect*, *24*, 767-779.

Dishion, T., et McMahon, R. (1998). Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *1*, 61-75.

Eamon, M.K. (2001). Antecedents and socioemotional consequences of physical punishment on children in two-parent families. *Child Abuse & Neglect*, *6*, 787–802.

Eisenberg, N., Fabes, R.A., Shepard, S.A., Guthrie, I. K., Murphy, B.C., et Reiser, M. (1999). Parental reactions to children's negative emotions: Longitudinal relations to quality of children's social functioning. *Child Development*, *70*, 513 – 534.

- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant behaviour and development*, 18, 1-13.
- Fitzgerald, M., Shipman K.L., Jackson J.L., McMahon, R.J., et Hanley H.M. (2005). Perceptions of parenting versus parent-child interactions among incest survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29, 661–681.
- Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R., et Rimpelä, M. (2007). The association of parental monitoring and family structure with diverse maladjustment outcomes in middle adolescent boys and girls. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 296-303.
- Gil-Rivas, V., Greenberger, E., Chen, C., et Montero, M. (2003). Individual and family correlates of depressive symptomatology among Mexican adolescents. *Adolescence*, 38, 93-109.
- Hans, S., Berstein, V.J., Henson, L.G. (1999). The role of psychopathology in the parenting of drug-dependent women. *Development and Psychopathology*, 11, 957–977.
- Haskett, M.E., Nears, K., Ward, C.S., et McPherson, A.V. (2005). Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning. *Clinical Psychology Review*, 26, 796–812.
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr, et M. Tourigny. (Dir.). *L'agression sexuelle envers les enfants*. Tome I. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Cyr, M., et Zuk, S. (2008). *Inventaire des traumatismes de l'enfance. Traduction du Early Trauma Inventory (ETI, 2007) de Bremner, Bolus et Mayer*. Document inédit. Montréal : Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Herman, J.L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 377-391.

- Herman, J.L. (1992b). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic to political terror*. New York: Basic Books.
- Hobson, R., Patrick, M., Crandell, L., Pérez, M., et Lee, A. (2004). Maternal sensitivity and infant communication triadic. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 470–480.
- Hoeve, M., Dubas J., Eichelsheim, V. van der Laan, P., Smeenk, W., et Gerris, J. (2009). The Relationship Between Parenting and Delinquency: A Meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749–775.
- Kendall-Tackett, K., Williams, L., et Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Lamont, A. (2006). Mothers with borderline personality disorder. *Graduate Student Journal of Psychology*, 8, 39-44.
- Lovejoy, M.C., Graczyk, P.A., O'Hare, E., et Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20, 561–592.
- Lovett, B. (1995). Child sexual abuse: the female victim's relationship with her nonoffending mother. *Child Abuse & Neglect*, 19, 729-738.
- Luster, T., et Small, S. (1997). Sexual abuse history and problems in adolescence: Exploring the effects of moderating variables. *Journal of Marriage and Family*, 59, 131-142.
- Luxemberg, T., Spinazzola, J., et van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: assessment. *Directions in Psychiatry*, 21, 373-392.
- Lyons-Ruth, K., et 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.

- McLeod, J.D., et Shanahan, M.J. (1993). Poverty, parenting, and children's mental health. *American Sociological Review*, 58, 351-366.
- Newcomb, M.D., et Locke, T.F. (2001). Intergenerational cycle of maltreatment: a popular concept obscured by methodological limitations. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1219–1240.
- Newman, L., et Stevenson, C. (2005). Parenting and borderline personality disorder: Ghosts in the nursery. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 385–394.
- Oates, R.K., Tebbutt, J., Sanston, H., Lynch, D.L., et O’Toole, B.I. (1998). Prior childhood sexual abuse in mothers of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1113–1118.
- Oberlander, S.E., Wang Y., Thompson, R., Lewis, T., Proctor, L., Isbell, P., English, D.J., et al. (2011). Childhood maltreatment, emotional distress, and early adolescent sexual intercourse: Multi informant perspectives on parental monitoring. *Journal of Family Psychology*, 25, 885–894
- Ouellette, V. (2005). Le Dominique Interactif. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 1, 4-10.
- Paolucci, E., Genuis, M., et Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135, 17-36.
- Payer, M., Cyr, M. et McDuff, P. (soumis en 2012). Évaluation de la version francophone d’un questionnaire mesurant les symptômes d’état de stress post-traumatique-complexe chez l’adulte. *Revue européenne de psychologie appliquée*.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., et Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for Disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic stress*, 10, 3-16.

- Qouta, S., Punamäki, R., et Sarraj, E. (2005). Mother-child expression of psychological distress in war trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 10*, 135–156.
- Samuelson, K., et Cashman, C. (2008). Effects of intimate partner violence and maternal posttraumatic stress symptoms on children's emotional and behavioral functioning. *Journal of Emotional Abuse, 8*, 139-153.
- Saywitz, K., Mannarino, A., Berliner, L., et Cohen, J. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist, 55*, 1040-1049.
- Shelton, K.K., Frick, P.J., et Wooton, J. (1996). Assessment of parenting practices in family of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*, 317-329.
- Strassberg, Z., Dodge, K.A., Pettit, G.S., et Bates, J.E. (1994). Spanking in the home and children's subsequent aggression toward kindergarten peers. *Development and Psychopathology, 6*, 445-461.
- Toupin, J., Pauzé, R., et Déry, M. (1996). *Questionnaire des pratiques parentales d'Alabama* (Traduction du Alabama Parenting Questionnaire). Document inédit. Sherbrooke, Université de Sherbrooke.
- Turner, H. A., et Finkelhor, D. (1996). Corporal punishment as a stressor among youth. *Journal of Marriage and the Family, 58*, 155-166.
- van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals, 35*, 401-408.
- van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., et Spinazzola, J. (2005) Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 389-399.
- Zuravin, S.J., et Diblasio, F.A. (1992). Child-neglecting adolescent mothers: How do they differ from their nonmaltreating counterparts? *Journal of Interpersonal Violence, 7*, 471-489.

Zuravin, S.J., et Fontanella, C. (1999). Parenting behaviors and perceived parenting competence of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 23, 623-632.

Tableau 1

Corrélations entre chaque symptôme des enfants et les autres variables à l'étude

	Phobies	Anxiété de sép.	Anxiété gén.	Dépression	Opposition	Tr. des conduites	TDAH
Âge	.00	-.02	.02	.02	.02	-.02	.10
Sexe	-.19	-.19	-.11	-.06	.15	.06	-.07
Nb d'enfants	-.07	-.20	-.10	-.14	-.29**	-.03	-.02
Sévérité AS	-.03	.22**	.16	.09	.13	.04	.17
Âge 1 ^{ère} AS	-.02	-.13	-.24*	-.07		-.02	-.05
Durée AS	.13	-.14	.01	-.15	-.15	-.09	-.12
Lien agresseur	.09	.04	.02	.07	-.03	.11	.01
ÉSPT-C	-.01	.24*	.26*	.28**	.32**	.32**	.26*
Superv.	-.03	-.18	-.18	.29**	-.37**	-.21*	-.22*
Punition	-.08	.12	.16	.03	-.03	.02	.17

*p < .05 **p < .01

Note: anxiété de sép = anxiété de séparation; anxiété gén. = anxiété généralisée; tr. des conduites = trouble des conduites; TDAH = symptômes du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité; Superv. = supervision.

Tableau 2

Régressions multiples des variables significativement associées aux symptômes intériorisés des enfants.

