

Parents abusés sexuellement dans l'enfance : l'impact des interactions parent-enfant et des pratiques éducatives sur le comportement de l'enfant

Auteur : Dessaint, Anaïs

Promoteur(s) : Blavier, Adelaide

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2022-2023

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/17183>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Parents abusés sexuellement dans l'enfance :
l'impact des interactions parent-enfant et des pratiques éducatives
sur le comportement de l'enfant

Sous la direction de Madame Adélaïde BLAVIER

Lectrices : Madame Céline STASSART

Madame Marine COLLARD

Mémoire présenté par Anaïs DESSAINT

en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences Psychologiques

Année académique 2022-2023

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, de par leur concours direct ou indirect, ont rendu possible la réalisation du présent mémoire.

Je remercie tout d'abord Madame Adélaïde BLAVIER, ma promotrice, de m'avoir encadrée et accompagnée dans ce projet de mémoire au cours des deux dernières années.

Je remercie également Madame Manon DELHALLE, ma superviseuse, de m'avoir guidée tout au long de la rédaction de ce mémoire et de m'avoir offert à la fois conseils avisés et patience face à mes nombreux questionnements.

Mes remerciements vont aussi à Mesdames Céline STASSART et Marine COLLARD, pour avoir porté de l'intérêt à ce mémoire et avoir accepté d'en être les lectrices.

Je tenais également à sincèrement remercier tous les pères, les mères et les enfants ayant accepté de participer aux études utilisées dans le présent mémoire, bien que je n'aie pas eu la chance de les rencontrer.

Enfin, je voudrais exprimer toute ma reconnaissance envers mon mari, pour son soutien inconditionnel sans lequel je n'aurais pas pu aller au bout de ce projet, et envers ma famille pour leur aide à la fois morale et économique tout au long de mon parcours, mais aussi pour leurs précieux conseils et leurs relectures critiques.

Table des matières

Introduction.....	7
Cadre théorique : revue de la littérature.....	8
1. La maltraitance infantile et ses conséquences.....	8
1.1. Typologie.....	8
1.1.1. Négligence.....	9
1.1.2. Maltraitance physique.....	9
1.1.3. Maltraitance émotionnelle et psychologique.....	9
1.1.4. Abus sexuel.....	10
1.1.5. Violences entre partenaires intimes.....	10
1.2. Conséquences : la construction psychologique de l'enfant maltraité.....	11
1.2.1. Fonctionnement émotionnel, affectif et social.....	12
1.2.2. Psychopathologies.....	14
1.2.2. Aspect traumatique.....	15
2. La parentalité du parent ayant un vécu de maltraitance infantile.....	17
2.1. Qu'est-ce que la parentalité ?.....	17
2.1.1. Définition.....	17
2.1.2. Ce que représente la parentalité pour les parents ayant un vécu de maltraitance infantile : schémas répétitifs et schémas correctifs.....	17
2.2. Perception et ressenti du parent abusé sexuellement dans l'enfance dans sa parentalité.....	20
2.3. Pratiques éducatives parentales.....	21
2.3.1. Discipline : règles, punitions et consistance.....	22
2.3.2. Soutien et autonomie de l'enfant.....	23
2.4. Interactions parent-enfant.....	23
2.4.1. Sensibilité du parent.....	23
2.4.2. Affects et comportements.....	24
3. Le comportement de l'enfant.....	24
3.1 Comportements internalisés.....	25
3.1.1 Caractéristiques propres à l'enfant.....	25
3.1.2 L'influence du parent et de la parentalité.....	26
3.1.2.1 L'adversité dans l'enfance du parent.....	26
3.1.2.2 Sa santé mentale.....	26

3.1.2.3 Les pratiques éducatives parentales.....	27
3.1.2.4 Les interactions parent-enfant.....	27
3.1.3 Le rôle de l'environnement.....	27
3.2 Comportements externalisés.....	28
3.2.1 Caractéristiques propres à l'enfant.....	28
3.2.2 L'influence du parent et de la parentalité.....	29
3.2.2.1 L'adversité dans l'enfance du parent.....	29
3.2.2.2 Sa santé mentale.....	29
3.2.2.3 Les pratiques éducatives.....	30
3.2.2.4 Les interactions parent-enfant.....	31
3.2.3 Le rôle de l'environnement.....	32
3.3 Impact mutuel du comportement de l'enfant et de celui du parent.....	32
Objectifs et hypothèses.....	33
1. Objectifs.....	33
2. Hypothèses principales.....	33
2.1 Hypothèse 1 en lien avec l'influence des pratiques parentales des parents victimes d'ASI sur le comportement de leur enfant.....	33
2.2 Hypothèse 2 en lien avec l'influence des interactions parent-enfant des parents victimes d'ASI sur le comportement de leur enfant.....	33
3. Hypothèses secondaires.....	34
3.1 Hypothèses en lien avec l'influence du sexe du parent victime d'ASI sur sa parentalité.....	34
3.1.1 Hypothèse 3.....	34
3.1.1 Hypothèse 4.....	34
3.1.2 Hypothèse 5.....	34
Méthodologie.....	35
1. Participants.....	35
2. Composante éthique.....	35
3. Outils.....	36
3.1 Questionnaire socio-démographique.....	36
3.2 Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF ; Bernstein et al., 2003)	36
3.3 Évaluation des Pratiques Éducatives Parentales (EPEP ; J.-C. Meunier & Roskam, 2007, 2009).....	37

3.4 Mother-Child Interaction Task (MCIT ; Crowell & Feldman, 1988 ; Loop et al., 2017).....	38
3.5 Child Behavior Checklist (CBCL ; Achenbach & Rescorla, 2000, 2001).....	38
Résultats.....	39
1. Méthode d'analyse des données.....	39
2. Analyses descriptives.....	40
2.1 Données socio-démographiques.....	40
2.2 Résultats aux tests des participants.....	41
2.1 Le vécu infantile (CTQ-SF).....	41
2.2.2 Les pratiques éducatives parentales (EPEP et EPEP-PPSF).....	42
2.2.3 Les interactions parent-enfant (MCIT).....	42
2.2.4 Le comportement de l'enfant (CBCL/1.5-5 et 6-18).....	42
2.3 Effets de l'âge et du sexe.....	43
2.3.1 Effet de l'âge du parent et de l'enfant sur les variables.....	43
2.3.2 Effet du sexe du parent et de l'enfant sur les variables.....	44
2.4 Liens entre les différents types de maltraitance infantile.....	45
3. Analyses liées à la question de recherche et à nos hypothèses.....	46
3.1 Hypothèses principales.....	46
3.1.1 Hypothèse 1 : les pratiques éducatives parentales des parents victimes d'ASI sont associées à des problèmes de comportement chez leur enfant.....	46
3.1.1.1 Liens entre ASI et pratiques éducatives.....	46
3.1.1.2 Liens entre pratiques éducatives et comportement de l'enfant.....	47
3.1.1.3 Liens entre ASI, pratiques éducatives et comportement de l'enfant.....	48
3.1.2 Hypothèse 2 : les interactions parent-enfant des parents victimes d'ASI sont corrélées à des problèmes de comportements chez leur enfant.....	49
3.1.2.1 Liens entre ASI et interactions parent-enfant.....	49
3.1.2.2 Liens entre interactions parent-enfant et comportement de l'enfant.....	49
3.1.2.3 Liens entre ASI, interactions parent-enfant et comportement de l'enfant.....	50
3.2 Hypothèses secondaires.....	51
3.2.1 Hypothèse 3 : les pères victimes d'ASI font moins usage de discipline physique que les mères victimes d'ASI.....	52
3.2.2 Hypothèse 4 : les pères victimes d'ASI font preuve de plus de retrait relationnel et/ou de désintérêt et de moins de sensibilité émotionnelle envers leur enfant que les mères.....	53

3.2.3 Hypothèse 5 : les interactions entre mères victimes d’ASI et enfant sont plus hostiles et agressives que celles des pères victimes d’ASI et de leur enfant.....	55
Discussion.....	56
1. Commentaires.....	56
1.1 Hypothèses principales.....	56
1.1.1 Hypothèse 1.....	56
1.1.2 Hypothèse 2.....	58
1.2 Hypothèses secondaires.....	60
1.2.1 Hypothèse 3.....	60
1.2.2 Hypothèse 4.....	62
1.2.3 Hypothèse 5.....	63
2. Forces et limitations.....	64
3. Implications cliniques et perspectives.....	65
Conclusion.....	66
Bibliographie.....	68
Annexes.....	96
Annexe A : Items ajoutés à la CTQ-SF.....	98
Annexe B : Données descriptives et normalité de l’échantillon D.....	102
Annexe C : Données socio-démographiques de l’échantillon D.....	105
Annexe D : Données socio-démographiques de l’échantillon A.....	108
Annexe E : Résultats aux tests des participants de l’échantillon D par groupe.....	111
Annexe F : Régressions linéaires de l’âge des parents et des enfants sur leurs résultats aux tests.....	114
Annexe G : Analyses en lien avec l’hypothèse 1.....	117
Annexe H : Données descriptives et normalité de l’échantillon A.....	124
Annexe I : Analyses en lien avec l’hypothèse 2.....	125
Annexe J : Analyses en lien avec l’hypothèse 3.....	135
Annexe K : Analyses en lien avec l’hypothèse 4.....	136
Résumé.....	137

Introduction

Selon l'UNICEF (2022), chaque année, plus d'un milliard d'enfants subirait une forme de violence, la maltraitance infantile en étant l'une des plus connues. Cette dernière peut prendre des formes diverses dont l'intrication semble être la tendance plutôt que l'exception (Benarous et al., 2014 ; Mullen et al., 1994). Parmi elles, l'abus sexuel infantile est une expérience particulière se distinguant des autres de par ses caractéristiques et ses possibles conséquences (Butchart et al., 2006 ; Silverman et al., 1996).

L'abus sexuel infantile est une expérience de vie complexe, traumatisante pour certains, et qui peut influencer l'individu sur de nombreux aspects allant bien au-delà de l'enfance, comme la parentalité (Madigan et al., 2019 ; Bartlett et al., 2017). L'impact de ce type d'abus n'est alors plus individuel mais est susceptible de se répercuter sur la génération suivante au travers de différents facteurs (e.g., Faller, 1989 ; Newcomb & Locke, 2001 ; T. Cohen, 1995).

Bien que la littérature ait souligné que la parentalité d'un parent maltraité et/ou abusé sexuellement dans l'enfance était susceptible de différer de celle de parents n'ayant pas vécu de tels événements (e.g., Bert et al., 2009 ; L. R. Cohen et al., 2008), les relations entre les caractéristiques des pratiques éducatives et des schémas interactionnels de ces parents et le comportement de leur enfant n'ont encore que peu été abordées dans la littérature. Il s'agit là du thème que nous avons décidé de traiter dans le présent mémoire. Nous avons tâché, par la même occasion, de distinguer les effets de l'abus sexuel infantile des autres types de maltraitance infantile en prenant en compte leur possible co-occurrence et de donner une place aussi grande que possible aux pères, qui restent fort peu représentés dans les études sur le domaine. Dans le même temps, nous avons souhaité compléter notre recherche par des méthodes d'observation directe des interactions parent-enfant, afin d'avoir une vision plus contrastée de leurs relations, et ne pas seulement avoir le point de vue du parent sur ce sujet.

Afin de tenter de répondre à cette question de recherche, nous commencerons par définir les concepts de maltraitance infantile et d'abus sexuel infantile, avant d'évoquer les conséquences de telles d'expériences sur la construction psychologique d'un individu. Nous aborderons ensuite les particularités de la parentalité du parent ayant un vécu de maltraitance infantile au travers de ses perceptions et ressentis, de ses pratiques éducatives ainsi que des interactions qu'il partage avec son enfant. Notre revue de la littérature prendra fin avec l'étude des comportements internalisés et externalisés de l'enfant et de leurs facteurs d'influence. Après avoir exposé les objectifs de notre recherche et les hypothèses formulées en regard de nos recherches dans la littérature, nous décrirons la méthodologie et les différentes analyses statistiques employées afin de tester nos hypothèses et de répondre à notre question de

recherche. Nous discuterons ensuite les résultats obtenus, en évoquerons l'intérêt pour la pratique clinique, les limites et les différentes perspectives qu'ils nous apportent.

Cadre théorique : revue de la littérature

1. La maltraitance infantile et ses conséquences

L'OMS (2020), définit la maltraitance infantile comme suit :

la maltraitance à enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité [...]. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes.

Cette maltraitance peut aussi bien être intra-familiale qu'extra-familiale. En effet, le perpétreur est, dans la majorité des cas, une figure parentale mais il peut également s'agir d'un proche ou d'une connaissance (surtout dans le cadre d'un abus sexuel), d'une figure d'autorité ou encore d'un parfait étranger (Gilbert et al., 2009 ; Butchart et al., 2006).

Certains facteurs sont susceptibles de favoriser l'émergence de maltraitance infantile au sein d'une famille, comme un faible niveau de revenus ou d'éducation des parents, ou encore une toxicomanie ou des troubles psychiatriques parentaux (Benarous et al., 2014 ; Petot, 2018 ; Murphy et al., 2017). Toutefois, on ne peut réduire sa survenance à ces simples facteurs : la maltraitance infantile touche toutes les classes sociales et est davantage à mettre en lien avec un certain terrain psycho-affectif, selon Tursz (2015). En effet, la maltraitance naîtrait d'un contexte de « pathologie de l'attachement » entre un parent et son enfant, au sein duquel le parent aurait du mal à s'attacher de manière appropriée à son enfant pour différentes raisons. Cela peut être dû à une naissance prématurée, des anomalies ou pathologies présentées par l'enfant, ou encore d'autres caractéristiques le rendant plus compliqué à gérer et/ou ne venant pas suffisamment répondre aux attentes du parent, qu'elles soient réalistes ou non (Organisation Mondiale de la Santé, 2020 ; Tursz, 2015).

1.1. Typologie

Afin d'avoir une meilleure compréhension de l'environnement dans lequel l'enfant victime de maltraitance peut évoluer, nous nous attacherons à décrire dans les paragraphes suivants les cinq sous-types de maltraitance infantile rapportés par l'OMS : la négligence, la

maltraitance physique, la maltraitance émotionnelle et psychologique, l'abus sexuel et l'exposition aux violences entre partenaires intimes (VPI) (Organisation Mondiale de la Santé, 2020 ; World Health Organization, 1999).

1.1.1. Négligence.

La négligence se construit dans la non-action : elle se caractérise par un manquement parental en termes d'apport à l'enfant de certaines conditions essentielles pour pouvoir se développer correctement alors que le parent dispose de ressources suffisantes (Butchart et al., 2006 ; Petot, 2018). Il s'agit donc de conduites passives, d'abstentions, d'omissions qui peuvent avoir lieu dès le début de la grossesse (Gérard, 2014 ; Tabet et al., 2009).

Ainsi, la négligence physique se rapporte à un manque d'alimentation, d'hygiène, des habits inadéquats et/ou une absence de précautions quant à ce qui représente un danger pour l'enfant. La négligence émotionnelle – ou affective – concerne sa santé psychologique et est ainsi associée à des comportements parentaux dénués de chaleur affective et d'empathie. La négligence éducative, quant à elle, consiste en l'absence d'intérêt du parent pour la présence de son enfant à l'école et pour ses productions scolaires, mais consiste également en des pratiques éducatives parentales néfastes au bon développement de l'enfant (mise en danger, stimulations inadéquates). Enfin, la négligence relative aux soins médicaux est l'absence de préoccupation du parent pour la santé de son enfant (Gérard, 2014 ; Petot, 2018).

1.1.2. Maltraitance physique.

À l'inverse, la maltraitance physique se trouve davantage dans l'agir. Il s'agit de faire preuve de violences physiques (coups, brûlures, secouements, ...) affectant l'intégrité physique du mineur (Butchart et al., 2006 ; Petot, 2018), ou celle du fœtus (Tabet et al., 2009). Elles peuvent être réalisées par le biais d'un objet ou à mains nues, et peuvent prendre des formes plus complexes, comme le syndrome de Münchhausen (Gérard, 2014).

1.1.3. Maltraitance émotionnelle et psychologique.

Ce type de maltraitance porte différents noms dans la littérature francophone : « maltraitance émotionnelle », « maltraitance psychologique » ou encore « maltraitance affective ». Caractérisé par sa forte prévalence, il consiste en l'atteinte du mineur dans son intégrité psychique (notamment dans son estime de soi) : le parent ne lui permet pas d'évoluer dans un environnement approprié et soutenant, en proférant des insultes à son

égard, ou encore en lui faisant des commentaires dégradants (Butchart et al., 2006 ; Murphy et al., 2017 ; Petot, 2018 ; World Health Organization, 2022).