Symptôme	R^2 ajusté	F	Bêta	B	E.T. (B)	T
Anxiété généralisée						
<i>Étape 1</i>	.05	4.69*				
Âge 1 ^{ère} AS			-.24*	-.07	.03	-2.22
<i>Étape 2</i>	.08	4.51*				
Âge 1 ^{ère} AS			-.24*	-.07	.03	-2.22
ÉSPT-C			.22*	.01	.01	2.04
Dépression						
<i>Étape 1</i>	.11	6.88**				
ÉSPT-C			.23*	.01	.01	2.34
Supervision			-.24*	-.30	.13	-2.36
<i>Étape 2</i>	.15	6.26**				
ESPT-C			.21*	.01	.01	2.15
Supervision			-.21*	-.26	.13	-2.12
ÉSPT-C X Supervision			-.21*	-.02	.01	-2.12

* $p < .05$ ** $p < .01$

Tableau 3

Régressions multiples des variables significativement associées aux symptômes extériorisés des enfants.

Symptômes	R^2 ajusté	F	Bêta	B	E.T. (B)	t
Opposition						
<i>Étape 1</i>	.09	9.60**				
Nombre d'enfants			-.31**	-.12	.04	-3.10
<i>Étape 2</i>	.23	9.93**				
Nombre d'enfants			-.24**	-.09	.04	-2.52
ESPT-C			.26	.01	.01	2.73
Supervision			-.26**	-.33	.12	-2.74
<i>Étape 3</i>	.31	11.11**				
.Nb d'enfants			-.22*	-.08	.03	-2.45
.ESPT-C			.23*	.01	.01	2.52
.Supervision			-.23*	-.29	.11	-2.50
.ÉSPT-C X Supervision			-.30**	-.03	.01	-3.35
Tr. Conduites	.10	6.21*				
<i>Étape 1</i>						
ÉSPT-C			.29*	.01	.01	2.86
TDAH						
<i>Étape 1</i>	.08	5.13**				
ÉSPT-C			.22*	.01	.00	2.20

* $p < .05$ ** $p < .01$

Tr. Conduites = symptômes liés au trouble des conduites, TDAH= symptômes du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité.

Conclusion

L'état de stress post-traumatique-complexe est un concept novateur qui repose sur un modèle théorique qui permet de mieux comprendre les difficultés psychologiques retrouvées chez les individus ayant subi des traumatismes relationnels intenses ou répétés dans l'enfance. Cette nouvelle nomenclature permet ainsi de mieux saisir les enjeux et les besoins propres à cette population vulnérable. La présente thèse avait comme principale visée d'explorer diverses facettes du concept d'état de stress post-traumatique-complexe. Plus précisément, la traduction du questionnaire auto-rapporté SIDES-SR et l'analyse préliminaire de ses qualités psychométriques font partie des contributions du premier article de cette thèse. Le deuxième article avait, quant à lui, pour but d'examiner la relation les difficultés psychologiques des mères (l'ÉSPT-C), leurs pratiques éducatives et les symptômes de leur enfant après le dévoilement de l'AS qu'il a subi.

Évaluation de l'ÉSPT-C

Le *Structured Interview for Disorders of Extreme Stress-Self-Report* (SIDES-SR) est le seul questionnaire répertorié qui mesure, chez les adultes, les différents domaines du fonctionnement affectés après avoir été exposés à des traumas relationnels selon la théorie de l'ÉSPT-C. La traduction de cet instrument avait ainsi pour but de permettre l'étude de ce concept auprès d'une population francophone à l'aide d'un instrument valide. La structure factorielle de la traduction du SIDES-SR a été testée. La validité convergente, divergente et concurrente des dimensions obtenues en fonction de l'analyse factorielle ont été décrites. De plus, la stabilité temporelle et la cohérence interne de l'instrument ont été mesurées. Cette démarche avait pour objectif de documenter les qualités psychométriques du questionnaire compte tenu de l'absence de données publiées pour le SIDES-SR tant auprès d'une population francophone que d'une population anglophone. Différentes hypothèses ont été émises dans le cadre de cette étude. Tout d'abord, il était attendu que les items du questionnaire permettraient de distinguer les individus ayant subi des mauvais traitements dans l'enfance de ceux n'ayant pas subi de telles expériences traumatisantes. Sur le plan de la validité convergente et divergente, il était prévu que

les dimensions du SIDES-SR corrèleraient avec des échelles mesurant des concepts équivalents alors qu'elles seraient peu liées à des variables différentes sur le plan conceptuel. Cette étude a été réalisée auprès de 438 adultes francophones provenant de la population générale et de l'Université de Montréal ayant complété différents questionnaires auto-rapportés.

Les résultats de cette recherche indiquent qu'une structure factorielle composée de cinq facteurs similaire à celle notée pour l'entrevue SIDES originale en anglais a été obtenue. Les facteurs retenus à partir de la solution factorielle de 21 items sont les suivants : les croyances pessimistes par rapport aux autres et au futur, la gestion des affects, l'évitement des contacts physiques et sexuels, la somatisation et la prise de risques.

Les qualités psychométriques des dimensions formées à partir de l'analyse factorielle ont été examinées. Au niveau de la fidélité, la cohérence interne de l'instrument varie d'acceptable à très satisfaisante sauf pour le facteur de la prise de risques qui est plus faible. Le petit nombre d'items qui composent les facteurs a toutefois pu atténuer leur cohérence interne. Les facteurs demanderaient donc à être étoffés par l'élaboration de nouveaux items.

Les résultats obtenus confirment que la stabilité temporelle d'une majorité des facteurs du SIDES-SR est satisfaisante. Il en est de même pour la validité concurrente des dimensions du questionnaire qui, à l'exception du facteur de l'évitement des contacts sexuels, permettent de distinguer les individus qui ont ou non subi des mauvais traitements dans l'enfance.

Les hypothèses concernant la validité convergente et divergente du questionnaire ont été en grande partie confirmées. En effet, les corrélations modérées notées entre les facteurs et les échelles qui évaluent des concepts similaires indiquent que les facteurs du SIDES-SR s'apparentent à ces construits. Toutefois, la validité convergente des dimensions de la prise de risques et de l'évitement des contacts sexuels n'a pu être évaluée dans cette étude et mériterait d'être investiguée dans le futur. Les faibles corrélations observées entre les facteurs ainsi que des variables

sociodémographiques (l'âge et le sexe des participants) suggèrent que l'instrument possède une validité divergente satisfaisante.

Somme toute, la présente étude est la première à avoir élaboré une version traduite du questionnaire SIDES-SR et à avoir testé ses qualités psychométriques. Les résultats obtenus sont comparables à différents niveaux à ceux obtenus pour la version originale de l'instrument sous la forme d'entrevue, ce qui démontre l'adéquation entre plusieurs propriétés psychométriques de la version francophone du questionnaire et de l'instrument en anglais. En ce sens, l'utilisation de l'échelle totale du questionnaire SIDES-SR semble recommandée compte tenu de ses qualités psychométriques intéressantes. Finalement, une fois que les items qui composent le SIDES-SR seront modifiés et que la structure factorielle, la cohérence interne, la fidélité test-retest ainsi que la validité convergente et divergente de l'instrument seront bien établies, il serait intéressant d'évaluer sur le plan de la validité concurrente si le type de mauvais traitements vécus, la durée et l'âge lors de ceux-ci sont liés à la sévérité des symptômes retrouvés sur les différentes dimensions de l'ÉSPT-C, tel que suggéré par Scoboria et ses collègues (2008).