1.1.4. Abus sexuel.

L'abus sexuel infantile (ASI) est le type de maltraitance infantile qui nous intéressera le plus dans le cadre de ce mémoire. Tout au long de ce travail de recherche, nous emploierons le terme « abus sexuel », se rapprochant le plus de son équivalent anglophone *sexual abuse*. Cette dénomination est sujette à quelques controverses, certains auteurs stipulant qu'il ne peut pas y avoir de bon usage de la sexualité du mineur, et que le terme d'abus sexuel est donc inapproprié (Petot, 2018). Nous considérons cependant qu'il y a abus de la sexualité du mineur lorsque cette sexualité (qui peut tout-à-fait être sainement explorée par le mineur) est soumise à l'intervention extérieure ou la gouvernance d'un individu sans que cela ne soit ou ne puisse être consenti (Padilla-Walker, 2018 ; Diiorio et al., 2003 ; Angera et al., 2008 ; Finkelhor, 1979).

Selon Born et al. (1996), l'ASI est un « abus de pouvoir, orienté vers l'intimité corporelle, entre un adulte et un enfant ou entre pairs, au sein de la famille ou à l'extérieur du cercle domestique ». Il englobe des activités très diverses et se trouve ainsi divisé en plusieurs catégories : les sollicitations sexuelles sans contact (exhibitionnisme, voyeurisme, harcèlement sexuel, exposition à des images pornographiques, ...), les attouchements sexuels (pratiques sexuelles non-pénétratives, telles que les caresses et les baisers, mais aussi la masturbation ou des actes de sexe oral) et la pénétration sexuelle (vaginale, anale ou orale (Gérard, 2014 ; Petot, 2018 ; World Health Organization, 2022).

Notons également que la plupart des articles dans la littérature scientifique considèrent l'expérience des femmes ayant un vécu d'ASI et n'abordent pas celle des hommes. Il est dès lors compliqué de savoir avec certitude si leurs expériences diffèrent. La littérature scientifique a tout de même démontré que la prévalence d'ASI est plus forte chez les femmes (Stoltenborgh et al., 2015 ; Benarous et al., 2014 ; Murphy et al., 2017).

1.1.5. Violences entre partenaires intimes.

Depuis les années 2000, il est de plus en plus admis au sein de la communauté scientifique qu'exposer un enfant à des violences entre partenaires intimes (VPI) relève aussi d'une forme de maltraitance (Gilbert et al., 2009 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2020). Une telle expérience aurait un impact comparable à celui de la maltraitance émotionnelle (Mullen et al., 1996).

Ces violences, parfois désignées sous le nom de violences domestiques ou violences conjugales, peuvent être perpétrées par un ou par les deux partenaires ou ex-partenaires intimes. On distingue le terrorisme intime (par un partenaire tentant de contrôler l'autre), la violence résistante (par un partenaire en réponse à celle de l'autre), la violence situationnelle (par les deux partenaires dans le cadre d'une dynamique de couple conflictuelle) et le contrôle coercitif (Kelly & Johnson, 2008 ; World Health Organization, 2016).

Les VPI étant un concept assez nouveau, encore peu inclus dans les questionnaires en lien avec les expériences de maltraitance, le présent mémoire ne les prendra pas en compte.

1.2. Conséquences : la construction psychologique de l'enfant maltraité

La maltraitance infantile peut laisser des traces sur le corps de l'individu qui en est victime, mais aussi dans son psychisme, et cela même après qu'elle ait pris fin (Benarous et al., 2014 ; Butchart et al., 2006). Ces traces varient selon différents facteurs, tels que le sexe et l'âge de la victime, sa classe sociale (déterminant l'accès au soin) et son éventuelle prise en charge par des services spécialisés (dispositifs d'aide à la parentalité, durée et modalités du placement, présence de la fratrie, possibilité de créer de nouvelles expériences d'attachement, ...). Le type de maltraitance perpétrée joue, lui aussi, un certain rôle (Tursz, 2013), mais force est de constater que les conséquences de la maltraitance infantile ne semblent pas tant découler du type de violences perpétrées en tant que tel, que de la gravité, la précocité, la fréquence, la durée et la systématisation de celles-ci (Higgins, 2004 ; Tursz, 2015 ; Higgins & McCabe, 2000). Une négligence dans plusieurs domaines se prolongeant dans le temps pourrait avoir des conséquences tout aussi délétères que l'effraction psychique qu'est susceptible de constituer un abus sexuel ponctuel. Notons également qu'il s'avère d'autant plus compliqué de différencier l'influence de chacune des différentes formes de maltraitance qu'elles ont tendance à être intriquées les unes aux autres au sein des vécus individuels (Petot, 2018 ; Benarous et al., 2014 ; Higgins & McCabe, 1994 ; Mullen et al., 1994 ; Fergusson et al., 2008).

Dans les paragraphes suivants, nous décrivons les conséquences à long-terme de la maltraitance infantile sur la construction psychologique de l'individu en nous attachant, lorsque cela est possible, aux spécificités associées à l'ASI. Il va de soi que tous les individus ne sont pas égaux face à la maltraitance infantile (Cicchetti & Valentino, 2015), et que de nombreux facteurs doivent être pris en compte. Les conséquences que nous évoquerons ne concernent, dès lors, qu'une partie des individus ayant été victime d'ASI.

1.2.1. Fonctionnement émotionnel, affectif et social.

Plusieurs études ont montré que la maltraitance infantile pouvait affecter négativement l'ajustement à l'âge adulte, de manière directe ou indirecte – elle peut, en effet, être liée à des caractéristiques familiales susceptibles d'impacter négativement l'ajustement. Parmi ces caractéristiques, on retrouve la violence, une faible cohésion, une faible adaptabilité, des comportements punitifs envers la sexualité de l'enfant et de mauvaises relations parentales (Higgins, 2004 ; Higgins & McCabe, 1994, 2000). Cette relation reste toutefois très faible pour l'ASI : il peut être extra-familial et n'est par conséquent pas intrinsèquement corrélé à la perpétration de maltraitance par les parents. Or, selon Melchert (2000), la perception de la qualité émotionnelle de la relation parent-enfant est très importante pour l'ajustement à l'âge adulte, et l'acceptation et la réactivité des parents seraient donc à même de protéger certaines victimes d'ASI des effets délétères de l'abus sur leurs capacités d'ajustement futures. Steel et al. (2004) trouvent néanmoins un lien entre un ASI de plus longue durée, son internalisation et un plus faible ajustement.

Les travaux en épigénétique ont montré que le fonctionnement cérébral et la structure du cerveau peuvent être fortement impactés par des expériences précoces d'adversité (Teicher et al., 2014), en particulier les zones concernant la régulation émotionnelle et des comportements sociaux, la réactivité au stress et sa régulation, et les capacités de raisonnement (Shonkoff et al., 2009 ; De Bellis & Zisk, 2014 ; Cicchetti & Valentino, 2015). Il y aurait en effet une corrélation entre un vécu de maltraitance physique, d'abus sexuel ou d'exposition à des VPI dans l'enfance et des différences de centralité dans les zones cérébrales liées à la régulation émotionnelle, aux capacités de théorie de l'esprit (plus faible centralité), à la perception émotionnelle interne, aux pensées autoréférentielles et à la conscience de soi (plus forte centralité) (Teicher et al., 2014). De plus, les adultes ayant vécu de la maltraitance infantile ont plus de risques de se retrouver dans des situations où leurs capacités de régulation émotionnelle sont mises à mal (Berthelot, 2010), et plus spécifiquement, ceux victimes d'ASI ont davantage tendance à faire preuve d'évitement émotionnel (Polusny & Follette, 1995). Certaines caractéristiques de l'ASI engendrent également plus de détresse psychologique à l'âge adulte de manière directe (nombre d'auteurs et durée de l'abus) ou via les mécanismes de coping et d'attribution de l'ASI (auteur(s) connu(s), force employée, résistance, âge de début, participation de la victime, fréquence de l'abus) (Steel et al., 2004).

Avoir subi de la maltraitance dans l'enfance et avoir été exposé à certaines caractéristiques familiales à risque (violence, abus d'alcool, mauvaise qualité des relations,

peu d'affection, punition de la sexualité) peut avoir des effets délétères sur l'estime de soi, entraînant notamment de l'auto-dévalorisation et un sentiment de culpabilité (Higgins & McCabe, 1994, 2000 ; Higgins et al., 2003 ; Steel et al., 2004 ; Browne & Finkelhor, 1986). On observe aussi une distorsion des schémas cognitifs chez les adultes ayant un vécu de maltraitance infantile, dont les parents se sont montrés négligents ou très contrôlants (Heim et al., 2010) ou chez les femmes victimes d'ASI (Browne & Finkelhor, 1986).

Le type de maltraitance infantile (négligence, maltraitance physique, indisponibilité psychologique) et les facteurs exogènes auxquels il peut être associé peuvent également avoir un fort impact négatif sur le développement de l'attachement. Parmi ces facteurs, nous pouvons retrouver une parentalité intrusive ou insensible, mais aussi le fait que la mère élève seule son/ses enfant(s) et/ou qu'elle soit considérée comme étant à risque (immaturité, faibles compétences parentales, faible motivation à prendre soin de l'enfant). Les carences affectives qui naissent alors sont susceptibles d'influencer le développement d'un attachement insécure (Lemay cité par Fabry (2007) ; Berthelot, 2010 ; Carlson, 1998). Il est ainsi intéressant de noter que le style d'attachement développé avec les figures d'attachement principales est similaire à celui retrouvé plus tard dans les relations amoureuses, probablement car il influence les expériences amoureuses, ainsi que les modèles internes opérants (Hazan & Shaver, 1987 ; Shaver & Hazan, 1987). Toutefois, cette pérennisation de l'attachement n'est pas absolue : des expériences positives avec une des figures d'attachement principales ou avec un partenaire intime à l'âge adulte, ou encore un bon niveau de fonctionnement réflexif peuvent se faire facteurs de résilience (Berthelot, 2010 ; Collishaw et al., 2007).

Un attachement insécure désorganisé, une perception des autres altérée, une faible confiance en autrui ou encore un contexte de vie caractérisé par de l'adversité influencent négativement l'adaptation sociale, interpersonnelle de l'adulte ayant subi de la maltraitance dans l'enfance, notamment lorsque celle-ci a été fréquente et sévère, ou qu'il s'agit d'un ASI entouré de secret et empreint de honte et d'auto-accusation (Carlson, 1998 ; Tursz, 2013 ; Mullen et al., 1994, 1996 ; Polusny & Follette, 1995 ; T. Cohen, 1995). Les mères victimes d'ASI sont, par exemple, moins enclines à se laisser aider (T. Cohen, 1995), et nombre d'adultes ayant vécu un ASI ont des problèmes dans leurs relations intimes (Mullen et al., 1994 ; DiLillo, 2001 ; Felitti et al., 1998). L'insatisfaction peut être forte en ce qui concerne leurs partenaires, que ce soit à un niveau général ou sexuel (Mullen et al., 1994 ; DiLillo, 2001). Il peut arriver que l'on constate chez ces adultes une inadaptation sexuelle (Browne & Finkelhor, 1986 ; DiLillo, 2001 ; Mullen et al., 1996 ; Rellini, 2014), souvent caractérisée par de l'évitement ou de la compulsivité sexuels (Vaillancourt-Morel et al., 2015).

1.2.2. Psychopathologies.

Bon nombre des éléments que nous venons de décrire deviennent des facteurs de risque pour des processus psychologiques altérés (Carlson, 1998 ; Cicchetti & Valentino, 2015). En effet, les adultes ayant un vécu d'ASI expriment plus de détresse psychologique que les individus tout-venant ou les patients en psychiatrie (Steel et al., 2004). Ils rapportent une moins bonne santé mentale que les individus tout-venant ou que leurs pairs victimes d'autres types de maltraitance infantile (e.g., Cutajar et al., 2010 ; Benarous et al., 2014 ; Norman et al., 2012 ; Roberts et al., 2004 ; Steel et al., 2004 ; Silverman et al., 1996 ; Fergusson et al., 1996 ; Gilbert et al., 2009 ; Mullen et al., 1996). Ils ont aussi plus de chances d'avoir des comorbidités (Cutajar et al., 2010 ; Silverman et al., 1996). La littérature connaît un certain débat en ce qui concerne la part de responsabilité de l'ASI sur ces différents problèmes constatés à l'âge adulte. Certaines recherches semblent tendre à les attribuer à l'ASI en lui-même (e.g., Fergusson et al., 2008 ; Roberts et al., 2004), alors que d'autres les attribuent aux conditions environnementales dans lesquelles ont grandi les victimes (e.g., Mullen et al., 1996 ; Melchert, 2000). Castellini et al. (2014) proposent un modèle expliquant le rôle de variables médiatrices (neuroticisme, impulsivité, dysrégulation émotionnelle, insatisfaction corporelle, axe du stress) et modératrices (âge, genre, auteur, contexte social, génétique) dans le développement de troubles mentaux chez les adultes ayant subi un ASI. Une expérience d'abus sexuel dans l'enfance se poserait alors en facteur de risque pour toute une série de psychopathologies telles que les troubles anxieux et dépressifs (e.g., Benarous et al., 2014 ; Silverman et al., 1996 ; Mullen et al., 1996 ; Browne & Finkelhor, 1986 ; Murphy et al., 2017), les toxicomanies (e.g., Cutajar et al., 2010 ; Gilbert et al., 2009 ; Browne & Finkelhor, 1986 ; Silverman et al., 1996 ; Polusny & Follette, 1995 ; Brown & Anderson, 1991 ; Bernstein et al., 1998), les troubles du comportement alimentaire (Mullen et al., 1996) et certaines psychoses (Murphy et al., 2017 ; Cutajar et al., 2010). Les adultes ayant un vécu d'ASI seraient également plus susceptibles de développer des troubles de la personnalité (Cutajar et al., 2010 ; Bernstein et al., 1998 ; Brown & Anderson, 1991) et d'avoir des comportements auto-destructeurs (Browne & Finkelhor, 1986) et d'auto-mutilation (e.g., Polusny & Follette, 1995), ainsi que des tendances suicidaires (e.g., Benarous et al., 2014 ; Butchart et al., 2006 ; Mullen et al., 1996 ; Silverman et al., 1996 ; Brown & Anderson, 1991).

Les individus ayant subi un ASI ont également un plus grand risque d'être victimisés sexuellement et/ou dans leurs relations de couple, au sein desquelles ils sont susceptibles de subir des violences (Butchart et al., 2006 ; DiLillo, 2001 ; Browne & Finkelhor, 1986 ; Alexander & Lupfer, 1987 ; Banyard et al., 2001 ; Schuetze & Eiden, 2005 ; Noll et al., 2009).

1.2.2. Aspect traumatique.

Un abus sexuel est un événement potentiellement traumatisant. L'ASI, en plus de représenter une profonde trahison de la confiance de l'enfant (T. Cohen, 1995), est difficilement élaborable : il « sidère la pensée » (Canali & Favard, 2004) et impacte le développement cérébral, surtout s'il est précoce (Benarous et al., 2014 ; Shonkoff et al., 2009). De nombreuses recherches ont montré des corrélations entre un ASI et un trouble de stress post-traumatique (TSPT) à l'âge adulte (Gilbert et al., 2009 ; Andrews et al., 2004 ; Browne & Finkelhor, 1986). Certaines caractéristiques de l'abus, comme la force (Williams, 1993 ; Browne & Finkelhor, 1986) ou une pénétration (Andrews et al., 2004), se révéleraient plus traumatogènes (Wind & Silvern, 1994). La sévérité perçue, quant à elle, serait corrélée à des symptômes plus intrusifs du TSPT, tels que des pensées intrusives, des flashbacks ou des cauchemars (Williams, 1993). Enfin, des recherches (Castellini et al., 2014 ; Polusny & Follette, 1995) ont constaté la présence de symptômes de dissociation, « altération du lien entre différentes fonctions de conscience normalement intégrées (mémoire, identité, perception de l'environnement) » (Auxéméry, 2013), chez des victimes d'ASI.

Néanmoins, d'autres études ont montré qu'un diagnostic alternatif semblait correspondre davantage à la symptomatologie présentée par les victimes d'ASI et de formes de maltraitance infantile s'inscrivant dans la durée et/ou la répétition (Herman, 1992) : le TSPT complexe. Notamment décrit dans la CIM-11 (Organisation Mondiale de la Santé, 2022), il est également connu dans la littérature francophone sous les noms de trauma de type II, trauma complexe ou encore DESNOS (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified). Il prendrait son origine dans des traumatismes interpersonnels prolongés et/ou répétés vécus en général à une période cruciale du développement (Ford et al., 2006 ; Ford & Courtois, 2009 ; Herman, 1992 ; Pelcovitz et al., 1997 ; Phoenix Australia, 2020), faisant ainsi de la maltraitance infantile, par définition, une expérience mettant le sujet à plus grand risque de déclencher un TSPT complexe. Selon certains auteurs, nombre d'individus souffrant en réalité de TSPT complexe se verraient à tort attribuer un diagnostic de TSPT ou encore de trouble de la personnalité, compliquant d'autant plus leur prise en charge que le TSPT complexe est déjà difficile à traiter lorsqu'il est identifié (Ford & Courtois, 2009 ; Herman, 1992).

En plus des symptômes d'un TSPT, les individus souffrant d'un TSPT complexe présentent une organisation de soi et de leur personnalité perturbée (Courtois et al., 2017), et souffrent de problèmes d'attachement et de développement dans de nombreux domaines de vie (Ford & Courtois, 2009). Leur symptomatologie s'organise autour d'une dysrégulation émotionnelle (e.g., détresse persistante, comportements impulsifs, dangereux, auto-agressifs),

de difficultés interpersonnelles (e.g., faible confiance même dans les relations primaires, dépendance, difficultés à entretenir les relations et à se sentir proche des autres) et d'un concept de soi négatif (e.g., représentation négative de soi, sentiments de honte, de culpabilité, altération de l'identité et du sentiment de soi, relation compliquée au corps) (Bourgault, 2013 ; Ford & Courtois, 2009 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2022 ; Phoenix Australia, 2020).

Ford et Courtois (2009), quant à eux, postulent qu'à la différence du TSPT, le TPST complexe n'est pas tant à comprendre comme un trouble anxieux mais qu'il aurait davantage à voir avec des problèmes d'auto-régulation. Ils décrivent des altérations de sept aspects de l'auto-régulation : la régulation des affects et de l'impulsion, l'auto-régulation biologique (e.g., somatisations, troubles somatoformes), l'attention ou la conscience (avec notamment des problèmes de dissociation), la perception de l'agresseur, la perception de soi, les relations et les systèmes de croyance (e.g., perte de foi, de croyance dans le sens de la vie, désespoir).

Dans la littérature, nous pouvons trouver diverses recherches liant les expériences de maltraitance infantile à l'apparition de TSPT complexe à l'âge adulte. La maltraitance et la négligence émotionnelles, et la maltraitance physique pourraient mener à des problèmes relationnels et de modulation affective (Dorahy et al., 2009 ; Ford & Courtois, 2009 ; Roth et al., 1997 ; Choi et al., 2009). De par leur nature, il est aisé, surtout pour la maltraitance et la négligence émotionnelle, de comprendre le rôle qu'elles peuvent jouer dans l'apparition de symptômes de TPST complexe. Il en est de même pour l'ASI, dont la présence semblerait être positivement reliée à la sévérité de ce trouble (Dorahy et al., 2009). Si un individu rapporte avoir subi de la maltraitance physique en plus d'un ASI, il a plus de 14 fois plus de chances de développer un TSPT complexe que s'il n'avait jamais expérimenté ces types de maltraitance (Roth et al., 1997).

De manière globale, un ASI – a priori répété – entraînerait des symptômes appartenant à tous les clusters du TSPT complexe, mettant l'accent sur la dissociation, la somatisation, la dysrégulation émotionnelle avec des problématiques d'anxiété, d'hostilité, d'impulsivité et d'alexithymie, des difficultés de socialisation, des distorsions cognitives et des comportements auto-destructeurs (Ford & Courtois, 2009 ; Putnam, 2003 ; Zlotnick et al., 1996).

Un ASI chronique, intra-familial (surtout si le père est auteur) et/ou ayant débuté avant 13 ans est davantage susceptible de causer un TSPT complexe chez les femmes (Roth et al., 1997 ; McLean & Gallop, 2003 ; Choi et al., 2009). Chez les hommes, les données sont maigres, mais selon Roth et al. (1997), la chronicité de l'abus pourrait avoir une influence sur le développement d'un tel trouble.

2. La parentalité du parent ayant un vécu de maltraitance infantile

2.1. *Qu'est-ce que la parentalité ?*

2.1.1. Définition.

Le terme « parentalité » est un néologisme officialisé à la fin du XXe siècle prenant ses origines dans les domaines de la psychologie et de la psychanalyse (Besse, 2011 ; Lamboy, 2009). De nos jours, il se réfère à la « fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel » (Larousse, s. d.). Dans un cadrage psycho-éducatif, il désigne les « pratiques parentales mises en œuvre dans l'éducation des enfants » (Lamboy, 2009, p. 34), et s'inscrit donc dans un paradigme coévolutif, le parent devant constamment s'adapter à l'âge et au développement de son enfant. Ainsi, la parentalité est ainsi un processus dynamique, se rapprochant de son équivalent anglais parenting (Miljkovitch & Poisson, 2018 ; Beytrison, 2010).

Le fonctionnement parental est multidimensionnel et est déterminé par une multitude de facteurs intrapersonnels, interpersonnels et environnementaux (Azar & Weinzierl, 2005 ; Banyard, 1997 ; Belsky, 1984). Les missions du parent sont d'élever son enfant en s'assurant de le protéger, de subvenir à ses besoins (physiologiques, matériels, socio-émotionnels, affectifs et cognitifs) et de le guider dans son développement vers l'autonomie au travers d'apports affectifs, d'actions et de rétroactions éducatives (Lansford, 2019 ; Beytrison, 2010). Selon Paquette (2004), chacun des parents disposerait d'un rôle spécifique : la mère remplirait une fonction d'attachement, de réassurance, de sécurité, alors que le père renverrait davantage à une fonction d'activation, d'exploration, le mélange des deux visant à garantir un développement optimal des compétences sociales de l'enfant.

Les évolutions sociales et sociétales des dernières décennies ont donné lieu à l'émergence de nouvelles configurations familiales – familles recomposées, monoparentales, homoparentales –, bouleversant nos représentations de ce que doit être un parent, et a fortiori, la parentalité (Belleau, 2004). Sans les oublier, le présent travail de recherche considérera comme père et mère les personnes remplissant ces fonctions auprès de l'enfant.

2.1.2. Ce que représente la parentalité pour les parents ayant un vécu de maltraitance infantile : schémas répétitifs et schémas correctifs.

De nombreuses études ont montré qu'il existait une tendance, chez les victimes de maltraitance infantile – quelle que soit sa forme – à reproduire, une fois adulte, cette maltraitance sur leurs propres enfants (Bartlett et al., 2017 ; Butchart et al., 2006 ; Caykoylu et al., 2011 ; Dixon, Browne, et al., 2005 ; Karson, 2001 ; Kaufman & Zigler, 1987 ; Pears &

Capaldi, 2001 ; World Health Organization, 2020). Notons que les pourcentages de reproduction varient en fonction des études et des échantillons (Kaufman & Zigler, 1987 ; Bartlett et al., 2017), et que certaines études évoquent la possibilité que le nombre de formes de maltraitance subies et leur sévérité puissent renforcer cette transmission (Bartlett et al., 2017 ; Bert et al., 2009 ; Pears & Capaldi, 2001). Au travers de leur méta-analyse, Madigan et al. (2019) confirment cette hypothèse de transmission intergénérationnelle pour toutes les formes de maltraitance infantile, bien que les tailles d'effet semblent modestes.

Le vécu de maltraitance infantile n'explique toutefois pas à lui seul cette transmission intergénérationnelle (Caykoylu et al., 2011 ; Kaufman & Zigler, 1987 ; Fraiberg et al., 1975 ; Lieberman et al., 2011). Chez certains parents victimes de maltraitance infantile (physique et/ou ASI), quatre facteurs spécifiques permettraient d'expliquer la maltraitance qu'ils perpétuent sur la génération suivante : avoir un enfant avant 21 ans, vivre avec un adulte violent, avoir un style de parentalité de moins bonne qualité et avoir déjà souffert d'une pathologie mentale (Dixon, Browne, et al., 2005 ; Dixon, Hamilton-Giachritsis, et al., 2005).

En effet, plusieurs recherches montrent l'importance de la santé mentale maternelle, notamment l'influence de la dépression, de l'anxiété, de l'abus de substances et de l'accumulation de traumatismes découlant d'une forme de maltraitance infantile sur l'utilisation de comportements abusifs sur leur enfant (L. R. Cohen et al., 2008 ; Egeland et al., 1988). L'environnement dans l'enfance et les stress liés au contexte de vie seraient également des facteurs à considérer (Bert et al., 2009 ; Egeland et al., 1988 ; Kaufman & Zigler, 1987). On constate aussi que les mères reproduisant la maltraitance qu'elles ont subie auraient tendance à être plus dépendantes et immatures (Egeland et al., 1988).

Certains auteurs soulignent l'importance des apprentissages sociaux et de facteurs psychologiques (Burkett, 1991 ; L. R. Cohen et al., 2008 ; Karson, 2001). La maltraitance serait une relation dysfonctionnelle au sein de laquelle les frontières seraient inadéquates – diffuses à l'intérieur du système familial et rigides envers l'extérieur. Comme nous l'évoquions dans la partie précédente, cette relation pathologique forme un modèle interne pour l'enfant en développement, un prisme au travers duquel il va interpréter ses rapports aux autres et à lui-même, mais qui va aussi en partie modeler ses schémas parentaux futurs (Azar et al., 2005). La quasi-totalité des parents maltraités dans l'enfance exprime ne pas souhaiter reproduire cette maltraitance, et une apparente majorité ne le fait pas et tente plutôt de s'inspirer d'autres modèles parentaux qui les entourent (Armsworth & Stronck, 1999). Cependant, la force de ces schémas serait telle qu'il s'avérerait difficile, dans la réalité des faits, de les changer du tout au tout (Egeland et al., 1988). De plus, les schémas parentaux

qu'ils ont formés dans leur enfance leur poseraient des difficultés dans l'acquisition de compétences utiles à la parentalité (Cole & Woolger, 1989 ; Douglas, 2000 ; Tursz, 2015). Ils seraient, par exemple, susceptibles d'avoir des comportements parentaux inappropriés à l'âge de leur enfant (e.g., parentification) (T. Cohen, 1995 ; Fitzgerald et al., 2005 ; Karson, 2001 ; Ruscio, 2001). Certaines victimes d'ASI auraient aussi des difficultés avec la gestion de l'intimité de leur enfant et de ses demandes émotionnelles (DiLillo, 2001 ; Douglas, 2000).

Toutefois, nous ne faisons pas là face à une fatalité : divers facteurs permettent d'enrayer le processus de transmission de la maltraitance à la génération suivante. Parmi eux, on retrouve le fait d'être conscient de la maltraitance que l'on a vécue (Kaufman & Zigler, 1987 ; Bower & Knutson, 1996 ; Fraiberg et al., 1975 ; Massari, 2009) et d'être résolu à ne pas la reproduire (Egeland et al., 1988 ; Kaufman & Zigler, 1987), d'avoir suivi une thérapie (Egeland et al., 1988) et d'avoir de bonnes ressources internes (Bert et al., 2009). Des expériences relationnelles stables et flexibles avec un parent, un proche et/ou un partenaire amoureux non-abusif, empreintes d'affects positifs et apportant un soutien émotionnel se dressent également comme facteurs de protection importants. En effet, ils permettent à l'individu de redessiner petit-à-petit sa manière d'être au monde, aux autres (Egeland et al., 1988 ; Kaufman & Zigler, 1987 ; Azar et al., 2005 ; Canali & Favard, 2004 ; Belsky et al., 2005). Madigan et al. (2019) précisent toutefois que la capacité de l'individu à nouer ce genre de relations dépend certainement de la forme de maltraitance qu'il a subie et de sa sévérité.

Bien que tous ces éléments concernent toutes les formes de maltraitance, l'ASI se dresse comme un cas particulier pour lequel l'expression « transmission intergénérationnelle » prend un tout autre sens. En effet, l'enjeu de l'ASI ne se trouve pas ici dans la transformation de l'enfant-victime en adulte-auteur, mais plutôt dans une accumulation de facteurs rendant la génération suivante plus à risque de se faire, elle aussi, abuser sexuellement (Armsworth & Stronck, 1999 ; Chabert & Chauvin, 2005 ; Faller, 1989 ; Karson, 2001 ; Madigan et al., 2019 ; Oates et al., 1998). Plusieurs études évoquent tout d'abord la mise en ménage des femmes victimes d'ASI avec des hommes à tendance pédophile, caractérisés par leurs demandes sexuelles peu fréquentes, leur gentillesse, leur intérêt marqué pour les enfants, ou encore leur correspondance au modèle de masculinité qu'elles se sont construits dans l'enfance (Chabert & Chauvin, 2005 ; Faller, 1989 ; Karson, 2001 ; Polusny & Follette, 1995). Néanmoins, Oates et al. (1998) rapportent que les enfants victimes d'ASI dont la mère en a elle-même été victime ne semblent pas subir plus d'abus intra-familiaux que ceux dont la mère n'en a pas vécu. Dans leur étude, ils montrent toutefois qu'avoir été victime d'ASI fait monter à 34 % les chances de voir son enfant subir le même

sort. Madigan et al. (2019), quant à eux, mettent en lumière d'autres facteurs (abus de substance, pathologie mentale et soins inadéquates) ne permettant pas au parent victime d'ASI de protéger adéquatement son enfant.

La question du sexe apporte également un certain éclairage lorsqu'on s'intéresse à l'ASI : la transmission la plus forte se ferait entre mère et fille, et les hommes anciennement victimes seraient plus sujets que les femmes à devenir auteurs de violences sexuelles sur leurs enfants (Madigan et al., 2019 ; Vasconcelos, 2007). Contrairement aux femmes, ils subiraient davantage un effet de modelage en étant victime ou témoin d'abus sexuels (Faller, 1989).

L'étude de Chabert et Chauvin (2005) démontre que certains parents victimes d'ASI maltraiteraient leur enfant psychologiquement. D'autres études ont mis en évidence que d'autres parents victimes d'ASI, et a fortiori, les mères, semblent avoir une propension à avoir recours à de la maltraitance physique (Armsworth & Stronck, 1999 ; DiLillo et al., 2000 ; Vasconcelos, 2007). Cette relation se ferait au travers du sentiment de colère du parent (DiLillo et al., 2000), ou encore via les facteurs compensatoires déployés pour faire face au traumatisme de l'ASI – surtout la dépression – (Mapp, 2006). Nous explorerons plus en détails les perceptions et ressentis des parents ayant subi un ASI dans le chapitre suivant.

À la lumière de tous ces éléments, il paraît plus pertinent de parler de transmission de dysfonctionnalité parentale chez les victimes d'ASI, plutôt que de transmission de la maltraitance à proprement parler (Newcomb & Locke, 2001 ; Bosquet Enlow et al., 2018).

2.2. Perception et ressenti du parent abusé sexuellement dans l'enfance dans sa parentalité

Au cours des trente dernières années, les études évaluant la parentalité des victimes d'ASI se sont multipliées, bien qu'étant restées majoritairement axées sur les mères. Cependant, la parentalité n'échappe pas au débat que nous évoquions précédemment concernant l'attribution des potentielles conséquences de l'ASI (ASI en lui-même ou autres facteurs). Bien qu'ici, les différences de résultats soient possiblement imputables aux caractéristiques des échantillons utilisés (e.g., Banyard, 1997 ; Collin-Vézina et al., 2005 ; Roberts et al., 2004 ; Schuetze & Eiden, 2005 ; Zuravin & Fontanella, 1999), le doute subsiste. Malgré tout, on voit se dessiner dans plusieurs études certaines particularités chez les mères abusées sexuellement dans l'enfance.

Celles-ci seraient, en effet, susceptibles d'avoir une perception plus négative d'elles-mêmes en tant que parent (Banyard, 1997 ; T. Cohen, 1995). Elles auraient une plus faible estime d'elles-mêmes et l'ASI impacterait négativement leur confiance en elles dans leur rôle de mère au travers de leur bien-être psychologique (Banyard, 1997 ; Cole et al., 1992 ;

Fitzgerald et al., 2005 ; Roberts et al., 2004 ; Schuetze & Eiden, 2005). En ce qui concerne le sentiment de compétence parentale (SCP), certaines études observent que les mères abusées sexuellement dans l'enfance se sentiraient moins compétentes que les autres mères (Fitzgerald et al., 2005 ; Pazdera et al., 2013). Une étude de Baiverlin et al. (2020), concernant à la fois des victimes féminines et masculines devenues parents, apporte une nuance à cela en rapportant que le SCP n'est significativement plus faible que lorsqu'elles rapportent également d'autres formes de maltraitance infantile. Toutefois, il semblerait qu'avec l'âge, les parents ayant souffert de maltraitance dans l'enfance développent un SCP plus fort que les autres parents. Les femmes victimes d'ASI auraient également tendance à avoir un sentiment de perte de contrôle dans le cadre de leur parentalité (Cole et al., 1992 ; DiLillo et al., 2000), mais semblent avoir une vision optimiste de leur parentalité future et ne pas être plus inquiètes pour leur enfant que leurs pairs (Banyard, 1997).