L'ÉSPT-C, les pratiques éducatives et les symptômes des enfants victimes d'AS

L'objectif le plus novateur de cette thèse doctorale consistait à évaluer la relation entre l'ÉSPT-C, les pratiques éducatives des mères et les symptômes d'enfants ayant subi une AS. Une telle question de recherche n'avait d'ailleurs jamais fait l'objet d'étude dans le passé. Cette démarche avait pour objectif d'étoffer les connaissances disponibles concernant les variables pouvant expliquer la sévérité des séquelles des enfants après avoir été exposés à des mauvais traitements sexuels. Les hypothèses formulées étaient que des symptômes d'ÉSPT-C plus sévères chez les mères ainsi que des pratiques éducatives inadéquates (l'insuffisance de la supervision et l'utilisation abusive de la punition) seraient associées à plus de symptômes psychologiques rapportés par les enfants et ce, même lorsque les caractéristiques de l'AS et les données sociodémographiques seraient considérées de façon concomitante. Une seconde hypothèse énoncée était que la supervision maternelle et l'utilisation de la punition abusive seraient des modérateurs dans la relation entre les symptômes d'ÉSPT-

C des mères et les symptômes psychologiques rapportés par les enfants. Pour répondre à cette question de recherche, un échantillon composé de 96 dyades mère-enfant, dont les enfants étaient âgés de 6 à 12 ans et avaient subi des mauvais traitements sexuels, a été formé. Afin de pallier à une limite méthodologique rapportée par différents auteurs, différentes sources d'informations ont été utilisées dans cette étude (Deblinger, Steer et Lippmann, 1999; Kendall-Tackett, Williams, et Finkelhor, D., 1993). En effet, des mesures auto-rapportées provenant des mères ont été utilisées pour mesurer leurs symptômes d'ÉSPT-C et leurs pratiques éducatives alors que les symptômes des enfants ont été évalués à l'aide d'un instrument qui leur était destiné.

L'ÉSPT-C et l'adaptation de l'enfant victime d'AS. Le second article de cette thèse met en évidence l'apport significatif des difficultés émotionnelles des mères pour expliquer les symptômes psychologiques de leur enfant en contexte de mauvais traitements sexuels. L'ÉSPT-C des mères s'est avéré être un facteur de risque favorisant l'émergence de divers symptômes chez les enfants victimes d'AS, soit l'anxiété généralisée, la dépression, l'opposition, le trouble des conduites et les symptômes du déficit attentionnel avec hyperactivité. Différentes explications en lien avec les difficultés qui découlent de l'ÉSPT-C chez les mères ont été élaborées pour expliquer ces résultats.

Tout d'abord, les réactions émotionnelles de la mère enseignent implicitement à l'enfant quelles émotions sont acceptables et quelle est la façon la plus appropriée de les gérer, ce qui favorise le développement d'une régulation émotionnelle satisfaisante chez l'enfant (Denham, Mitchell-Copeland, Strandberg, Auerbach et Blair, 1997). Il est donc possible que les mères qui présentent des difficultés psychologiques, tels que des symptômes d'ÉSPT-C, aient une régulation émotionnelle déficitaire et ainsi des ressources plus limitées pour enseigner à leur enfant comment réguler adéquatement leurs émotions (Suveg, Shaffer, Morelen et Thomassin, 2011). Cette hypothèse converge avec des résultats d'études qui démontrent qu'une réponse négative du parent face aux émotions exprimées par l'enfant est associée à plus de difficultés sur le plan de la régulation émotionnelle et du fonctionnement social chez ce dernier (Eisenberg, Fabes, Carlo, Troyer et Karbon,

1992; Eisenberg, Fabes et Murphy, 1996; Stack, Serbin, Enns, Ruttle, Barrieau, 2010). Dans un même ordre d'idées, des auteurs suggèrent qu'une quantité significative d'émotions négatives exprimées quotidiennement dans l'environnement familial de l'enfant peut induire des émotions négatives chez celui-ci (Morris, Silk, Steinberg, Myers et Robinson, 2007). Dans cette optique, les enfants dont la mère entretient des croyances négatives par rapport aux autres et à l'avenir et qui présente des difficultés de régulation émotionnelle plus sévères pourraient être à risque de vivre davantage d'émotions négatives, ce qui exacerberaient les symptômes intériorisés et extériorisés observés chez ceux-ci.

Une autre hypothèse peut être émise pour expliquer les résultats obtenus. En effet, les enfants dont la mère présente des symptômes associés à l'ÉSPT-C plus marqués peuvent ressentir le besoin d'exprimer fortement leurs émotions pour signaler leur détresse à leur mère (Samuelson et Cashman, 2008). En fait, ces mères risquent de ne pas répondre à l'expression plus subtile des émotions vécues par l'enfant en raison de leur propre tendance à être déconnectée de leurs émotions ou parce qu'elles sont trop envahies par leur propre détresse. Par conséquent, leur enfant peut manifester des symptômes plus sévères et donc plus apparents aux yeux de la mère pour qu'elle soit davantage engagée auprès de lui.

De plus, des auteurs proposent que la régulation émotionnelle de l'enfant est acquise à partir des interactions avec la mère et qu'elle est influencée par la capacité de celle-ci à être en lien avec l'enfant. En ce sens, Kim et Cicchetti (2004) affirment que la qualité de la relation entre la mère et son enfant prédit les symptômes intériorisés et extériorisés mesurés un an plus tard, indépendamment des mauvais traitements subis par les enfants. L'évitement relationnel observé chez les victimes de traumatismes vécus dans l'enfance pourrait donc affecter la qualité de la relation qu'elles entretiennent avec leur enfant et restreindrait l'accès de ce dernier à un modèle pour apprendre à l'enfant à gérer adéquatement ses états affectifs. Également, l'ÉSPT-C est caractérisé par un plus grand risque de se retrouver des relations abusives à l'âge adulte. Ainsi, les mères qui vivent dans un contexte de violence peuvent être moins aptes à répondre aux besoins affectifs de leur enfant et à leur offrir

la protection requise pour promouvoir leur bien-être psychologique (Samuelson et Cashman, 2008). Les difficultés relationnelles des mères qui souffrent de symptômes d'ÉSPT-C peuvent donc être associées à des capacités limitées chez l'enfant à identifier, nommer et exprimer ses émotions, ce qui le rendrait ainsi plus vulnérable à développer différents symptômes psychologiques en situation de grand stress.

Finalement, il est également possible que les symptômes d'ÉSPT-C des mères aient un impact sur le développement de problèmes psychologiques chez l'enfant spécifiquement dans le contexte du dévoilement de l'AS. Les mères qui présentent des difficultés liées à l'ÉSPT-C plus sévères risquent d'être submergées par les bouleversements engendrés par le dévoilement de l'AS de l'enfant. Ainsi, tel que suggéré par Cook et ses collègues (2005), les mères qui ont elles-mêmes subi des mauvais traitements dans le passé peuvent être envahies par les souvenirs et les émotions associés à leur propre histoire d'abus et ainsi peuvent devenir peu disponibles pour aider l'enfant à composer avec le dévoilement. Des auteurs mentionnent que, lorsque l'enfant se retrouve dans une situation stressante, il cherche à décoder les émotions du parent pour donner un sens à l'événement et définir la réaction émotionnelle et comportementale qu'il doit adopter face à cette situation (Morris et al., 2007). De ce fait, il est donc probable que les enfants dont les mères ont des symptômes d'ÉSPT-C plus sévères présentent également des symptômes psychologiques plus significatifs à la suite du dévoilement de l'AS qu'il a vécue. Des études supplémentaires sont nécessaires pour mettre à l'épreuve ces hypothèses et comprendre le lien entre l'ÉSPT-C des mères et la sévérité des difficultés psychologiques retrouvées chez l'enfant victime d'AS.