T. Cohen (1995) émet l'hypothèse que les caractéristiques que nous venons d'énoncer pourraient apparaître suite aux attentes inadéquates que les mères victimes d'ASI entretiennent envers leurs enfants et la parentalité en général, ainsi qu'à leur peur d'être de mauvaises mères. D'autres auteurs évoquent la possibilité qu'à cause d'une enfance ne leur ayant pas permis de s'équiper adéquatement et de leur tendance à ne pas se reposer sur les autres (Ruscio, 2001), elles se sentent facilement dépassées par les demandes et besoins de leur enfant (DiLillo et al., 2000 ; Douglas, 2000). Van der Asdonk et al. (2021) ajoutent que, chez certains parents, s'occuper de leur enfant – voire sa simple présence près d'eux – pourrait réactiver une symptomatologie traumatique.

En regard de tout cela, il n'est pas étonnant de constater que les mères victimes d'ASI aient plus de risques de souffrir de stress en lien avec leur rôle de parent (Fitzgerald et al., 2005 ; Pazdera et al., 2013 ; Schuetze & Eiden, 2005) et qu'un certain nombre d'entre elles prenne en général moins de plaisir à être parent (Roberts et al., 2004).

2.3. Pratiques éducatives parentales

Comme évoqué précédemment, le parent doit soutenir son enfant dans sa découverte et son exploration du monde. Cependant, il a aussi pour fonction de l'éduquer, de le restreindre en lui donnant un cadre lui permettant plus tard d'adopter des comportements appropriés et régulés. Cela passe notamment par l'utilisation de la discipline (Beytrison, 2010 ; Lansford, 2019).

2.3.1. Discipline : règles, punitions et consistance.

Dans ce domaine, peu de points font l'objet d'un consensus au sein de la communauté scientifique. Tout d'abord, certaines études rapportent que les mères victimes d'ASI et celles cumulant différents traumatismes seraient plus sévères avec leurs enfants (Armsworth & Stronck, 1999 ; L. R. Cohen et al., 2008 ; Newcomb & Locke, 2001). D'autres études évoquent la dépression et les VPI actuelles, ou encore le jugement des mères relativement aux problèmes de comportement de leurs enfants comme facteurs expliquant cette relation entre ASI et plus grande discipline punitive (Michl-Petzing et al., 2019 ; Schuetze & Eiden, 2005). Ruscio (2001), quant à elle, rapporte chez les mères victimes d'ASI avec pénétration une attitude parentale plus permissive et un comportement autoritaire (authoritarian) en-dessous de la moyenne de la population générale, même après contrôle d'autres variables négatives. Sa première hypothèse pour expliquer cela est que les mères ayant subi ce genre d'ASI pourraient avoir vécu des expériences négatives de discipline avec leurs parents, ce qui les motiveraient à partir à l'autre extrême du continuum, évitant avec leurs enfants discipline et critiques, et ignorant leurs mauvaises conduites. Selon sa deuxième hypothèse, cela pourrait également être dû à leur faible confiance en elles et en leurs capacités à implémenter un style de parentalité démocratique (authoritative), considéré comme plus coûteux cognitivement, bien que plus efficace.

Concernant le recours aux punitions corporelles, certaines études montrent un lien entre l'ASI ou l'accumulation de traumatismes infantiles et l'utilisation de ce genre de punitions chez les mères, même après contrôle d'autres expériences familiales négatives dans l'enfance (Banyard, 1997 ; L. R. Cohen et al., 2008 ; DiLillo, 2001 ; DiLillo & Damashek, 2003). D'autres cependant ne trouvent pas de différence d'utilisation de punitions corporelles entre les mères victimes d'ASI et les mères tout-venant (DiLillo et al., 2000 ; Barrett, 2009), ou encore ne trouvent ce lien qu'au travers d'une symptomatologie dissociative chez la mère (Kim et al., 2010). Vasconcelos (2007), quant à elle, rapporte que les hommes victimes d'ASI tendraient à ne pas s'engager dans des conflits physiques avec leurs enfants.

Pour la structure, les études semblent s'accorder davantage : les mères victimes d'ASI auraient plus de mal à maintenir une structure positive, à poser des limites et à gérer leur enfant, et auraient le sentiment d'être moins organisées et consistantes que les autres (Bryson, 2007 ; T. Cohen, 1995 ; Cole et al., 1992 ; Gelinias, 1983 ; Kim et al., 2010 ; Ruscio, 2001).

2.3.2. Soutien et autonomie de l'enfant.

Les mères victimes d'ASI auraient tendance à être sur-protectrices, étouffantes et dans le sur-contrôle avec leur enfant, tout en dépendant de lui émotionnellement (Armstrong & Stronck, 1999 ; Burkett, 1991 ; T. Cohen, 1995 ; Vasconcelos, 2007). Selon certaines études, elles tendraient malgré tout à l'adultifier au point de parfois se retrouver dans une logique d'inversement de rôle (Bryson, 2007 ; Burkett, 1991 ; Karson, 2001). Le manque de frontières intergénérationnelles fait partie des caractéristiques que certaines mères victimes d'ASI semblent hériter de leur vécu et reproduire plus tard avec leur enfant, même sans que l'abus sexuel soit lui-même répété (Burkett, 1991 ; DiLillo, 2001 ; DiLillo & Damashek, 2003). Certaines mères attendraient également de leur enfant une grande autonomie acquise rapidement, sans toutefois être pleinement capables d'adopter des comportements la favorisant (Cole et al., 1992 ; Cole & Woolger, 1989 ; Dixon, Hamilton-Giachritsis, et al., 2005). Pour leur part, Marcenko et al. (2000) rapportent une tendance inverse chez les mères à bas revenus : elles créeraient des frontières claires entre leur enfant et elles.

2.4. Interactions parent-enfant

Dans son mémoire, Vasconcelos (2007) rapporte que les pères et mères ayant souffert d'une ou de plusieurs formes de maltraitance infantile ont tendance à avoir de moins bonnes relations avec leurs enfants. Pour Roberts et al., (2004), d'autres formes d'adversité infantile, comme la cruauté, expliqueraient une grande partie de cette relation.

Toutefois, dans leur étude, Fitzgerald et al. (2005) trouvent un lien entre l'ASI intra-familial et des interactions mère-enfant positives très proches de celles du groupe contrôle. Bien qu'ils trouvent que ces mères aient, comme le rapporte de nombreuses recherches, une perception négative de leur efficacité, elles auraient des comportements parentaux positifs.

2.4.1. Sensibilité du parent.

La sensibilité parentale consiste en trois mouvements distincts : percevoir les signaux de l'enfant, les interpréter adéquatement, et y répondre de manière appropriée (Nicholls & Kirkland, 1996). Elle serait, entre autres, influencée par les expériences relationnelles précoces du parent et ses conditions socio-économiques (Pelchat et al., 2003). Il semblerait que la maltraitance infantile (physique et/ou ASI) exerce une influence négative sur la sensibilité parentale, et que cette relation soit notamment modulée par le passé psychopathologique du parent (Dixon, Hamilton-Giachritsis, et al., 2005). Les mères ayant un vécu d'ASI seraient plus focalisées sur elles-mêmes que sur leur enfant (Burkett, 1991) et

leur réactivité diminuerait de manière inversement proportionnelle à leurs expériences de maltraitance physique et émotionnelle (Bert et al., 2009).

La sensibilité parentale passe en partie par l'affection. Chez les mères victimes d'ASI, la maternité réactiverait des symptômes post-traumatiques et entraînerait des troubles relationnels entre leur enfant et elles (Chabert & Chauvin, 2005). L'élaboration de leurs traumatismes infantiles serait alors cruciale pour qu'ils forment une relation d'attachement organisée et qu'elles puissent mieux s'auto-réguler et ainsi être plus sensibles aux besoins de leur enfant (Berthelot, 2010). Il semblerait malgré tout que les mères victimes d'ASI soient caractérisées par une bonne empathie (Marcenko et al., 2000).

La chaleur parentale a également son importance dans la sensibilité parentale, mais les études divergent aussi sur ce point. Certaines études trouvent une relation directe entre ASI et plus faible chaleur parentale (T. Cohen, 1995), alors que d'autres constatent une relation indirecte (Barrett, 2009 ; Cross et al., 2016) ou seulement valable lorsque l'enfant est une fille (Bryson, 2007 ; Cross et al., 2016).

2.4.2. Affects et comportements.

Trois patterns semblent se dégager des comportements parentaux des victimes d'ASI : hostilité, distanciation et fusion. Plusieurs études relèvent, en effet, la présence d'une certaine hostilité (e.g., agressions psychologiques) chez les mères victimes d'ASI ou cumulant plusieurs traumatismes (L. R. Cohen et al., 2008 ; Lyons-Ruth & Block, 1996 ; Vasconcelos, 2007). Barrett (2009) ne trouve cependant, là non plus, pas de relation directe significative.

Certains parents victimes d'ASI auraient tendance à peu s'impliquer auprès de leur enfant, à être en retrait, à mettre une plus grande distance physique et/ou émotionnelle entre eux (pour les pères) et à se montrer rejetant (T. Cohen, 1995 ; Douglas, 2000 ; Lyons-Ruth & Block, 1996 ; Newcomb & Locke, 2001 ; Vasconcelos, 2007). Une majorité de mères ayant subi un ASI intra-familial rapportent se sentir détachées, insensibles, indifférentes dans leur rôle de mère, ce qui les préoccupe d'autant plus et les empêche d'être émotionnellement disponibles pour leur enfant (Armsworth & Stronck, 1999). Chabert et Chauvin (2005) observent que certaines mères semblent au contraire fort fusionnelles avec leur fille mais qu'elles ont du mal à gérer la proximité physique avec leur fils.

3. Le comportement de l'enfant

Nous n'aurions pas assez de ces quelques pages pour détailler tous les éléments susceptibles d'influencer le comportement de l'enfant. Toutefois, nous en évoquerons ici

quelques-uns qui nous ont paru être les plus pertinents au regard de notre sujet et des éléments parentaux que nous avons décrits précédemment.

Pour ce faire, nous ferons la distinction entre comportements internalisés et comportements externalisés chez l'enfant âgé de 3 à 8 ans. Ces comportements se forment à partir de facteurs endogènes et exogènes (Liu et al., 2020 ; Rutter, 1989) et sont susceptibles d'impacter l'enfant dans divers domaines de sa vie (Carragher et al., 2015 ; Liu et al., 2020 ; Hinshaw, 1992 ; Roeser et al., 1998).

Nous les décrirons dans les parties suivantes en tant que catégories séparées, mais il est important de souligner que de nombreuses recherches indiquent une co-occurrence des comportements internalisés et des comportements externalisés (Angold et al., 1999 ; Lahey et al., 2008 ; Maglica et al., 2020 ; Rose et al., 1989).

3.1 Comportements internalisés

Les comportements internalisés sont caractérisés par des émotions négatives à l'encontre de soi-même, telles que l'anxiété, la tristesse, la peur et la honte, ou encore par de la dépression, du retrait et de l'inhibition (Eisenberg et al., 2001 ; Roeser et al., 1998). Ces différents symptômes, souvent regroupés sous un modèle à deux facteurs – anxiété et dépression – (Ollendick et al., 2003 ; Ollendick & Sander, 2012), ont tendance à ne pas apparaître de manière isolée chez l'individu, mais à se combiner les uns avec les autres (Ollendick & Sander, 2012).

Les individus ayant des comportements internalisés ont souvent une auto-régulation émotionnelle excessivement forte, et par conséquent dysfonctionnelle (Cole et al., 1996).

3.1.1 Caractéristiques propres à l'enfant

Peu d'études ont investigué l'influence des caractéristiques de l'enfant sur ses futurs comportements internalisés. Parmi elles, notons celle de Liu et al. (2020), démontrant que le tempérament de l'enfant de 3 ans (inhibition comportementale) exercerait une influence positive sur la diminution de ses comportements internalisés à l'âge de 8 ans, et celle de Huey et Weisz (1997), rapportant que le neuroticisme serait un facteur prédictif de comportements internalisés pour les 7-17 ans.

Concernant les troubles dépressifs, il n'y aurait pas de différence de prévalence entre garçons et filles avant la puberté (Angold et al., 1999 ; Hankin et al., 1998), tandis qu'on retrouverait plus de troubles anxieux chez les filles que chez les garçons (Essau et al., 2004).

Au-delà de ces différentes caractéristiques propres à l'enfant, des facteurs en lien avec l'environnement dans lequel il évolue – notamment ses parents – sont à prendre en considération (Miljkovitch & Poisson, 2018).

3.1.2 L'influence du parent et de la parentalité.

3.1.2.1 L'adversité dans l'enfance du parent.

Des expériences d'adversité dans l'enfance de la mère peuvent avoir un effet négatif direct sur les problèmes de comportement internalisé de l'enfant, comme l'anxiété (Cooke et al., 2021 ; McDonald et al., 2019), mais peuvent aussi les impacter de manière indirecte, via notamment des symptômes dépressifs, un attachement anxieux ou évitant, une parentalité hostile ou impuissante, et une moins grande réponse du cortisol à l'éveil pendant la première moitié de la grossesse (Cooke et al., 2019 ; Thomas-Argyriou et al., 2021 ; Sauvé et al., 2022).

Aussi, plus spécifiquement, avoir une mère ayant subi de la maltraitance infantile est un facteur de risque significatif pour des problèmes de comportement internalisé chez l'enfant, et ce, au-delà de l'effet de la monoparentalité, de la parentalité adolescente et d'un faible statut socio-économique (Michl-Petzing et al., 2019 ; Bosquet Enlow et al., 2018).

3.1.2.2 Sa santé mentale.

Les symptômes dépressifs de la mère seraient reliés de manière directe à des problèmes émotionnels, des problèmes de comportement internalisé plus élevés chez l'enfant (Whittenburg et al., 2022 ; Koblinsky et al., 2006 ; Cooke et al., 2019 ; Jarvis et al., 2021 ; Thomas-Argyriou et al., 2021). Cooke et al. (2019) émettent l'hypothèse que les mères dépressives ayant des expériences d'adversité infantile, en raison de leur traumatisme, ont des comportements parentaux plus négatifs, entraînant l'apparition de problèmes comportementaux chez leurs enfants.

La sévérité du TSPT chez la mère exercerait également une influence négative sur les comportements internalisés de l'enfant au travers du stress parental (Samuelson et al., 2017 ; Hartzell et al., 2020). Le TSPT parental serait aussi susceptible d'être transmis à la génération suivante en altérant l'axe du stress et la réponse de l'enfant aux stimuli suscitant de la peur (Ryan et al., 2016 ; Danielson et al., 2015).

Le stress parental, quant à lui, peut impacter négativement les comportements internalisés de l'enfant de manière directe (Jarvis et al., 2021), ou au travers d'une parentalité autoritaire ou permissive (Mak et al., 2020).

Enfin, dans leur revue de la littérature, Jones et Prinz (2005) constatent un effet direct du SCP sur l'ajustement de l'enfant, mais aussi un effet indirect via certaines pratiques et comportements parentaux. En effet, ce serait en partie en observant et en interagissant avec ses parents que l'enfant développe des croyances sur sa valeur en tant que personne et sur son auto-efficacité, croyances desquelles découlent plusieurs aspects de sa santé mentale.

3.1.2.3 Les pratiques éducatives parentales.

En ce qui concerne les pratiques éducatives, l'utilisation de discipline physique (e.g., fessées) et de discipline psychologique (e.g., menaces, insultes, humiliation) est corrélée avec des problèmes de comportement internalisé chez l'enfant tels que l'anxiété, la dépression et le retrait (Aunola & Nurmi, 2005 ; Ma et al., 2020 ; Madhlopa et al., 2020). Plus spécifiquement, il semblerait, par exemple, qu'il existe une corrélation entre la présence de troubles anxieux chez l'enfant et des pratiques maternelles sur-contrôlantes, coercitives, aversives et une absence de réaction (Dumas et al., 1995 ; Ollendick & Horsch, 2007). Les parents d'enfants souffrants de troubles anxieux donneraient également moins d'autonomie psychologique à leur enfant (Siqueland et al., 1996).

3.1.2.4 Les interactions parent-enfant.

Une parentalité stimulante, empreinte de chaleur, de sensibilité et de réactivité est à mettre en lien avec la positivité de l'enfant et un meilleur développement cognitif et social (Belsky et al., 2005 ; Landry et al., 2003). À l'inverse, avoir un parent ayant subi un ASI et qui ne fait pas preuve de chaleur et d'empathie dans ses interactions devient un facteur de risque pour le développement, chez l'enfant, d'une faible estime de soi et de symptômes dépressifs (Wind & Silvern, 1994). Aussi, lorsque la mère se montre étouffante avec sa fille, celle-ci aura des difficultés à former un sentiment de sécurité (Chabert & Chauvin, 2005).

Enfin, l'enfant anxieux, face au comportement contrôlant de sa mère, comme évoqué précédemment, se montrerait moins compliant que ses pairs (Dumas et al., 1995).

3.1.3 Le rôle de l'environnement.

Différents éléments de l'environnement dans lequel évolue l'enfant sont susceptibles d'influencer son développement. Parmi eux, l'exposition à la violence de la communauté est corrélée à des niveaux élevés de problèmes de comportement internalisé chez les enfants de 3 à 5 ans (Ma et al., 2020). La culture et l'importance donnée aux traditions peuvent, par

ailleurs, modérer les relations entre le type de parentalité, de discipline utilisée et les comportements internalisés de l'enfant (Haslam et al., 2020 ; Madhlopa et al., 2020).

3.2 Comportements externalisés

Les comportements externalisés sont des comportements dirigés vers autrui (Roeser et al., 1998 ; Villarreal et al., 2021). On y retrouve de l'inattention, de l'hyperactivité, de l'impulsivité, mais aussi de la colère, de l'agressivité, de l'agitation, de l'opposition et des comportements désinhibés et antisociaux (Cole et al., 1996 ; Roeser et al., 1998 ; Roskam et al., 2007 ; Stiévenart, 2011 ; Waschbusch, 2002). Bien que certains auteurs y voient là deux catégories de symptômes distinctes, avec d'un côté des symptômes similaires au TDA/H (Trouble du Déficit de l'Attention et/ou Hyperactivité), et de l'autre, ceux s'apparentant à un trouble des conduites, la littérature a montré qu'elles semblent co-exister fréquemment (e.g., Dick et al., 2005 ; Kujala-Halkola et al., 2015 ; Abikoff & Klein, 1992).

Caractérisés par de faibles capacités d'auto-régulation (Cole et al., 1996), les comportements externalisés suivraient un continuum (Stiévenart, 2011) et seraient associés à plus de conflictualité dans la relation parent-enfant (Villarreal et al., 2021 ; Burt et al., 2003).

3.2.1 Caractéristiques propres à l'enfant.

La personnalité des enfants de 3 à 5 ans – en particulier leur stabilité émotionnelle et leur agréabilité – influencerait leurs comportements externalisés (J. C. Meunier et al., 2011). Une autre étude observe que l'agréabilité et l'extraversion semblent être des prédicteurs indépendants de comportements externalisés chez les enfants et jeunes de 7 à 17 ans (Huey & Weisz, 1997).

Le sexe de l'enfant semble lui aussi avoir un certain rôle dans le développement de problèmes de comportements externalisés. De manière générale, les garçons présenteraient plus de comportements externalisés que les filles. Maglica et al. (2020) émettent l'hypothèse que les garçons sont socialisés dès leur plus jeune âge vers des activités susceptibles de favoriser le développement de comportements sous-contrôlés. Cela pourrait apporter une explication partielle aux différences de tempérament observées entre garçons et filles, mais aussi à la tendance des parents et enseignants à voir davantage de comportements externalisés chez les garçons.

De manière plus spécifique, en ce qui concerne le trouble des conduites, de nombreuses recherches indiquent une prévalence plus importante et un début plus précoce chez les garçons, avec notamment plus de comportements d'agression physique et moins de

comportements prosociaux que les filles, mais avec des facteurs de risque similaires à elles (Frick & Dickens, 2006 ; Romano et al., 2005 ; Silverthorn & Frick, 1999).

Les garçons entre 4 et 17 ans, quant à eux, auraient également plus de chances de développer un TDA/H que leurs homologues féminins et auraient davantage tendance à être exposés à ses facteurs de risque et à souffrir de ses conséquences (Bauermeister et al., 2007). Toutefois, le ratio garçons:filles serait différent en fonction des sous-types. Deux méta-analyses ont observé que les filles souffrant de TDA/H montraient des niveaux moins élevés d'hyperactivité, d'inattention et d'impulsivité et présentaient moins de diagnostics de troubles des conduites et d'autres comportements externalisés que les garçons souffrant du même trouble (Gaub & Carlson, 1997 ; Gershon, 2002).

3.2.2 L'influence du parent et de la parentalité.

3.2.2.1 L'adversité dans l'enfance du parent.

De nombreuses études illustrent l'impact délétère des expériences d'adversité infantile de la mère et de leur quantité sur l'apparition de comportements externalisés chez son enfant (e.g., Cooke et al., 2021 ; McDonald et al., 2019). Certaines études trouvent une relation directe entre ces deux éléments (Bosquet Enlow et al., 2018 ; Michl-Petzing et al., 2019), alors que d'autres constatent l'influence d'autres facteurs sur la relation entre adversité infantile maternelle et problèmes de comportement externalisé ou d'auto-régulation (Cooke et al., 2019 ; Thomas-Argyriou et al., 2021 ; Sauvé et al., 2022).

De manière plus spécifique, on observe que des difficultés de comportement peuvent être présentes chez les enfants dont la mère a été abusée sexuellement avant 13 ans (Roberts et al., 2004). Cette relation se ferait via l'angoisse maternelle.

3.2.2.2 Sa santé mentale.

Les symptômes dépressifs de la mère semblent là aussi être un facteur facilitant l'apparition de comportements externalisés tels que des problèmes de conduite, d'agression physique et une diminution des comportements prosociaux (Whittenburg et al., 2022 ; Koblinsky et al., 2006 ; Romano et al., 2005 ; Hails et al., 2018). Les symptômes dépressifs de la mère seraient aussi reliés de manière directe à une faible régulation dans des contextes suscitant de la peur (Hails et al., 2018 ; Tsotsi et al., 2021).

Le TSPT de la mère, comme pour les comportements internalisés, serait lié à des comportements externalisés et une faible régulation émotionnelle chez l'enfant au travers du stress parental (Hartzell et al., 2020 ; Samuelson et al., 2017). Cette relation serait toutefois

modérée par le sexe de l'enfant (les filles seraient plus affectées par le TSPT et le stress maternels). Aussi, un plus haut niveau de stress parental impacterait négativement le comportement de l'enfant et son système de régulation de manière directe (Samuelson et al., 2017), ou au travers d'une parentalité négative (autoritaire ou permissive) (Mak et al., 2020).

Notons également que la symptomatologie de comportements externalisés chez le parent, tels qu'un trouble des conduites ou un TDA/H, semble être associée à la présence de la même symptomatologie chez l'enfant (Johnston & Mash, 2001 ; Kimonis & Frick, 2012).

Le SCP, quant à lui, joue un rôle important : il aurait un effet positif sur les comportements externalisés de l'enfant via la réduction de son irritabilité et en le protégeant de la frustration (Mouton & Roskam, 2015 ; Roskam et al., 2015) et influencerait le lien entre compétence parentale et des comportements externalisés tels que le TDA/H et les problèmes de conduite (Jones & Prinz, 2005 ; McLaughlin & Harrison, 2006). Un faible SCP serait, pour sa part, lié à des comportements externalisés chez l'enfant, indifféremment du sexe du parent et de celui de l'enfant (Besnard et al., 2009).

3.2.2.3 Les pratiques éducatives.

Le soutien maternel est un facteur protecteur des problèmes de comportement externalisé pour l'enfant de 3 à 5 ans ayant un haut niveau d'agréabilité ou une faible extraversion, tandis que le soutien paternel favorise son ouverture (J. C. Meunier et al., 2011).

Une parentalité autoritaire, plus punitive ou caractérisée par un haut niveau de contrôle psychologique et une grande affection favorise un plus haut niveau de comportements externalisés, d'agression, moins de comportements prosociaux et une plus faible régulation émotionnelle (Haslam et al., 2020 ; Campbell & Houser, 2020 ; Romano et al., 2005 ; Derzon, 2010). À l'inverse, une parentalité démocratique (Haslam et al., 2020), promouvant l'autonomie (Meuwissen & Carlson, 2019) ou combinant haut niveau de contrôle comportemental et faible niveau de contrôle psychologique (Aunola & Nurmi, 2005) serait associée à une plus faible quantité de comportements externalisés et à de meilleures capacités de régulation émotionnelle. Cependant, dans leur étude, Campbell et Houser (2020) ne trouvent pas de lien entre l'utilisation d'une discipline positive et la diminution des comportements externalisés.

La discipline physique (surtout si pratiquée par les deux parents) entraîne l'apparition de niveaux élevés de comportements externalisés, en particulier d'irritabilité, d'agressivité et d'antagonisme (Ma et al., 2018, 2020 ; Madhlopa et al., 2020 ; Lansford, 2019 ; Castillo et al., 2020 ; Derella et al., 2020). Selon Lansford (2019), cela s'expliquerait par le fait que les

punitions corporelles créent chez l'enfant un modèle des relations interpersonnelles où l'agressivité est la réponse adéquate aux conflits. Il n'est ainsi pas étonnant de constater que les conflits parent-enfant – mais surtout leur qualité – sont liés aux comportements externalisés (Villarreal et al., 2021 ; Derzon, 2010). Remarquons toutefois que Jaffee et al. (2005) observent que la maltraitance physique a plus de risques de favoriser l'apparition de comportements externalisés chez des enfants y présentant une vulnérabilité génétique.

3.2.2.4 Les interactions parent-enfant.

Des interactions aimantes, chaleureuses et caractérisées par la réactivité rendent l'enfant plus enclin à obéir au parent et facilitent son développement social, tandis que l'inverse a des conséquences négatives sur son comportement (Lansford, 2019 ; Landry et al., 2003 ; Wind & Silvern, 1994 ; Reuben et al., 2016 ; Derzon, 2010). Il existerait cependant une certaine spécificité au sein de ces comportements externalisés. Certaines recherches relèvent que des conflits parent-enfant sont davantage associés à des troubles des conduites qu'à des symptômes de TDA/H (Johnston & Mash, 2001), alors que d'autres rapportent une relation parent-enfant d'autant plus négative si l'enfant présente à la fois des symptômes de l'un et de l'autre trouble (Waschbusch, 2002). D'après l'étude de Burt et al. (2003), réalisée sur des jumeaux monozygotes et dizygotes, cette relation existant entre conflits parent-enfant et problèmes de comportement externalisé chez l'enfant serait à la fois influencée par des facteurs génétiques et liée à l'environnement familial.

La chaleur et l'empathie paternelles, quant à elles, auraient un impact fort restreint sur les comportements externalisés de l'enfant en comparaison à celles de la mère, bien que l'attention que le père porte à l'enfant et son acceptation de lui semblent être d'importants prédicteurs de diminution de ces comportements (Maglica et al., 2020 ; Reuben et al., 2016). A contrario, la non-réactivité de la mère serait liée à une plus forte présence de comportements externalisés (Maglica et al., 2020) et son hostilité engendrerait plus d'agressions physiques et moins de comportements prosociaux chez les garçons (Romano et al., 2005). Les agressions verbales parentales augmenteraient elles aussi les comportements externalisés chez les filles (Derella et al., 2020).

Notons également que les enfants agressifs ou présentant des symptômes de TDA/H et leur parent auraient tous deux recours à des comportements contrôlants et négatifs (Dumas et al., 1995 ; Johnston & Mash, 2001).

3.2.3 Le rôle de l'environnement.

L'exposition à la violence de la communauté et un plus haut taux de crime et de violence dans le voisinage prédisent plus de comportements externalisés chez l'enfant, notamment de l'agression (Ma et al., 2018, 2020 ; Loeber & Wilkström (1993) cités par Waschbusch, 2002). L'efficacité collective du voisinage, quant à elle, influence négativement la quantité de comportements externalisés de manière directe et indirecte (via les punitions corporelles) (Castillo et al., 2020).

Au niveau familial, une structure moins stable est associée à plus de problèmes de comportement externalisé (Derzon, 2010 ; Dumas et al., 2005 ; Jarvis et al., 2021).

3.3 Impact mutuel du comportement de l'enfant et de celui du parent

Diverses recherches ont démontré la réciprocité, l'effet rétroactif existant entre le comportement de l'enfant et celui de ses parents (Liu et al., 2020 ; J. C. Meunier et al., 2011 ; Neppel et al., 2009). En effet, plusieurs études montrent que les problèmes de comportements de l'enfant peuvent favoriser des pratiques parentales plus dures, qui maintiennent et exacerbent ces mêmes comportements (Derella et al., 2020 ; Michl-Petzing et al., 2019 ; Schulz et al., 2019). Lengua et Kovacs (2005) montrent, par exemple, qu'un tempérament compliqué chez l'enfant suscite une discipline plus sévère et inconsistante chez le parent, ce qui, en retour augmente les émotions négatives comme l'irritabilité et la peur chez l'enfant.

Les problèmes comportementaux de l'enfant peuvent aussi augmenter les symptômes dépressifs, le stress parental et diminuer le SCP de la mère qui, comme nous l'avons vu précédemment, jouent un rôle important dans l'apparition et l'augmentation ou la diminution des problèmes de comportement externalisé (Baker et al., 2020 ; Yalcintas et al., 2021 ; Schulz et al., 2019 ; Maglica et al., 2020).

D'autres recherches montrent un aspect plus positif de cette réciprocité. Pastorelli et al. (2016) trouvent que de plus hauts niveaux de comportements prosociaux chez les enfants de 9-10 ans engendrent de meilleures relations mère-enfant. Liu et al. (2020) émettent, quant à eux, l'hypothèse que le retrait et le faible engagement des enfants inhibés comportementalement susciterait chez le parent une attitude plus structurante qui, à son tour, aiderait l'enfant à être moins inhibé.

Objectifs et hypothèses

1. Objectifs

La littérature étudiant la parentalité des victimes d'ASI est fortement axée sur les mères – souvent à bas revenus –, et beaucoup d'études ne prennent pas en compte l'influence de facteurs tels que les conditions socio-économiques des participants ou leur expérience d'autres types de maltraitance infantile. De plus, peu de liens sont faits entre les pratiques éducatives parentales des parents ayant vécu un ASI et le comportement de leurs enfants.

Ainsi, le présent mémoire aura pour objectif d'explorer plus en profondeur la parentalité des parents abusés sexuellement dans l'enfance, mais aussi l'impact de cette adversité infantile sur la génération suivante via un échantillon tout-venant, composé de pères et de mères aux statuts socio-économiques divers.

2. Hypothèses principales

2.1 Hypothèse 1 en lien avec l'influence des pratiques parentales des parents victimes d'ASI sur le comportement de leur enfant

Plusieurs études ont démontré le plus grand recours des mères victimes d'ASI à une discipline sévère et aux punitions corporelles (Armsworth & Stronck, 1999 ; Banyard, 1997 ; L. R. Cohen et al., 2008 ; DiLillo & Damashek, 2003), tout en mettant en lumière leur difficulté à poser des limites et à adopter des comportements soutenant la prise d'autonomie chez leurs enfants (Bryson, 2007 ; Cole et al., 1992 ; Ruscio, 2001).

Or, une parentalité autoritaire, punitive ou utilisant de la discipline physique ou psychologique est corrélée, chez l'enfant, à de l'agressivité, de l'irritabilité, de l'antagonisme, de la dépression, de l'anxiété et du repli sur soi (Aunola & Nurmi, 2005 ; Derella et al., 2020 ; Ma et al., 2020 ; Madhlopa et al., 2020).

Dès lors, nous émettons l'hypothèse que plus les parents ont des expériences d'ASI répétés et sévères, plus ils utilisent des pratiques éducatives contrôlantes, et plus leurs enfants présentent des problèmes de comportements internalisés et externalisés.

2.2 Hypothèse 2 en lien avec l'influence des interactions parent-enfant des parents victimes d'ASI sur le comportement de leur enfant

Selon plusieurs recherches, les mères victimes d'ASI sont moins sensibles à leur enfant (Barrett, 2009 ; T. Cohen, 1995 ; Cross et al., 2016 ; Dixon, Hamilton-Giachritsis, et al., 2005). Les pères et elles sont peu disponibles émotionnellement, se montrant parfois

hostiles, détachés (Armsworth & Stronck, 1999 ; T. Cohen, 1995 ; Lyons-Ruth & Block, 1996 ; Newcomb & Locke, 2001).

Or, une parentalité peu sensible et chaleureuse, empreinte d'hostilité et d'agressions verbales est mise en lien dans la littérature avec plus de symptômes dépressifs (Wind & Silvern, 1994), de non-compliance (Lansford, 2019), d'agressions physiques et moins de comportements prosociaux chez l'enfant (Romano et al., 2005 ; Derella et al., 2020 ; Reuben et al., 2016 ; Derzon, 2010).

Ainsi, nous pouvons émettre l'hypothèse que les interactions parent-enfant des parents victimes d'ASI sont moins caractérisées par de la sensibilité émotionnelle et comportementale et plus empreintes d'hostilité et/ou de retrait que celles des parents n'ayant pas subi d'ASI, ce qui entraîne chez leurs enfants davantage de problèmes de comportements internalisés et externalisés.