Les pratiques éducatives et l'adaptation de l'enfant victime d'AS. Bien que le soutien maternel ait reçu une plus grande attention dans l'étude des facteurs de protection liés à l'adaptation psychologique des enfants agressés sexuellement dans les dernières décennies, les connaissances scientifiques disponibles concernant les autres pratiques éducatives demeurent bien restreintes. La présente thèse avait donc pour objectif de documenter la relation entre l'ÉSPT-C des mères, la supervision

maternelle, l'utilisation de la punition et les symptômes psychologiques auto-rapportés par leur enfant ayant vécu une AS.

Les résultats obtenus démontrent que certains comportements parentaux peuvent rendre l'enfant plus vulnérable à développer des difficultés émotionnelles après avoir été agressé sexuellement. La présente thèse indique que les enfants sont plus à risque de présenter des symptômes de dépression et d'opposition si les mères ont des symptômes d'ÉSPT-C plus sévères et qu'en plus, elles adoptent une supervision insuffisante envers leur enfant. Ainsi, ces résultats appuient les propos de Lazarus et Folkman (1984) et de Lakey et Cohen (2000) qui suggèrent que certains comportements parentaux sont des modérateurs pouvant limiter ou exacerber les séquelles psychologiques en situation de grand stress. Ces données vont également de paire avec celles notées dans une étude longitudinale qui démontrent que la supervision parentale modère la détresse psychologique qui découle de l'exposition à des mauvais traitements physiques et sexuels chez des adolescents âgés entre 12 et 14 ans (Oberlander et al., 2011). Ces observations soulignent la pertinence d'étudier dans des recherches ultérieures des pratiques parentales variées pour atteindre une compréhension plus approfondie des variables qui contribuent à une meilleure adaptation chez l'enfant victime d'AS. Des études supplémentaires permettant de définir ce qui amène les mères à privilégier une supervision insuffisante seraient pertinentes tant sur le plan scientifique que clinique pour proposer des pistes d'intervention visant à promouvoir l'utilisation de pratiques éducatives satisfaisantes par les mères.

Bien que la présente recherche ait permis d'ajouter des éléments importants à notre compréhension des variables associées à l'adaptation d'enfants ayant vécu une AS, des questions demeurent en suspens. Tout d'abord, alors que les symptômes maternels d'ÉSPT-C sont associés à plusieurs difficultés psychologiques chez les enfants, ils semblent avoir peu d'impact sur la sévérité des symptômes anxieux rapportés par les enfants. Certains auteurs mentionnent que les symptômes d'anxiété sont davantage prédits par le lien d'attachement de l'enfant que par les difficultés

psychologiques observés chez la mère (Warren, Huston, Egeland, et Srouffe, 1997). Cette piste de recherche mériterait d'être investiguée dans des études futures.

De plus, il est à noter qu'aucun lien significatif n'a été identifié entre l'utilisation de la punition par les mères et les symptômes psychologiques rapportés par leur enfant. Ces résultats suggèrent que cette pratique éducative n'est pas directement liée à la perception des enfants concernant leurs difficultés lorsque les mères privilégient davantage une punition non-abusive. Or, un biais méthodologique qui limite les conclusions pouvant être tirées de ce résultat sera décrit dans la prochaine section.

Limites de la thèse

Certaines critiques peuvent être formulées concernant la présente thèse doctorale. Les principales limites rencontrées seront énumérées et expliquées dans cette section.

Le devis utilisé

Tout d'abord, un devis corrélationnel et transversal a été privilégié dans le cadre de cette recherche. On peut donc suggérer que les symptômes d'ÉSPT-C des mères et la supervision maternelle soient responsables des difficultés psychologiques observées chez les enfants victimes d'AS, mais il demeure possible que la relation soit inversée et que les comportements difficiles de l'enfant façonnent les comportements parentaux des mères (Deblinger, Steer et Lippmann, 1993; Eisenberg, Fabes, Shepard, Guthrie, Murphy et Reiser, 1999). Le sens de la relation entre ces variables pourrait donc être confirmé par le biais d'une étude longitudinale. Dans un même ordre d'idées, il n'est pas possible de déterminer si les difficultés liées à l'ÉSPT-C des mères et celles des enfants étaient présentes avant le dévoilement de l'AS de l'enfant puisqu'aucune évaluation n'a été effectuée auprès de ces personnes dans le passé dans un contexte autre que celui pour lequel ces familles ont été rencontrées au Centre d'expertise Marie-Vincent.

Généralisation des résultats obtenus

Une autre limite inhérente à la présente thèse est le fait que les résultats sont peu généralisables à d'autres populations que celle étudiée. Bien que nous ayons comme souhait de réunir des individus de différents milieux et statuts socio-économiques pour documenter les qualités psychométriques du SIDES-SR dans le cadre de cette recherche, il n'en demeure pas moins qu'une majorité de participants était des femmes qui avaient une scolarité de niveau universitaire. Des études supplémentaires seront souhaitables pour procéder à la validation du questionnaire SIDES-SR auprès d'un large bassin d'individus provenant de la population générale après avoir apporté certaines modifications au questionnaire, tel que suggéré dans le premier article de cette thèse. Il sera ensuite pertinent d'évaluer si des résultats comparables sont observés auprès de populations cliniques variées, tel que noté dans l'étude de Scoboria et de ses collègues (2008).

Dans un même ordre d'idées, les résultats du deuxième article présenté dans la présente thèse ont été générés à partir d'informations recueillies auprès de familles ayant reçu des services au Centre d'expertise de Marie-Vincent. Cet échantillon est ainsi constitué de mères qui ont accepté de participer à l'étude et qui ont montré un intérêt à s'investir dans les démarches thérapeutiques réalisées auprès de leur enfant victime d'AS. De plus, les mères présentent un niveau de difficultés liées à l'ÉSPT-C variant de faible à modéré. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à d'autres populations ne présentant pas ces caractéristiques.

Instruments de mesure utilisés

Les résultats présentés dans le deuxième article concernant l'ÉSPT-C ont été obtenus à partir de l'échelle totale du SIDES-SR en raison de ses qualités psychométriques satisfaisantes. Cependant, les résultats de l'analyse factorielle ont démontré la perte de plusieurs items et l'absence des facteurs de dissociation, de la capacité à entrer en relation et de la perception de soi, ce qui limite actuellement la possibilité d'utiliser les items provenant de ces échelles pour les mettre en relation avec d'autres variables. La bonification du questionnaire semble donc indiquée pour

permettre de documenter la relation entre les différentes sphères de l'ÉSPT-C, les pratiques éducatives et la symptomatologie des enfants afin de tester plusieurs hypothèses présentées dans cette thèse.

Finalement, il a été noté, dans le deuxième article de cette thèse, que les mères rapportaient une utilisation de la punition comparable à la population générale, bien qu'inférieure à celle notée dans une autre étude réalisée auprès d'une population similaire composée de mères dont l'enfant a été victime d'AS. Ces résultats nous questionnent à savoir si les données recueillies concernant l'utilisation de la punition sont représentatives des réelles pratiques éducatives de ces mères ou si elles sont plutôt la démonstration d'un biais inhérent aux évaluations auto-rapportées. La désirabilité sociale qui peut teinter les réponses des mères représente un obstacle qui n'est pas négligeable et qui limite les inférences pouvant être effectuées concernant le caractère abusif des pratiques parentales privilégiées par ces mères. Pour pallier à cette limite dans des recherches futures, un questionnaire de désirabilité sociale pourrait être ajouté aux mesures auto-révélées utilisées. Également, il pourrait être souhaitable de privilégier l'utilisation de mesures observationnelles afin d'avoir un regard dynamique sur les pratiques éducatives des mères ainsi que sur leur interaction avec les comportements de l'enfant. Ceci permettrait également de documenter la qualité du lien mère-enfant et le type d'attachement de l'enfant pour répondre à des questions de recherche soulevées dans ce projet doctoral.