3. Hypothèses secondaires

3.1 Hypothèses en lien avec l'influence du sexe du parent victime d'ASI sur sa parentalité

3.1.1 Hypothèse 3.

Dans son mémoire basé sur un échantillon de la National Comorbidity Survey-Replication, Vasconcelos (2007) rapporte que les pères victimes d'ASI avec pénétration feraient usage de peu de discipline physique avec leurs enfants. Diverses études montrent la tendance contraire pour les mères abusées sexuellement dans l'enfance (Banyard, 1997 ; L. R. Cohen et al., 2008 ; DiLillo & Damashek, 2003). Nous émettons donc l'hypothèse que les pères victimes d'ASI font moins usage de discipline physique que les mères victimes d'ASI.

3.1.1 Hypothèse 4.

Comme évoqué dans l'hypothèse 3, les parents victimes d'ASI semblent être plus distants avec leur enfant que leurs pairs tout-venant. Toutefois, selon Newcomb et Locke (2001) et Vasconcelos (2007), il semblerait que les pères ayant subi un ASI soient plus distants et rejetants que les mères ayant le même vécu. Dès lors, nous présumons que dans notre échantillon, les pères victimes d'ASI feront preuve de plus de retrait relationnel et/ou de désintérêt et de moins de sensibilité émotionnelle envers leur enfant que les mères.

3.1.2 Hypothèse 5.

L'étude de Newcomb et Locke (2001) et le mémoire de Vasconcelos (2007) pointent également vers une parentalité maternelle plus agressive. Dès lors, nous émettons l'hypothèse

que les interactions entre mères victimes d'ASI et enfant seront, dans notre échantillon aussi, caractérisées par plus d'hostilité et d'agressivité que celles des pères victimes d'ASI et de leur enfant.

Méthodologie

1. Participants

L'échantillon utilisé dans ce mémoire reprend une partie des participants de deux études de la thèse de Manon Delhalle, traitant de l'influence du vécu infantile d'abus sexuel (avec ou sans maltraitance) sur les pratiques éducatives parentales du parent, ainsi que sur son enfant. Il est composé de 136 parents tout-venant dont au moins un des enfants a entre 3 et 8 ans. Aucune sélection spécifique en fonction du sexe du parent ou de l'enfant concerné par l'étude n'a été opérée. Les critères d'exclusion étaient les suivants : enfant hors âge prévu, trouble clinique chez le parent ou l'enfant, handicap chez l'enfant. Les participants ont été recrutés au travers du bouche-à-oreille, des réseaux sociaux, des écoles et d'une précédente étude de Manon Delhalle.

Cependant, en raison du faible nombre de parents ayant vécu un ASI au sein de cet échantillon – que nous nommerons échantillon A –, deux autres échantillons ont été utilisés afin de renforcer la puissance statistique de certaines analyses. Le premier – l'échantillon B – est composé de 1905 mères. Le second – l'échantillon C – est composé de 194 pères. Pour ces deux échantillons, au moins un des enfants des participants avait entre 3 et 8 ans. Ces données ont été récoltées en ligne de juin à décembre 2020 via des annonces postées sur Facebook et LinkedIn, auprès de groupes tout-venant, de groupes destinés aux parents et de groupes destinés aux victimes d'abus. Dans les annonces, les responsables des études mentionnées étaient à la recherche de parents ayant des vécus infantiles divers afin d'en voir l'impact sur leur parentalité. Aucune sélection spécifique en fonction du pays de résidence du parent et du sexe de l'enfant concerné par ces études n'a été opérée.

2. Composante éthique

En raison du type de recherche menée et des outils utilisés, la récolte des données ne peut se mener anonymement. Toutefois, le secret professionnel a été préservé et le nom des participants a été remplacé par un code.

3. Outils

Le présent mémoire présente un design transversal. Les participants de tous les échantillons ont répondu à un questionnaire socio-démographique, au CTQ-SF et à l'EPEP. Ceux de l'échantillon A ont également répondu au CBCL et la MCIT a alors été utilisée pour coter une séquence d'interactions entre le parent et son enfant. Les résultats aux tests ont été encodés par Manon Delhalle et les vidéos de la MCIT ont été cotées par mes soins.

3.1 Questionnaire socio-démographique

Les participants ont été interrogés sur divers éléments de leur vie, tels que leur âge, sexe, profession, le diplôme le plus élevé qu'ils ont obtenu, leur nationalité, croyances religieuses, lieu de vie, revenus, situation familiale, suivi psychologique (uniquement pour l'échantillon A) et sur les particularités éventuelles de leur enfant (haut potentiel intellectuel inclus dans la liste proposée de particularités seulement pour l'échantillon A).

3.2 Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF ; Bernstein et al., 2003)

Le CTQ est un questionnaire auto-rapporté développé par Bernstein et al. en 1994 et validé pour une population francophone par Paquette et al. (2004). Il évalue les traumatismes infantiles au travers de cinq échelles : négligence émotionnelle, maltraitance émotionnelle, négligence physique, maltraitance physique et abus sexuel. Il présente également une échelle de déni/minimisation. Chaque échelle a un score cut-off permettant de déterminer si l'individu a subi ou non l'expérience traumatique concernée. Le système est le même pour la version courte, la CTQ-SF (Bernstein et al., 2003).

Le CTQ a de très bonnes propriétés psychométriques, comme illustré dans le Tableau 1. Sa fidélité et sa validité de construit sont élevées, tout comme sa fidélité test-retest (.73 à .94). Sa consistance interne est excellente ($\alpha = .68$ à .91).

Tableau 1

Données psychométriques relatives à la version courte du CTQ

	Nombre d'items	α	Test-retest ($p < .01$)	Point de coupure
Négligence émotionnelle	5	.91	.94	≥ 16
Maltraitance émotionnelle	5	.88	.73	≥ 16
Négligence physique	5	.68	.93	≥ 14
Maltraitance physique	5	.82	.75	≥ 11
Abus sexuel	5	.87	.76	≥ 11

Note. Adapté de « Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance », par Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M., & Zoccolillo, M., 2004, *Santé mentale au Québec*, 29(1), 208.

Dans le présent mémoire, nous avons employé les scores seuils présentés ci-dessus pour toutes les sous-échelles sauf celle de l'abus sexuel, pour laquelle nous avons décidé d'un point de coupure de 5. En effet, selon les définitions communément admises, il y a abus de la sexualité même si l'évènement ne s'est produit qu'une seule fois (Johnson, 2004 ; Modelli et al., 2012). Dès lors, il semble plus pertinent de considérer qu'il y a ASI, même s'il est mineur, à partir du moment où le participant ne répond pas « jamais » à toutes les questions de la sous-échelle.

Afin d'obtenir de plus amples informations sur les expériences de maltraitance infantile des participants, plusieurs items ont été rajoutés, notamment sur les caractéristiques des différentes formes d'abus, comme l'âge, la relation entretenue avec le ou les auteurs, la fréquence, et plus spécifiquement pour l'ASI, le type (avec ou sans pénétration), la présence de menace, l'emploi de la force, et la révélation à et réaction de l'entourage (cf Annexe A).

3.3 Évaluation des Pratiques Éducatives Parentales (EPEP ; J.-C. Meunier & Roskam, 2007, 2009)

L'EPEP est un questionnaire auto-rapporté par le parent, adapté et validé pour une population francophone par J.-C. Meunier et Roskam (2007). Dans le présent mémoire, nous utiliserons deux versions distinctes en fonction de l'âge de l'enfant. L'EPEP-PPSF (Preschool and Primary School Form), composée de 40 items, a été proposée aux parents d'enfants jusqu'à 5 ans 11 mois, et l'EPEP, composée de 35 items, a été administrée aux parents d'enfants âgés de 6 ans et plus. À chaque item est associée une échelle de Likert à 5 points en fonction de la fréquence d'utilisation de la pratique éducative en question.

Les items sont divisés en 9 sous-échelles évaluant la parentalité expliquant un peu plus de 60 % de la variance (61,36 % pour l'EPEP-PPSF et 64,33 % pour l'EPEP) : parentalité positive, monitoring, règles, discipline, discipline inconsistante, punitions sévères, ignorance, récompenses matérielles et autonomie. Il semblerait que deux facteurs de second ordre se soient dégagés de ses 9 catégories : les pratiques *supportives* (parentalité positive, règles, autonomie, monitoring) et les pratiques *contrôlantes* (discipline, discipline inconsistante, punitions sévères, ignorance, récompenses matérielles).

La consistance interne de l'EPEP-PPSF est moyenne à élevée ($\alpha = .58$ à $.90$), une bonne validité externe et de bonnes propriétés discriminantes. L'EPEP, quant à elle, a une consistance interne similaire ($\alpha = .69$ à $.87$) et une bonne fidélité test-retest ($r = 0.51$ à 0.84).

3.4 Mother-Child Interaction Task (MCIT ; Crowell & Feldman, 1988 ; Loop et al., 2017)

La MCIT a été développée par Crowell et Feldman (1988) pour évaluer les interactions mère-enfant. Dans ce mémoire, nous utiliserons la version adaptée par Loop et al. (2017) pour les enfants de 3 à 9 ans et leurs parents. Il s'agit de filmer une interaction semi-structurée de 25 minutes divisée en trois parties : 10 minutes de jeu libre faisant appel au symbolisme, 5 minutes de frustration (rangement du jeu) et 10 minutes de puzzles (réalisation de trois puzzles de difficulté inférieure, égale et supérieure aux capacités de l'enfant). Les comportements du parent et ceux de l'enfant sont cotés séparément en leur allouant 1 à 5 ou 7 points. Pour le parent, la sensibilité comportementale, la sensibilité émotionnelle, les affects positifs, le retrait/désintérêt, l'irritabilité/colère et l'agression (de 1 à 5) sont évalués. Pour l'enfant, ce sont les affects positifs, le retrait/désintérêt, l'irritabilité/colère, la non-compliance, l'agression (de 1 à 5), la persévérance et l'enthousiasme qui sont évalués. Il n'y a pas de score moyen, mais une évaluation globale de chaque comportement, hormis pour l'agression, que l'on cote en fonction de son occurrence. Il n'y a donc pas de score cut-off, mais un travail de comparaison à effectuer à l'appréciation de l'évaluateur.

Cette version adaptée de la MCIT et son système de codage ont une fidélité test-retest moyenne (.32 à .57 pour l'échelle des enfants et .28 à .45 pour celle des parents), une validité externe moyenne avec la CBCL et l'EPEP, de bonnes propriétés discriminantes, une consistance inter-tâche globalement très bonne ($\alpha = .34$ à $.89$ pour l'échelle des enfants et $\alpha = .63$ à $.90$ pour celles des parents), tout comme la consistance inter-échelle ($\alpha = .88$ pour l'échelle des enfants et $\alpha = .80$ pour celles des parents).

3.5 Child Behavior Checklist (CBCL ; Achenbach & Rescorla, 2000, 2001)

La CBCL est un questionnaire hétéro-rapporté par les parents, un professeur ou un proche d'un enfant. Elle a pour but d'évaluer différents comportements de ce dernier. Elle est divisée en deux grilles distinctes. La première est destinée aux parents d'enfants de 1,5 à 5 ans (CBCL/1,5-5) et comporte 100 items regroupés dans les échelles/syndromes suivants : gestion des émotions, anxiété/dépression, plaintes somatiques, comportements de retrait, troubles de l'attention, comportements agressifs, difficultés de sommeil et autres problèmes. La seconde grille est destinée aux parents d'enfants de 6 à 18 ans (CBCL/6-18) et comporte 113 items regroupés dans les échelles/syndromes suivants : anxiété/dépression, plaintes somatiques, difficultés d'attention, comportements agressifs, évitement, difficultés sociales, troubles de la pensée, comportements délinquants et autres problèmes. Chaque item est associé à une échelle de Likert en 3 points.

Pour les deux tests, la cotation donne un score total, mais également des scores composites aux échelles de problèmes de comportements internalisés et externalisés. L'échelle de comportement internalisés est composée, pour les deux grilles, des sous-échelles anxiété/dépression, retrait/dépression, plaintes somatiques, auxquelles la CBCL/1.5-5 ajoute la sous-échelle gestion des émotions. L'échelle des comportements externalisés est, quant à elle, composée pour les deux grilles des sous-échelles troubles de l'attention et comportements agressifs, auxquelles s'ajoute la sous-échelle comportements d'infraction aux règles pour la CBCL/6-18. Plus le score est élevé, plus l'enfant a de chances de présenter une pathologie. Le percentile 98 représente alors un seuil clinique, et un score arrivant entre les percentiles 93 et 98 est considéré comme cliniquement limite. Les normes de cotation varient en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant. Notons toutefois qu'à notre connaissance, aucun article ne reprend les seuils de cotation pour la CBCL/6-18, et que nous n'avons ainsi pas pu en faire usage dans le présent mémoire. Nous nous sommes donc basés sur la moyenne des scores à chaque sous-échelle.

La consistance interne pour ces deux grilles est élevée (.76 à .82 pour la CBCL/1,5-5 ; .83 à .94 pour la CBCL/6-18), tout comme leur validité et leur fidélité test-retest (.82 à .89 pour la CBCL/1,5-5 ; .88 à .92 pour la CBCL/6-18).

Résultats

1. Méthode d'analyse des données

Afin de réaliser nos analyses statistiques, nous avons pris la décision de rassembler les données des échantillons A, B et C – que nous nommerons échantillon D. Ainsi, sauf mention contraire, les analyses et résultats mentionnés ci-après se basent tous sur cet échantillon.

Les données de nos trois échantillons ont été encodées dans un même document Excel, au sein duquel nous avons pu constater la présence de quelques données manquantes. Afin d'y pallier, lorsqu'il manquait le score d'un seul des items au sein d'une sous-échelle d'un test, nous avons remplacé la valeur manquante par une moyenne des autres scores des items de la sous-échelle et avons ainsi calculé le score de la sous-échelle. Lorsqu'il y avait plus d'une donnée manquante, le score à la sous-échelle n'a pas été calculé.

Les données ont par la suite été analysées via le logiciel SAS 9.4 pour Windows, qui n'a pas pris en compte les sujets pour lesquelles les données manquantes étaient trop nombreuses.

Dans le but de se montrer plus pertinent dans nos analyses de données (notamment les analyses descriptives et nos hypothèses secondaires), nous avons pris la décision de diviser nos participants en cinq groupes en nous basant sur leurs scores au CTQ-SF. Pour ce faire,

nous nous sommes servi des scores seuils évoqués dans notre méthodologie (p.36), qui sont, pour rappel, ceux définis par Paquette et al. (2004) hormis pour l'ASI, pour lequel nous définissons une présence à partir d'un score de 6. Les groupes se répartissent donc ainsi :

- « ASI », soit ceux ayant vécu au moins une expérience d'ASI avec ou sans autre type de négligence ou de maltraitance infantiles ;
- « ASI avec MI » (maltraitance infantile), soit ceux ayant vécu un ou plusieurs ASI, ainsi que de la négligence ou de la maltraitance infantile ;
- « ASI sans MI », soit ceux qui avaient vécu un ou plusieurs ASI mais jamais de MI ;
- « MI », soit ceux ayant fait l'expérience de négligence ou de maltraitance dans l'enfance mais pas d'ASI ;
- « Tout-venant », soit le groupe contrôle, dont les participants n'ont jamais vécu aucun type de négligence, de maltraitance ou d'abus sexuel infantiles.

Les données utilisées dans le cadre du présent mémoire sont des données transversales. Leur normalité a été contrôlée via le test de Kolmogorov-Smirnov en utilisant un seuil de significativité de $p < .05$, révélant que seules les variables pratiques contrôlantes de l'EPEP-PPSF ($D = 0.02$; $p = .11$) et de l'EPEP ($D = 0.02$; $p > .15$), comportements externalisés de la CBCL/1.5-5 ($D = 0.09$; $p > .15$) et de la CBCL/6-18 ($D = 0.09$; $p = .12$), ainsi que autres problèmes de la CBCL/1.5-5 ($D = 0.10$; $p = .11$) et les variables score total ($D = 0.10$; $p = .07$) et comportements internalisés de la CBCL/6-18 ($D = 0.7$; $p > .15$) seraient distribuées normalement. Les analyses de normalité dans leur entièreté se trouvent en Annexe B.

2. Analyses descriptives

2.1 Données socio-démographiques

De notre échantillon D, originellement composé de 2235 participants, nous avons pu récupérer un total de 2231 protocoles complets. Le groupe ASI avec MI est composé de 255 participants (11.43 %), le groupe ASI sans MI, de 262 participants (11.74%), le groupe MI de 336 participants (15.06 %), et le groupe tout-venant de 1378 participants (61.77 %).

Bien que notre échantillon soit en majorité composé de femmes (89.98 %), le sexe des enfants se répartit de manière plutôt égale (45.86 % de filles et 47.92 % de garçons). L'âge moyen des pères est de 38.08 ans ($ET = 6.20$), celui des mères est de 34.53 ans ($ET = 5.42$), celui des garçons de 5.25 ans ($ET = 1.66$) et celui des filles de 5.34 ans ($ET = 1.65$).

Nous pouvons constater une majorité d'employés (47.02 %) parmi les parents, mais aussi un nombre conséquent d'enseignants (10.08 %).

En ce qui concerne le niveau d'éducation des participants de notre échantillon, 35.32 % ont effectué un enseignement supérieur de type court, 31.19 % un enseignement supérieur de type long et 20.51 % sont allés jusqu'au secondaire supérieur.

Une majorité de participants (72.06 %) présente une structure familiale bi-parentale, mais nous pouvons tout de même dénombrer 14.53 % de familles recomposées et 11.53 % de familles monoparentales.

En ce qui concerne les revenus annuels après impôts du ménage, les participants se répartissent de manière plutôt égale entre les catégories (entre 14 et 18 % pour chacune), hormis ceux gagnant moins de 10 000€ par an, représentant 4.32 % de l'échantillon.

Les caractéristiques socio-démographiques de ces participants ainsi que leurs moyennes d'âges au sein des groupes sont décrites plus en détails dans l'Annexe C. Notons également que les données socio-démographiques des participants de l'échantillon A se trouvent en Annexe D.

2.2 Résultats aux tests des participants

2.1 Le vécu infantile (CTQ-SF).

Le score moyen des participants de l'échantillon D à la CTQ-SF est de 41.40 ($ET = 16.32$). Les expériences d'abus sexuel seraient les plus présentes, ayant touché 23.13 % des participants ($M = 6.79$; $ET = 4.42$) suivies des expériences de négligence émotionnelle avec 20.86 % ($M = 11.29$; $ET = 5.01$), des expériences de maltraitance émotionnelle avec 14.23 % ($M = 9.54$; $ET = 5.09$), de maltraitance physique avec 9.22 % ($M = 6.51$; $ET = 3.36$) puis de négligence physique avec 5.50 % ($M = 7.30$; $ET = 3.08$). Les scores moyens de nos participants restent éloignés des scores seuils donnés par Paquette et al. (2004).

Nous avons également étudié les caractéristiques de l'ASI, mais avons dû faire face à un nombre important de données manquantes. Ainsi, pour le groupe ASI sans MI ($n = 262$), nous pouvons seulement dire que 5 participants auraient été abusés sexuellement par un membre de leur famille (45.45 %). Parmi les participants du groupe ASI avec MI ($n = 255$), nous avons un peu plus d'informations : 120 auraient subi un ASI intrafamilial (23.72 %), 5 auraient été abusés sexuellement une fois (0.99 %), 5 autres (0.99 %) l'auraient été de manière répétée, 7 participants (1.38 %) auraient vécu un ASI sans pénétration, contre 3 avec (0.59 %).

Globalement, et de manière similaire à ce que nous évoquons dans notre revue de littérature, les hommes sont fort peu représentés dans notre échantillon : nous pouvons en compter 23 (4.45 %) qui auraient subi un ASI, dont 1 seul dans le groupe ASI sans MI (9.09 %).

2.2.2 Les pratiques éducatives parentales (EPEP et EPEP-PPSF).

Il semblerait que notre échantillon utilise souvent des pratiques éducatives supportives, que leur enfant soit d'âge pré-scolaire ($M = 4.28$; $ET = 0.36$) ou scolaire ($M = 4.08$; $ET = 0.40$). Les pratiques éducatives contrôlantes seraient, quant à elles, peu utilisées ($M = 2.22$ et $ET = 0.53$ pour l'EPEP-PPSF ; $M = 2.44$; $ET = 0.51$ pour l'EPEP).

Une parentalité positive ($M = 4.50$ et $ET = 0.47$ pour l'EPEP-PPSF ; $M = 4.29$; $ET = 0.52$ pour l'EPEP) et l'usage de règles ($M = 4.40$ et $ET = 0.69$ pour l'EPEP-PPSF ; $M = 4.50$; $ET = 0.42$ pour l'EPEP) semblent être les pratiques utilisées le plus souvent, alors que les punitions sévères ($M = 1.44$ et $ET = 0.64$ pour l'EPEP-PPSF ; $M = 1.46$; $ET = 0.64$ pour l'EPEP) et l'ignorance ($M = 1.78$ et $ET = 0.76$ pour l'EPEP-PPSF ; $M = 1.77$; $ET = 0.80$ pour l'EPEP) ne seraient, en moyenne, pas ou que très peu utilisées.

2.2.3 Les interactions parent-enfant (MCIT).

Les parents de notre échantillon semblent faire preuve d'une sensibilité comportementale modérée à bonne ($M = 4.84$; $ET = 0.84$) et n'offriraient ainsi pas toujours une aide adéquate à leur enfant dans la résolution de la tâche. Leur sensibilité émotionnelle se révélerait plutôt modérée ($M = 4.43$; $ET = 0.82$) et ils feraient donc preuve d'une disponibilité et d'un soutien modéré envers leur enfant. Au niveau des affects positifs, les parents de l'échantillon ont tendance à montrer des affects positifs limités en intensité ou en fréquence, avec beaucoup d'affects neutres et un sentiment de joie tendant à être limité ($M = 4.89$; $ET = 0.76$).

Leurs enfants, quant à eux, présentent des affects positifs modérément élevés ($M = 5.02$; $ET = 0.97$) et semblent également modérément persévérants ($M = 5.97$; $ET = 0.97$) et enthousiastes ($M = 5.41$; $ET = 0.78$). De plus, ils seraient globalement compliants ($M = 1.56$; $ET = 0.98$).

Pour les parents comme pour les enfants, les niveaux d'agression ($M = 1.05$ et $ET = 0.40$ pour les parents ; $M = 1.02$ et $ET = 0.20$ pour les enfants) et de retrait ou désintérêt ($M = 1.09$ et $ET = 0.38$ pour les parents ; $M = 1.04$ et $ET = 0.30$ pour les enfants) sont très faibles. Il en va de même pour l'irritabilité/colère qui, bien que très légèrement plus élevée, reste très faible ($M = 1.30$ et $ET = 0.63$ pour les parents ; $M = 1.43$ et $ET = 0.98$ pour les enfants).

2.2.4 Le comportement de l'enfant (CBCL/1.5-5 et 6-18).

Nous pouvons remarquer que les enfants de notre échantillon ne présentent, en moyenne, pas de problème de comportement. En effet, les scores moyens aux différentes

sous-échelles de la CBCL/1.5-5 et de la CBCL/6-18 ne dépassent pas 0.50. Nous pouvons noter que les scores moyens les plus élevés à la CBCL/1.5-5 se trouvent aux sous-échelles comportements externalisés ($M = 0.49$; $ET = 0.36$), comportements agressifs ($M = 0.49$; $ET = 0.39$) et troubles de l'attention ($M = 0.50$; $ET = 0.40$). La sous-échelle difficultés d'attention de la CBCL/6-18 se trouve également être celle ayant le score moyen le plus élevé ($M = 0.36$; $ET = 0.26$), suivie de l'anxiété/dépression ($M = 0.31$; $ET = 0.25$).

Parmi les scores les plus bas, nous pouvons constater la présence de la sous-échelle plaintes somatiques pour les deux grilles ($M = 0.18$ et $ET = 0.18$ pour la CBCL/1.5-5 ; $M = 0.14$ et $ET = 0.15$ pour la CBCL/6-18) ainsi que de la sous-échelle comportements de retrait de la CBCL/1.5-5 ($M = 0.18$; $ET = 0.26$) et troubles de la pensée de la CBCL/6-18 ($M = 0.14$; $ET = 0.14$).

2.3 Effets de l'âge et du sexe

Nous avons effectué des régressions linéaires et des tests T de Student afin d'étudier l'effet de l'âge et du sexe des parents et de leur enfant sur les différentes variables utilisées.

2.3.1 Effet de l'âge du parent et de l'enfant sur les variables.

Les régressions linéaires effectuées montrent que l'âge du parent expliquerait 7.07 % de la variance des scores de gestion des émotions de son enfant lorsque celui-ci a entre 1.5 et 5 ans ($F_1 = 4.49$; $\beta = -.02$; $R^2 = .0707$; $p = .04$). Il expliquerait également 3.77 % de la variance des scores de retrait/désintérêt du parent à la MCIT ($F_1 = 4.70$; $\beta = .01$; $R^2 = .0377$; $p = .03$). Enfin au niveau des pratiques éducatives parentales, il expliquerait 3.08 % de la variance des scores de pratiques contrôlantes à l'EPEP ($F_1 = 18.15$; $\beta = -.02$; $R^2 = .0308$; $p < .0001$) et 2.10 % de la variance des scores de récompenses matérielles à l'EPEP-PPSF ($F_1 = 28.09$; $\beta = -.03$; $R^2 = .0210$; $p < .0001$).

L'âge de l'enfant, quant à lui, expliquerait 14.62 % de la variance des scores de persévérance des enfants à la MCIT ($F_1 = 20.73$; $\beta = .23$; $R^2 = .1462$; $p < .0001$), 11.99 % de la variance des scores de non-compliance des enfants ($F_1 = 16.49$; $\beta = -.21$; $R^2 = .1199$; $p < .0001$) et 3.57 % de la variance des scores d'agression des parents au même test ($F_1 = 4.48$; $\beta = .05$; $R^2 = .0357$; $p = .04$). Il expliquerait aussi une partie de la variance des scores de différentes sous-échelles de la CBCL/6-18 : 8.41 % de l'anxiété/dépression ($F_1 = 6.52$; $\beta = .08$; $R^2 = .0841$; $p = .01$), 5.95 % des difficultés d'attention ($F_1 = 4.49$; $\beta = -.07$; $R^2 = .0595$; $p = .04$) et 5.55 % des comportements externalisés ($F_1 = 4.17$; $\beta = -.04$; $R^2 = .0555$; $p = .04$).

Notons que seules les régressions significatives dont le pourcentage d'explication de la variance des scores était supérieure à 2 % ont été prises en compte ici. Les résultats complets des régressions réalisées se trouvent en Annexe F.

2.3.2 Effet du sexe du parent et de l'enfant sur les variables.

Des tests *T* de Student nous ont permis de constater que les mères ($M_M = 41.70$; $ET_M = 16.60$) avaient un score total significativement supérieur à celui des pères ($M_P = 38.75$; $ET_P = 13.32$) au CTQ-SF ($t_{306.17} = -3.06$; $p = .002$). Elles auraient également des scores significativement supérieurs à ceux des pères aux sous-échelles d'abus sexuel ($M_M = 6.93$; $ET_M = 4.57$; $M_P = 5.55$; $ET_P = 2.37$; $t_{438.95} = -7.32$; $p < .0001$) et de maltraitance émotionnelle ($M_M =$; $ET_M =$; $M_P =$; $ET_P =$; $t_{296.29} = -4.15$; $p < .0001$).

Il y aurait également des différences significatives entre pères et mères au sein des pratiques éducatives envers les enfants de moins de 6 ans. Plus spécifiquement, les mères utiliseraient plus de pratiques supportives ($M_M = 4.29$; $ET_M = 0.36$; $M_P = 4.16$; $ET_P = 0.39$; $t_{1319} = -3.64$; $p = .0003$), comme l'usage de parentalité positive ($M_M = 4.52$; $ET_M = 0.47$; $M_P = 4.35$; $ET_P = 0.50$; $t_{1319} = -3.85$; $p = .0001$) et de monitoring ($M_M = 4.32$; $ET_M = 0.63$; $M_P = 4.09$; $ET_P = 0.72$; $t_{132.51} = -3.39$; $p = .0009$) que les pères. En revanche, ces derniers utiliseraient significativement plus d'ignorance ($M_M = 1.77$; $ET_M = 0.76$; $M_P = 1.94$; $ET_P = 0.76$; $t_{1319} = 2.39$; $p = .02$) que leur homologues féminins.

Nous avons observé des différences fort similaires entre les pratiques éducatives des pères et des mères d'enfants de 6 ans et plus. En effet, les mères utiliseraient davantage de pratiques supportives ($M_M = 4.10$; $ET_M = 0.39$; $M_P = 3.94$; $ET_P = 0.44$; $t_{575} = -3.32$; $p = .001$), telles que la parentalité positive ($M_M = 4.33$; $ET_M = 0.48$; $M_P = 4.08$; $ET_P = 0.69$; $t_{82.516} = -2.97$; $p = .004$) et le monitoring ($M_M = 3.74$; $ET_M = 0.86$; $M_P = 3.38$; $ET_P = 0.95$; $t_{567} = -3.25$; $p = .001$). Les pères, quant à eux, utilisaient plus de pratiques contrôlantes ($M_M = 2.42$; $ET_M = 0.52$; $M_P = 2.59$; $ET_P = 0.41$; $t_{107.88} = 3.18$; $p = .002$), telles que la discipline ($M_M = 3.07$; $ET_M = 0.89$; $M_P = 3.48$; $ET_P = 0.74$; $t_{104.67} = 4.36$; $p < .0001$) et les punitions sévères ($M_M = 1.43$; $ET_M = 0.62$; $M_P = 1.67$; $ET_P = 0.76$; $t_{86.369} = 2.60$; $p = .01$).

Il semblerait également que les enfants de moins de 6 ans dont le parent participant est la mère aient des scores supérieurs à ceux dont le parent participant est le père à différentes sous-échelles de la CBCL/1.5-5, telles que celles des comportements internalisés ($M_M = 0.28$; $ET_M = 0.25$; $M_P = 0.17$; $ET_P = 0.14$; $t_{49.396} = -2.05$; $p = .04$), comme l'anxiété/dépression ($M_M = 0.31$; $ET_M = 0.36$; $M_P = 0.17$; $ET_P = 0.16$; $t_{56.518} = -2.04$; $p = .04$) et le retrait ($M_M = 0.21$; $ET_M = 0.29$; $M_P = 0.09$; $ET_P = 0.12$; $t_{58.015} = -2.25$; $p = .03$).

Il en va de même pour la sous-échelle de troubles de la pensée de la CBCL/6-18 ($M_M = 0.16$; $ET_M = 0.15$; $M_P = 0.09$; $ET_P = 0.09$; $t_{29.175} = -2.25$; $p = .03$).

Concernant les enfants, les filles de 6 ans et plus ($M_F = 1.84$; $ET_F = 0.86$) verraient davantage leur parent (celui participant à notre étude) utiliser de l'ignorance que les garçons ($M_G = 1.70$; $ET_G = 0.73$; $t_{567.5} = -2.13$; $p = .03$). Aussi, elles auraient des scores de persévérance plus élevés à la MCIT ($M_F = 6.21$; $ET_F = 0.87$; $M_G = 5.68$; $ET_G = 1.02$; $t_{121} = -3.10$; $p = .002$). En revanche, les garçons auraient des scores supérieurs aux sous-échelles de comportements externalisés de la CBCL/1.5-5 ($M_F = 0.38$; $ET_F = 0.23$; $M_G = 0.60$; $ET_G = 0.44$; $t_{45.688} = 2.49$; $p = .02$) comme celles de troubles de l'attention ($M_F = 0.39$; $ET_F = 0.29$; $M_G = 0.61$; $ET_G = 0.47$; $t_{50.269} = 2.14$; $p = .04$) et de comportements agressifs ($M_F = 0.37$; $ET_F = 0.23$; $M_G = 0.60$; $ET_G = 0.47$; $t_{43.699} = 2.44$; $p = .02$), et à la sous-échelle de gestion des émotions ($M_F = 0.28$; $ET_F = 0.28$; $M_G = 0.47$; $ET_G = 0.41$; $t_{53.022} = 2.15$; $p = .04$) du même questionnaire.

2.4 Liens entre les différents types de maltraitance infantile

Des corrélations de Pearson réalisées entre les différentes sous-échelles du CTQ-SF (cf Tableau 2) nous ont appris qu'il existait des corrélations positives significatives entre toutes ces sous-échelles. Les analyses ont notamment mis en évidence de fortes corrélations entre le score total d'une part, et les scores de négligence émotionnelle, de maltraitance émotionnelle, de négligence physique et de maltraitance physique d'autre part, ainsi qu'une corrélation modérée entre le score total et l'abus sexuel.

Tableau 2

Corrélations de Pearson entre les scores aux sous-échelles du CTQ-SF

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	1	2	3	4	5
1. Abus sexuel	2231	6.79	4.42	–	–	–	–	–
2. Négligence émotionnelle	2230	11.29	5.01	.29***	–	–	–	–
3. Maltraitance émotionnelle	2230	9.54	5.09	.39***	.72***	–	–	–
4. Négligence physique	2231	7.30	3.08	.31***	.65***	.60***	–	–
5. Maltraitance physique	2232	6.51	3.36	.45***	.47***	.61***	.53***	–
6. Score total	2227	41.40	16.32	.63***	.83***	.88***	.77***	.76***

*** $p < .0001$.

3. Analyses liées à la question de recherche et à nos hypothèses

3.1 Hypothèses principales

3.1.1 Hypothèse 1 : les pratiques éducatives parentales des parents victimes d'ASI sont associées à des problèmes de comportement chez leur enfant.