Implications cliniques

La présente thèse doctorale présente une portée clinique intéressante. Tout d'abord, les adultes qui ont vécu des mauvais traitements dans l'enfance représentent une population vulnérable dont plusieurs domaines du fonctionnement peuvent être affectés en raison de l'exposition à des situations hautement aversives dans le passé. Cette réalité peut permettre aux cliniciens de mieux saisir les enjeux personnels de ces individus et ainsi les sensibiliser aux défis qui seront rencontrés sur le plan thérapeutique avec cette clientèle. Les résultats obtenus dans la présente thèse suggèrent que la version francophone du SIDES-SR pourrait éventuellement être utilisée comme un outil d'évaluation permettant au clinicien de cibler les sphères du

fonctionnement altérées chez les adultes ayant subi des mauvais traitements dans l'enfance. Ce questionnaire pourrait également être un outil complémentaire pour documenter l'efficacité d'une intervention thérapeutique auprès d'adultes ayant subi des traumatismes relationnels intenses ou répétés dans l'enfance. De plus, la relation identifiée entre les symptômes d'ÉSPT-C des mères et les difficultés psychologiques des enfants suggère qu'il serait souhaitable de procéder à l'évaluation de l'ÉSPT-C des mères avant d'entreprendre une démarche thérapeutique auprès de familles dont l'enfant a été victime d'AS et de tenir compte des difficultés de ces dernières dans les interventions offertes à la famille. Finalement, compte tenu de l'impact de la supervision maternelle sur l'adaptation des enfants victimes d'AS, l'évaluation des pratiques éducatives des mères ainsi que la mise en place d'interventions pour favoriser des comportements de supervision adéquats chez celles-ci semblent tout à fait indiquée.

En conclusion, l'étude empirique des symptômes d'ÉSPT-C notamment en lien avec l'adaptation des enfants victimes d'AS est encore à ses premiers balbutiements, mais apparaît comme une avenue prometteuse à considérer pour les recherches futures. Des études ultérieures documentant les mécanismes qui lient l'ÉSPT-C des mères et les symptômes retrouvés chez leur enfant en contexte d'AS sont souhaitables. Les mauvais traitements sexuels demeurent une problématique complexe et multifactorielle qui demande de considérer, au-delà des caractéristiques de l'AS, l'action de plusieurs variables pour arriver à une meilleure compréhension de ce qui peut entraver l'adaptation psychologique des enfants qui en sont victimes. Finalement, l'étude de l'ÉSPT-C offre un cadre théorique qui pourrait même s'étendre à d'autres dimensions de la problématique de l'AS notamment pour comprendre les courroies de la transmission intergénérationnelle de l'AS par exemple. Ces questions de recherches mériteraient d'être étudiées dans le futur.

Références citées dans l'introduction et la conclusion

- Alaggia, R. et Turton, J. (2005). Against the odds: The impact of woman abuse on maternal response to disclosure of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 14*, 95-113.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e ed.). Washington, DC: Author.
- Black, M., Dubovitz, H., et Harrington, D. (1994). Sexual abuse: Developmental differences in children's behavior and self-perception. *Child Abuse & Neglect, 18*, 85-95.
- Bogat, G., DeJonghe, A., Levendosky, W., Davidson, A., et von Eye, A. (2002). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect, 30*, 109–125.
- Briere, J., et Elliott, D.M. (1993). Sexual abuse, family environment, and psychological symptoms: On the validity of statistical control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 284-288.
- Briere, J., et Elliott, D.M. (2003). Prevalence and symptomatic sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect, 27*, 1205-1222.
- Briere, J. et Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 401-412.
- Browne, A. et Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin, 99*, 66-77.
- Callahan, K.L., Price, J.L., et Hilsenroth, M. J. (2003). Psychological assessment of adult survivors of childhood sexual abuse within a naturalistic clinical sample. *Journal of Personality Assessment, 80*, 173-184.

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blausetin, M., Cloitre, M., Derosa, R., et al. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390-398.
- Cyr, M., McDuff, P., et Wrigh, J. (1999). Le profil des mères d'enfants agressés sexuellement : Santé mentale, stress et adaptation. *Santé mentale au Québec*, 24, 191-216.
- Cyr, M. et Payer, M. (2011). Intervention curative auprès des adultes ayant été victimes d'agression sexuelle pendant leur enfance. Dans M. Hébert, M. Cyr, et M. Tourigny. (Dir.). *L'agression sexuelle envers les enfants*. Tome I. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Cyr, M., Wright, J., Toupin, J., Oxman-Martinez, J., McDuff, P., et Thériault, C. (2002). Les déterminants du soutien maternel offert par les mères à leurs enfants ayant vécu une agression sexuelle récente. *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, 31, 319-337.
- Deangelis, T. (2007). A new diagnosis for childhood trauma? *Monitor of psychology*, 38, 32-34.
- Deblinger, E., Lippmann, J., Stauffer, L., et Finkel, M. (1994). Personal versus professional responses to child sexual abuse allegations. *Child Abuse & Neglect*, 18, 679-682.
- Deblinger, E., Steer, R., et Lippmann, J. (1999). Maternal factors associated with sexually abused children's psychosocial adjustment, *Child Maltreatment*, 4, 13-20.
- Deblinger, E., Taub, B., Maedel, A.B., Lippmann, J., et Stauffer, L.B. (1997). Psychosocial characteristics predicting parent symptomatology in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6, 35-49.

- Delaronde, S., King, G., Bendel, R., et Reece, R. (2000). Opinions among mandated reporters toward child maltreatment reporting policies. *Child Abuse & Neglect*, 24, 901–910.
- Denham, S., Mitchell-Copeland, J.A., Strandberg, K., Auerbach, S., et Blair, K. (1997). Parental contributions to preschoolers' emotional competence: Direct and indirect effects. *Motivation and Emotion*, 21, 65-86.
- De jong, J. T. Komproe, I. H., Spinazzola, J., van der Kolk, B. A., et Van Ommeren, M. H. (2005). DESNOS in three postconflict settings: Assessing cross-cultural construct equivalence. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 13-21.
- Denham, S., et Mitchell-Copeland, J. A. (1997). Parental Contributions to Preschoolers' Emotional Competence: Direct and Indirect Effects, *Motivation and Emotion*, 21, 65-86.
- Eisenberg, N, Fabes, R.A., Carlo, G., Troyer, D., et Karbon, M. (1992). The relations of maternal practices and characteristics to children's vicarious emotional responsiveness. *Child Development*, 63, 583-602.
- Eisenberg, N, Fabes, R.A., et Murphy, B. C. (1996). Parents' reactions to children's negative emotions: Relations to children's social competence and comforting behaviors. *Child Development*, 67, 2227-2247.
- Eisenberg, N., Fabes, R.A., Shepard, S.A., Guthrie, I. K., Murphy, B.C., et Reiser, M. (1999). Parental reactions to children's negative emotions: Longitudinal relations to quality of children's social functioning. *Child Development*, 70, 513 – 534.
- Esparza, D. (1993). Maternal support and stress response in sexually abused girls ages 6-12. *Issues in Mental Health Nursing*, 14, 85-107.
- Everill, J. et Waller G. (1995). Disclosure of sexual abuse and psychological adjustment in female undergraduates. *Child Abuse & Neglect*, 19, 93-100.

- Everson, M. D., Hunter, W. M., Runyan, D. K., Edelson, G. A., et Coulter, M. L. (1989). Maternal support following disclosure of incest. *American Journal of Orthopsychiatry*, *59*, 197-207.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. et al. (1998): The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*, 245-258.
- Ford, J. et Kidd, P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *11*, 743-761.
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr, et M. Tourigny. (Dir.). *L'agression sexuelle envers les enfants*. Tome I. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Hiebert-Murphy, D. (1998). Emotional distress among mothers whose children have been sexually abused: The role of a history of child sexual abuse, social support, and coping. *Child Abuse & Neglect*, *22*, 423-435.
- Hoeve, M., Dubas J., Eichelsheim, V., van der Laan, P., Smeenk, W., et Gerris, J. (2009). The Relationship Between Parenting and Delinquency: A Meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *37*, 749-775.
- Hooper, C.A. (1992). *Mothers Surviving Child Sexual Abuse*. New York, NY, Routledge.
- Johnson, B. K., & Kenkel, B. M. (1991). Stress, coping, and adjustment in female adolescent incest victims. *Child Abuse & Neglect*, *15*, 293-305.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., et Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological bulletin*, *113*, 164-180.

- Kim, J., et Cicchetti, D. (2004). A longitudinal study of maltreatment, mother-child relationship quality and maladjustment: The role of self-esteem and social competence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 341-354.
- Lahey, B., et Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. Dans S. Cohen, L.G Underwood, et B.H. Gottlieb (dir.) *Social support measurement and interventions: A guide for health and social scientists* (pp.29-52). New York, NY: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer Publishing.
- Lieb, R., Isensee, B., Hofler, M., Pfister, H., et Wittchen, H.U. (2002). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 365-374.
- Lovett, B. (1995). Child sexual abuse: The female victim's relationship with her nonoffending mother. *Child Abuse & Neglect*, 19, 729-738.
- Luxemberg, T., Spinazzola, J., et van der Kolk, B.A.(2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: assessment. *Directions in Psychiatry*, 21, 373-392.
- Morris, A.S., Silk, J.S., Steinberg, L., Myers, S.S., et Robinson, L.R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16, 361-388.
- Newberger, C.M., Geremy, I.M., Wateraux, C.M., et Newberger, E.H. (1993). Mothers of sexually abused children: Trauma and repair in longitudinal perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 92-102.
- Oberlander, S. E., Wang Y., Thompson, R., Lewis, T., Proctor, L., Isbell, P., English, D.J., et al. (2011). Childhood maltreatment, emotional distress, and early

- adolescent sexual intercourse: Multi informant perspectives on parental monitoring. *Journal of Family Psychology*, 25, 885–894
- Paolucci, E., Genuis, M., et Violato, C. (2001) A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135, 17–36.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., et Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for Disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic stress*, 10, 3-16.
- Phillips, N., Hammen, C., Brennan, P., Najman, J., et Bor, W. (2005). Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 33, 13-24.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- Runyon, D. K., Hunter, W. M., et Everson, M. D. (1992). *Maternal support for child victims of sexual abuse: Determinants and implications* Washington, DC. National Center for Child Abuse and Neglect.
- Samuelson, K. W. et Cashman, C. (2008). Effects of intimate partner violence and maternal posttraumatic stress symptoms on children's emotional and behavioral functioning. *Journal of Emotional Abuse*, 8, 139-153
- Scoboria, A., Ford, J., Lin, H., et Frisman, L. (2008). Exploratory and confirmatory factor analyses of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress. *Assessment*, 15, 404-425.
- Spaccarelli, S., et Fuchs, C. (1997). Variability in symptom expression among sexually abused girls: Developing multivariate models. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 24-35.
- Spaccarelli, S. et Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1171-1182.

- Spitzer, R., Kaplan, S., et Pelcovitz, D. (1989). Victimization disorder: A needed addition to DSM-IV. *Proceedings of the 142nd Annual Meeting of the American Psychiatric Association Summary*, 142, 234.
- Stack, D. M., Serbin, L. A., Enns, L., Ruttle, P., et Barrieau, L. (2010). Parental effects on children's emotional development over time and across generations. *Infants & Young Children*, 23, 52-69.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Tourigny, M., Gagné, M.-H., Joly, J., et Chartrand, M.-È. (2006). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 97, 109-113.
- Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M., et Baril, K. (2008). Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32, 331-335.
- Tourigny, M., Mayer, M., Hélie, S., Wright, J., et Trocme, N. (2001). Les mauvais traitements envers les enfants tels que rapportés aux Directeurs de la protection de la jeunesse. *Portrait social du Québec: données et analyses*, 459-473.
- Tremblay, C., Hébert, M., et Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23, 929-945.
- Trocme, N. M., Tourigny, M., MacLaurin, B., et Fallon, B. (2003). Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1427-1439.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408.
- van der Kolk, B. A., et Courtois, C. (2005). Editorial comments: Complex developmental trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 385-388.

- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., et Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 389-399.
- Warren, S., Huston, L., Egeland, B., et Sroufe, A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Child and adolescent psychiatry, 36*, 637-644.
- Weissman, M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D., et Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents: 10 years later. *Archives of General Psychiatry, 54*, 932.
- Zlotnick, C., et Pearlstein T. (1997). Validation of the structured interview for disorders of extreme stress. *Comprehensive Psychiatry, 38*, 243-247.

Annexe A

La traduction francophone du questionnaire *Structured Interview for Disorders of Extreme Stress-Self-Report*

Les items qui suivent décrivent des difficultés que peuvent vivre certaines personnes. Après chaque affirmation, veuillez indiquer votre situation à partir du choix de réponse présenté :

Au cours des derniers mois...

1. De petits problèmes me contrarient beaucoup. Par exemple, je me mets en colère à cause d'une frustration m Je pleure facilement.

- Aucunement; pas du tout
- Parfois, je réagis de façon un peu excessive
- Des fois, je suis très contrarié/e ou tout me contrarie plus que d'habitude
- Souvent, je deviens extrêmement contrarié/e, j'ai des crises de colère

2. Après avoir été contrarié/e, j'ai de la difficulté à me calmer et j'ai ensuite de la difficulté à continuer comme si rien n'était.

- Aucunement; pas du tout
- Je suis contrarié/e momentanément
- Je continue à être contrarié/e pendant des heures
- Je suis complètement envahi/e par cela

3. Lorsque je me sens contrarié/e, j'ai de la difficulté à trouver des moyens pour me calmer.

- Aucunement; pas du tout
- J'ai besoin de faire des efforts particuliers pour me calmer (p. ex. : parler, les sports, écouter de la musique)
- J'ai besoin de tout arrêter et de concentrer toute mon énergie à me calmer
- J'ai besoin d'avoir recours à des moyens extrêmes, comme me saouler, prendre de la drogue, ou faire d'autres choses nuisibles à mon corps

4. Je me sens fâché/e la plupart du temps.

- Aucunement; pas du tout
- Je me sens fâché/e mais je suis capable de passer à d'autres choses
- Ma colère m'empêche de faire des choses
- Ma colère domine ma vie au quotidien

5. Je pense ou je m'imagine en train de blesser quelqu'un.

- Aucunement; pas du tout
- Oui, des pensées fugaces (qui s'estompent rapidement)
- Je pense à blesser les gens tous les jours
- Je ne peux m'arrêter de penser à blesser les gens

6. J'ai de la difficulté à contrôler ma colère.

- Aucunement; pas du tout
- Je réagis brusquement avec les gens
- Je crie ou je lance des choses
- J'attaque les gens physiquement

7. Je crains que les gens découvrent à quel point je suis en colère.

- Aucunement; pas du tout
- J'ai de la difficulté à confronter quelqu'un quand il me blesse
- Je ne confronte pas la personne contre laquelle je suis fâché/e mais je montre ma colère de d'autres façons
- Je ne laisse pas savoir à personne, par mes mots ou mes actions, que je suis en colère

8. J'ai été impliqué/e dans des accidents ou j'ai été près de l'être.

- Aucunement; pas du tout
- Des accidents occasionnels qui m'ont causé des blessures ou de la douleur mais qui ne nécessitaient pas d'attention médicale

- Un accident ou épisode qui a nécessité une attention médicale
- Plus d'un accident ou épisode grave qui ont nécessité une attention médicale

9. Ma sécurité me laisse indifférent/e.

- Aucunement; pas du tout
- Je connais les risques associés aux relations interpersonnelles ou aux situations que je vis mais je ne fais rien pour les éviter
- Je prends des risques inutiles concernant les personnes avec qui je suis ou les endroits que je fréquente
- Je fréquente des individus qui pourraient être dangereux; je ne prends pas de moyens pour me protéger dans ces situations

10. J'ai délibérément tenté de me faire mal (comme me brûler ou me couper).

- Aucunement; pas du tout
- Je frappe ou donne des coups de pied aux objets
- Je me fais mal délibérément (en me pinçant, me grattant, frappant, me cognant) sans blessures graves
- Je me fais mal délibérément de manière à causer des blessures physiques sérieuses

11. J'ai pensé me tuer.

- Aucunement; pas du tout
- J'y ai pensé mais je n'ai pas élaboré de plan suicidaire
- J'ai posé des gestes ou j'étais préoccupé/e par des plans suicidaires de manière récurrente
- J'ai fait une ou plusieurs tentatives de suicide

12. Je fais activement des efforts pour éviter de penser au sexe.

- Aucunement; pas du tout
- J'essaie de ne pas penser au sexe
- Je travaille très fort pour ne pas penser au sexe
- Je ne tolérerai aucune pensée par rapport au sexe

13. En général, cela me dérange de me faire toucher.

- Aucunement; pas du tout
- Cela me dérange parfois
- Cela me dérange souvent ou régulièrement
- Je ne pourrais tout simplement pas le tolérer

14. Cela me dérange de me faire toucher d'une manière sexuelle.

- Aucunement; pas du tout
- Cela me dérange parfois
- Cela me dérange souvent ou régulièrement
- Je ne pourrais tout simplement pas le tolérer

15. J'évite activement les relations sexuelles.

- Aucunement; pas du tout
- Il m'arrive d'inventer des excuses
- J'essaie de ne pas avoir de relations sexuelles
- Je n'ai pas de relations sexuelles

16. Je pense au sexe plus souvent que je le souhaiterais.

- Aucunement; pas du tout
- J'y pense trop
- Ces pensées me distraient de ce que je devrais être en train de faire
- Ces pensées m'obsèdent

17. Je me sens poussé/e à prendre part à des activités sexuelles sans réellement sentir que j'ai le choix.

- Aucunement; pas du tout
- Je sens la pression mais elle ne me pousse pas à agir
- Je me sens obligé/e mais je me force à arrêter
- Je m'engage dans des activités sexuelles de manière compulsive

18. Je sais que mes activités sexuelles peuvent me mettre en danger.

- Aucunement; pas du tout
- Je suis un peu imprudent/e
- Je me persuade d'ignorer le danger ou je le vois seulement après coup
- Je me place dans des situations dangereuses en toute connaissance de cause

19. Je m'expose à des situations qui pourraient être dangereuses. Par exemple, je me retrouve à fréquenter des g...
pourraient me faire du mal. Je vais dans des endroits qui ne sont pas sécuritaires. Je conduis trop vite.

- Aucunement; pas du tout
- Je suis un peu imprudent/e
- Je me persuade d'ignorer le danger ou je vois seulement le danger après coup
- Je me place dans des situations dangereuses en toute connaissance de cause

20. Il y a des parties de ma vie dont je ne me souviens plus, ou je suis confus/e à propos de ce qui s'est produit,
suis incertain/e à savoir si des choses importantes me sont arrivées ou non.

- Aucunement; pas du tout
- J'ai quelques blancs de mémoire
- Il y a d'importants trous dans ma mémoire; des périodes manquantes
- Je n'ai pas de souvenirs de jours, de mois ou d'années de ma vie

21. J'ai de la difficulté à garder la notion du temps dans ma vie quotidienne.

- Aucunement; pas du tout
- Parfois, j'ai de la difficulté à planifier et respecter mon horaire
- Je me présente régulièrement au mauvais endroit au mauvais moment
- Je suis incapable de garder un suivi de ma vie quotidienne

22. Je m'enferme dans ma propre «bulle» lorsque je suis effrayé/e ou stressé/e..

- Aucunement; pas du tout
- Je suis renfermé/e parfois
- Je vais dans mon propre monde et je ne laisse pas les autres y entrer
- Je me sens comme si j'arrêtais d'exister

23. Parfois, je me sens si irréel/le, comme si j'étais en train de vivre dans un rêve, ou pas vraiment présent/e ou
derrière une vitre.

- Aucunement; pas du tout
- Je me sens irréel/le parfois mais je peux facilement être ramené/e à la réalité
- Je me sens irréel/le souvent et j'ai de la difficulté à reprendre contact avec la réalité
- Je me sens régulièrement totalement déconnecté/e de mon entourage

24. J'ai parfois l'impression qu'il y a deux personnes qui vivent à l'intérieur de moi et qui contrôlent comment j'a...
différents moments.

- Aucunement; pas du tout
- Je suis une personne très différente dans des contextes différents
- Je me sens comme si différentes parties en moi étaient en compétition à propos de mes comportements
- Il y a différentes parties de moi qui prennent le contrôle à divers moments

25. J'ai le sentiment que je n'ai pas vraiment d'influence sur ce qui arrive dans ma vie.

- Aucunement; pas du tout
- Je ne prends pas d'initiatives dans les activités quotidiennes
- Parfois, je ne prends pas la peine d'aller à mes rendez-vous, de sortir dehors, de retourner mes appels, de prendre soin de moi-même (p. ex. : mon hygiène personnelle, magasiner, manger.)
- Je ne prends tout simplement pas la peine de prendre soin de moi-même

26. Je sens qu'il y a quelque chose qui ne va pas chez moi, qui ne pourra jamais être réparé.

- Aucunement; pas du tout
- Je me sens blessé/e, mais je peux aller mieux
- Je sens que certaines parties de moi sont endommagées mais que ces parties fonctionnent encore
- Je me sens comme une personne endommagée de manière permanente

27. Je me sens chroniquement coupable à propos de toutes sortes de choses.

- Aucunement; pas du tout
- Je me sens plus responsable que nécessaire pour les choses qui vont mal
- Je me blâme pour les choses qui vont mal même quand je n'ai rien à voir avec cela
- Je me blâme et me punis pour tout ce qui va mal, même si cela n'a rien à voir avec moi

28. J'ai trop honte de moi pour laisser les gens apprendre à me connaître.

- Aucunement; pas du tout
- J'invente des histoires pour cacher les choses dont j'ai honte
- J'évite de laisser la plupart des gens savoir qui je suis réellement de peur qu'ils arrivent à me connaître
- Je ne laisse personne se rapprocher de moi pour m'assurer qu'ils ne vont pas découvrir qui je suis réellement

29. Je me sens isolé/e et très différent/e des autres personnes.

- Aucunement; pas du tout
- Je me sens très différent/e des personnes autour de moi
- Je me sens différent/e des autres et distant/e, séparé/e, ou exclu/e d'eux
- Je me sens comme si je venais d'une autre planète et que je suis nulle part ma place

30. Les gens exagèrent à propos du degré de dangerosité des situations dans lesquelles je suis impliqué/e.

- Aucunement; pas du tout
- Minimalement
- Modérément
- Sévèrement

31. J'ai de la difficulté à faire confiance aux gens.

- Aucunement; pas du tout
- Je suis prudent/e et suspicieux/se par rapport aux intentions des gens
- Les gens doivent me prouver que je peux leur faire confiance encore et encore pour que je ne sois plus sur mes gardes
- Je ne fais confiance à personne

32. J'évite d'être en relation avec d'autres personnes.

- Aucunement; pas du tout
- Je m'arrange pour avoir beaucoup de moments seuls
- Je n'initie pas de contact avec les autres. Je ne fais pas d'appels ou je n'écris pas de lettres
- Je ne retourne pas les appels et ne réponds pas aux lettres. Je mets fin aux conversations dès que je le peux

33. J'ai de la difficulté à surmonter les conflits dans mes relations.

- Aucunement; pas du tout
- Je suis calme ou j'évite les situations qui pourraient causer des conflits ou je suis facilement blessé/e ou offensé
- J'ai de la difficulté à entendre d'autres points de vue ou j'ai de la difficulté à m'affirmer
- Je quitte les emplois et les relations sans négocier, je menace de poursuivre les personnes qui m'offensent, je ne supporter que des personnes soient en désaccord avec moi

34. Je trouve que des expériences traumatisantes continuent de m'arriver.

- Aucunement; pas du tout
- Je suis occasionnellement blessé/e dans mes relations
- Je suis souvent blessé/e dans mes relations
- Je suis sérieusement blessé/e par des personnes que j'aime ou à qui je pensais pouvoir faire confiance

35. J'ai blessé d'autres personnes de manière similaire à la façon dont j'ai été blessé/e.

- Aucunement; pas du tout
- Des personnes m'ont déjà dit une ou deux fois que je suis blessant/e
- Des personnes m'ont déjà dit plusieurs fois que je suis blessant/e, ou que je blesse délibérément les gens
- Je blesse ou fais du mal à d'autres personnes de manière similaire à la façon dont j'ai été blessé/e moi-même

36. J'ai de la difficulté avec (entourer les items qui s'appliquent), cependant les médecins n'ont pas trouvé une cause précise et claire pour cela.

- | | |
|-----------------------|------------------------------|
| a) vomissements | d) diarrhées |
| b) douleur abdominale | e) intolérance alimentaire |
| c) nausées | f) ballonnement de l'abdomen |
- Aucunement; pas du tout
 - C'est un problème mineur qui me dérange un peu mais qui n'affecte pas ma vie au quotidien
 - C'est un problème assez sérieux pour affecter ma vie au quotidien
 - C'est un problème handicapant qui limite sévèrement ma vie au quotidien

37. Je souffre de douleurs chroniques (entourer les items qui s'appliquent), cependant les médecins n'ont pas trouvé une cause précise et claire pour cela.

- | | |
|--------------------------------|--------------------|
| a) dans mes bras et mes jambes | d) lorsque j'urine |
| b) dans mon dos | e) maux de têtes |
| c) dans mes articulations | f) ailleurs |
- Aucunement; pas du tout
 - Il s'agit d'un problème mineur qui me dérange un peu mais qui n'affecte pas ma vie quotidienne
 - Il s'agit d'un problème assez sérieux pour affecter ma vie quotidienne
 - Il s'agit d'un problème handicapant qui limite sévèrement ma vie quotidienne

38. Je souffre de douleurs chroniques (entourer les items qui s'appliquent), cependant les médecins n'ont pas trouvé une cause précise et claire pour cela.

- | | |
|-------------------|-----------------------------|
| a) essoufflements | c) douleur dans la poitrine |
| b) palpitations | d) étourdissements |
- Aucunement; pas du tout
 - C'est un problème mineur qui me dérange un peu mais qui n'affecte pas ma vie quotidienne
 - C'est un problème assez sérieux pour affecter ma vie quotidienne
 - C'est un problème handicapant qui limite sévèrement ma vie quotidienne

39. Je souffre de difficultés (entourer les items qui s'appliquent), cependant les médecins n'ont pas trouvé une cause précise et claire pour cela.

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| a) me souvenir de choses | f) s'évanouir/perdre connaissance |
| b) avaler | g) attaques et convulsions |
| c) perdre la voix | h) être incapable de marcher |

- d) vision embrouillée
 e) perdre la vue
- i) paralysie ou faiblesse musculaire
 j) uriner
- Aucunement; pas du tout
 - C'est un problème mineur qui me dérange un peu mais qui n'affecte pas ma vie quotidienne
 - C'est un problème assez sérieux pour affecter ma vie quotidienne
 - C'est un problème handicapant qui limite sévère ma vie quotidienne

40. Je souffre de douleur chronique (entourer l'item qui s'applique), cependant les médecins n'ont pas trouvé une cause précise et claire pour cela.

- a) des sensations de brûlure dans les organes sexuels ou le rectum (pas durant les relations sexuelles)
 - b) impuissance
 - c) cycles menstruels irréguliers
 - d) tension pré-menstruelle excessive
 - e) saignements menstruels excessifs
- Aucunement; pas du tout
 - C'est un problème mineur qui me dérange un peu mais qui n'affecte pas ma vie quotidienne
 - C'est un problème assez sérieux pour affecter ma vie quotidienne
 - C'est un problème handicapant qui limite sévère ma vie quotidienne

41. Je ressens du désespoir et du pessimisme à propos du futur.

- Aucunement; pas du tout
- Je me décourage et je perds de l'intérêt lorsque je fais des projets pour mon avenir
- Je ne vois pas de futur et je passe à travers les aléas de la vie
- Je me sens condamné/e et sans avenir

42. Je ne m'attends pas à être capable de trouver le bonheur dans mes relations amoureuses.

- Aucunement; pas du tout
- Des fois, je me sens distant/e et déconnecté/e de ceux que j'aime
- Je passe à travers les aléas des relations mais je me sens insensible
- Je n'ai pas l'impression de faire partie de la race humaine et je ne peux imaginer aimer quelqu'un

43. Je suis incapable d'éprouver de la satisfaction dans mon travail.

- Aucunement; pas du tout
- Parfois, c'est routinier, mais je peux trouver des raisons de continuer à travailler
- J'ai de la difficulté à donner un sens au travail ou je ne peux pas penser que le travail pourrait être significatif
- Le travail est sans but

44. Je crois que la vie a perdu son sens.

- Aucunement; pas du tout
- Parfois, cela semble sans but
- Je ne peux penser à une bonne raison de le faire, mais je continue à vivre
- Je vis dans un énorme vide

45. Il y a eu des changements dans ma philosophie ou mes croyances religieuses ou dans les croyances religieuses ou les croyances philosophiques avec lesquelles j'ai grandi.

- Aucunement; pas du tout
- Mes croyances ont changé, mais c'était une progression normale de la vie
- Je suis désillusionné/e des croyances religieuses avec lesquelles j'ai grandi
- Je déteste les croyances religieuses avec lesquelles j'ai grandi