3.1.1.1 Liens entre ASI et pratiques éducatives.

Afin de confirmer ou d'infirmer cette première hypothèse, nous regarderons tout d'abord le lien entre le vécu d'abus sexuel infantile (abus sexuel du CTQ-SF) et les pratiques éducatives parentales à l'âge adulte (EPEP-PPSF et EPEP). Pour ce faire, nous utiliserons des corrélations de Pearson, la taille de notre échantillon ($N > 2000$) compensant la distribution non-normale de la grande majorité de nos variables et nous permettant ainsi de réaliser un test paramétrique.

Nous n'avons pu observer aucune corrélation significative entre le score d'abus sexuel et les scores de pratiques supportives de l'EPEP-PPSF et de l'EPEP. Toutefois, en regardant les sous-échelles, nous avons pu constater une corrélation négative entre le score d'abus sexuel et le score de règles de l'EPEP ($r_{2229} = -.13 ; p = .002$).

Le même constat a pu être fait pour les scores de pratiques contrôlantes des deux tests. Certaines pratiques contrôlantes, prises individuellement, seraient néanmoins corrélées positivement de manière significative avec l'abus sexuel, comme la discipline inconsistante ($r_{2229} = .09 ; p = .03$) et les récompenses matérielles ($r_{2229} = .08 ; p = .04$) envers les enfants de 6 ans et plus, alors que d'autres seraient corrélées négativement de manière significative avec lui, comme la discipline des parents avec leur enfant d'âge pré-scolaire ($r_{2229} = -.07 ; p = .007$), ainsi que la discipline ($r_{2229} = -.09 ; p = .03$) et l'utilisation de punitions sévères des parents avec leur enfant d'âge scolaire ($r_{2229} = -.10 ; p = .02$).

Nous avons également regardé le lien entre le vécu de maltraitance infantile de manière plus générale (score total du CTQ-SF) et les pratiques éducatives actuelles (EPEP-PPSF et EPEP). Nous n'avons, ici non plus, pu trouver de corrélations significatives entre le score total au CTQ-SF et les scores de pratiques supportives des deux tests, bien que, plus spécifiquement, il semble exister des corrélations négatives significatives entre le score total au CTQ-SF et les scores de règles de l'EPEP-PPSF ($r_{2229} = -.07 ; p = .01$) et de l'EPEP ($r_{2229} = -.12 ; p = .003$).

En ce qui concerne les pratiques contrôlantes, nous n'avons pas pu observer de corrélations significatives entre le score total au CTQ-SF et celles exercées par les parents d'enfants de moins de 6 ans. Nous pouvons tout de même observer des corrélations positives significatives entre le score total au CTQ-SF et les scores de discipline inconsistante (r_{2229}

= .06 ; $p = .04$) et de récompenses matérielles ($r_{2229} = .06$; $p = .02$), et une corrélation négative significative avec le score de discipline de l'EPEP-PPSF ($r_{2229} = -.06$; $p = .03$).

Chez les parents d'enfants d'âge scolaire, les analyses ont mis en évidence une corrélation positive entre le score total au CTQ-SF et l'usage de pratiques contrôlantes ($r_{2229} = .08$; $p = .04$), notamment de discipline inconsistante ($r_{2229} = .15$; $p = .0003$) et de récompenses matérielles ($r_{2229} = .17$; $p < .0001$).

3.1.1.2 Liens entre pratiques éducatives et comportement de l'enfant.

Nous allons désormais observer les liens entre les pratiques éducatives mentionnées dans la partie précédente et le comportement de l'enfant au travers de corrélations de Pearson (cf Tableaux G1 et G2 en Annexe G pour l'intégralité des résultats).

Si nous nous intéressons aux pratiques éducatives significativement corrélées avec le score d'abus sexuel au CTQ-SF, nous pouvons constater qu'aucun des scores aux sous-échelles de l'EPEP-PPSF concernées n'est significativement corrélé aux scores aux sous-échelles de la CBCL/1.5-5. Au niveau de l'EPEP, nous pouvons noter des corrélations négatives significatives entre certaines pratiques supportives et certains comportements de la CBCL/6-18, comme entre le score de règles et le score de plaintes somatiques ($r_{2229} = -.24$; $p = .04$), mais aussi entre le score de parentalité positive et les scores de comportements délinquants ($r_{2229} = -.24$; $p = .04$).

Nous avons également pu trouver des corrélations positives significatives entre le score de discipline, faisant partie des pratiques contrôlantes de l'EPEP, et le score de comportements délinquants ($r_{2229} = .28$; $p = .02$), faisant partie des comportements externalisés. Le score de discipline inconsistante, lui aussi pratique contrôlante, serait quant à lui corrélé positivement à deux sous-échelles de comportements internalisés : l'anxiété/dépression ($r_{2229} = .24$; $p = .04$) et l'évitement ($r_{2229} = .28$; $p = .02$).

En ce qui concerne les pratiques éducatives corrélées significativement au score total du CTQ-SF, nous n'avons trouvé de corrélations que pour les scores des parents dont l'enfant a 6 ans ou plus. Pour ce groupe, l'utilisation de règles par le parent (pratique supportive) serait corrélée négativement avec le score de plaintes somatiques ($r_{2229} = -.24$; $p = .04$). Le score de pratiques contrôlantes et le score de comportements délinquants, faisant partie des comportements externalisés, seraient corrélés positivement de manière significative ($r_{2229} = .33$; $p = .004$). Le score de discipline inconsistante semble, quant à lui, corrélé positivement aux scores de plusieurs sous-échelles de comportement internalisés : la sous-échelle dépression/anxiété ($r_{2229} = .24$; $p = .04$) et la sous-échelle évitement ($r_{2229} = .28$; $p = .02$).

3.1.1.3 Liens entre ASI, pratiques éducatives et comportement de l'enfant.

Ainsi, il semblerait que l'ASI et le score total au CTQ-SF aient un effet sur certaines pratiques éducatives et que certaines de ces dernières aient un effet sur les comportements de l'enfant. Nous avons donc testé différents modèles de régression linéaire multiple sur base de ces corrélations, mais également sur toutes nos variables en regardant l'effet des pratiques éducatives parentales sur le comportement de l'enfant, ceci en prenant en compte le vécu infantile du parent. Des 462 modèles analysés, 9 se sont révélés significatifs pour l'ASI et 62 pour le score total au CTQ-SF.

Pour les modèles incluant l'ASI, aucun des modèles significatifs ne montre une influence significative de l'ASI comme variable explicative (cf Tableaux G3 et G4 en Annexe G pour les modèles significatifs). Néanmoins, nous pouvons noter que la variance du score de comportements externalisés à la CBCL/1.5-5 semble être expliquée à 10.62 % significativement par les scores de pratiques contrôlantes et d'abus sexuel ($F_2 = 3.45$; $p = .04$; $R^2 = .1062$). Des modèles basés sur nos corrélations, seul le modèle expliquant l'évitement des enfants d'âge scolaire par l'usage de discipline inconsistante et une expérience d'ASI du parent s'est montré significatif, expliquant 10.03 % de la variance de l'évitement ($F_2 = 3.90$; $p = .02$; $R^2 = .1003$).

Pour les modèles incluant le score total au CTQ-SF, une grande quantité se sont montrés significatifs, tant au niveau du modèle en lui-même que de l'influence du score total au CTQ-SF (ces derniers sont rapportés dans les Tableaux G5 et G6 de l'Annexe G). Pour les enfants de moins de 6 ans, nous pouvons remarquer que le score total au CTQ et les pratiques contrôlantes du parent expliqueraient 12.25 % de la variance des scores de comportements internalisés de l'enfant ($F_2 = 4.05$; $p = .02$; $R^2 = .1225$) mais aussi 18.06 % des scores de comportements externalisés ($F_2 = 6.39$; $p = .0031$; $R^2 = .1806$). Le score total au CTQ-SF et les pratiques supportives des parents expliqueraient, quant à eux, 11.87 % de la variance des scores de comportements externalisés ($F_2 = 3.91$; $p = .03$; $R^2 = .1187$).

Si nous regardons les modèles construits sur base des corrélations aux étapes précédentes, nous pouvons constater que le score total au CTQ-SF et le score de discipline inconsistante expliqueraient 14.71 % de la variance des scores d'évitement ($F_2 = 6.04$; $p = .004$; $R^2 = .1417$) et 08.62 % de la variance des scores d'anxiété/dépression ($F_2 = 3.30$; $p = .04$; $R^2 = .0862$) des enfants de 6 ans et plus.

Ainsi, à la lumière de ces analyses, nous pouvons dire que, bien qu'il existe des liens entre l'expérience d'un ASI et les scores à certaines échelles de l'EPEP qui semblent

influencer les comportements de l'enfant, l'ASI ne semble pas avoir une influence réellement significative sur ces comportements.

En revanche, un vécu plus général de maltraitance infantile semble avoir un impact plus large sur les pratiques éducatives et le comportement de l'enfant :

- associé à l'usage de pratiques contrôlantes, ce vécu influencerait les comportements internalisés et externalisés de l'enfant de moins de 6 ans,
- associé à l'usage de pratiques supportives, il influencerait les comportements externalisés d'un enfant du même âge, et
- associé à l'usage de discipline inconsistante, il influencerait l'évitement et l'anxiété/dépression des enfants de 6 ans et plus.

Notre hypothèse se trouve ainsi infirmée.

3.1.2 Hypothèse 2 : les interactions parent-enfant des parents victimes d'ASI sont corrélées à des problèmes de comportements chez leur enfant.

Pour confirmer ou infirmer notre deuxième hypothèse, nous ne pouvons utiliser que les données de l'échantillon A ($N = 136$), qui, comme celles de l'échantillon D, ne sont majoritairement pas distribuées normalement (cf Annexe H pour les variables distribuées normalement). Nous devons ainsi utiliser ici des tests non-paramétriques.

3.1.2.1 Liens entre ASI et interactions parent-enfant.

Nous avons tout d'abord observé le lien entre le vécu d'ASI (puis le score total au CTQ-SF) et les interactions parent-enfant (MCIT) via des corrélations de Spearman. Cette première série d'analyses nous a permis de constater des corrélations positives significatives entre le score d'abus sexuel et les scores de sensibilités comportementale ($r_{s\ 134} = .23$; $p = .009$) et émotionnelle du parent ($r_{s\ 134} = .30$; $p = .0009$), ainsi qu'entre le score total au CTQ-SF et le score de sensibilité émotionnelle ($r_{s\ 134} = .24$; $p = .007$).

3.1.2.2 Liens entre interactions parent-enfant et comportement de l'enfant.

Nous avons ensuite regardé les relations des interactions parent-enfant (MCIT) ayant un lien significatif avec les scores d'abus sexuel et total au CTQ-SF du parent et les différents comportements de l'enfant (CBCL), utilisant ici aussi des corrélations de Spearman (cf Tableaux I1 et I2 de l'Annexe I pour l'intégralité des corrélations réalisées).

Bien que le score de sensibilité comportementale ne semble pas significativement relié au comportement de l'enfant, indépendamment de son âge, les analyses ont mis en

évidence des corrélations significatives pour le score de sensibilité émotionnelle. En effet, la sensibilité émotionnelle du parent serait corrélée négativement de manière significative au score total de la CBCL pour les enfants de 6 ans et plus ($r_{s\ 134} = -.28 ; p = .02$), mais aussi à la sous-échelle de comportements externalisés ($r_{s\ 134} = -.25 ; p = .04$) et à la sous-échelle de difficultés sociales ($r_{s\ 134} = -.33 ; p = .006$) de la même grille.

3.1.2.3 Liens entre ASI, interactions parent-enfant et comportement de l'enfant.

Dans un premier temps, nous avons observé des liens entre l'ASI du parent et certaines de ses interactions avec son enfant – disponibilités comportementale et émotionnelle. Puis, nous avons également observé des liens entre cette sensibilité émotionnelle et certains comportements de l'enfant de 6 ans et plus. Nous avons ainsi décidé de tester différents modèles de régression linéaire multiple sur base de ces éléments, mais aucun modèle ne s'est révélé significatif. Nous avons également testé des modèles de régression utilisant toutes nos variables afin de regarder l'effet des interactions parent-enfant sur le comportement de l'enfant, tout en prenant en compte le vécu d'ASI du parent. Ces analyses ont mis en évidence 11 modèles significatifs pour lesquels l'effet de l'abus sexuel en tant que variable explicative n'est toutefois pas significatif (cf Tableaux I3 et I4 de l'Annexe I pour les modèles mentionnés).

En ce qui concerne le vécu de maltraitance infantile général du parent, aucun des modèles basés sur les corrélations réalisées dans les premières étapes de nos analyses ne s'est montré significatif. Néanmoins, nous avons par la suite testé des modèles de régression linéaire multiple expliquant le comportement de l'enfant par ses interactions avec son parent et le vécu infantile de ce dernier en utilisant toutes nos variables. De nombreux modèles se sont alors montrés significatifs, dont beaucoup semblent également avoir une influence significative du score total au CTQ-SF au sein du modèle. Les résultats des analyses incluant tous les modèles significatifs de régression linéaire multiple se trouvent en Annexe I (Tableaux I5 et I6). Ces analyses ont mis en évidence des modèles expliquant partiellement le score de comportements externalisés de l'enfant de moins de 6 ans par le score total au CTQ-SF du parent et certains scores de la grille parent de la MCIT, comme la sensibilité comportementale ($F_2 = 3.37 ; p = .04 ; R^2 = .1147$), et les affects positifs ($F_2 = 3.30 ; p = .04 ; R^2 = .1126$).

D'autres modèles expliqueraient une partie du score de comportements internalisés de l'enfant par le vécu global de maltraitance infantile du parent et certains comportements interactifs parentaux. Ainsi, chez les enfants de moins de 6 ans, couplés au score total au CTQ-SF, la sensibilité émotionnelle expliquerait 11.30 % ($F_2 = 3.31 ; p = .04 ; R^2 = .1130$) de la variance du score de comportements internalisés, les affects positifs en expliqueraient

12.03 % ($F_2 = 3.56$; $p = .04$; $R^2 = .1203$), et le retrait/désintérêt, 11.74 % ($F_2 = 3.46$; $p = .04$; $R^2 = .1174$). Chez les enfants de 6 ans et plus, la sensibilité émotionnelle en expliquerait 12.50 % ($F_2 = 4.50$; $p = .01$; $R^2 = .1250$), les affects positifs, 12.14 % ($F_2 = 4.35$; $p = .02$; $R^2 = .1214$), et l'agressivité, 12.52 % ($F_2 = 4.51$; $p = .01$; $R^2 = .1252$).

Notons que seuls les modèles concernant les enfants de 6 ans et plus ont montré une influence significative des deux variables explicatives concernées (score total au CTQ et score du parent à la MCIT).

À la lumière de ces analyses, il semblerait que le vécu d'ASI du parent n'ait pas d'influence significative dans la relation entre ses interactions avec son enfant et les problèmes comportementaux de ce dernier, bien qu'il semble entretenir une relation avec quelques comportements interactifs parentaux.

En revanche, des expériences de maltraitance infantile plus générales chez le parent semblent avoir un rôle significatif lorsqu'elles sont couplées à des interactions parent-enfant, dans l'explication des problèmes comportementaux de l'enfant :

- associées à la sensibilité émotionnelle ou aux affects positifs du parent, elles influenceraient les comportements externalisés des enfants de moins de 6 ans et les comportements internalisés des enfants de tout âge,
- associées aux retrait/désintérêt parental, elles influenceraient les comportements internalisés des enfants de moins de 6 ans, et
- associées à l'agressivité du parent, elles influenceraient les comportements internalisés des enfants de 6 ans et plus.

Notre seconde hypothèse est donc infirmée.

3.2 Hypothèses secondaires

Dans le but de confirmer ou d'infirmer nos trois hypothèses secondaires, nous avons tout d'abord voulu observer, pour chacune d'entre elles, s'il y avait des différences significatives entre les moyennes des hommes et des femmes de notre l'échantillon en regard des pratiques éducatives choisies. Nous avons donc réalisé des tests *T* de Student sur tous les participants de l'échantillon D en prenant en compte les scores des parents à différentes sous-échelles de l'EPEP et de l'EPEP-PPSF, la taille de l'échantillon compensant pour la non-normalité de la distribution des variables.

Nous avons ensuite voulu voir s'il existait des différences entre pères et mères de même vécu infantile. Pour ce faire, nous avons utilisé un test non-paramétrique, le test *U* de Mann-

Whitney, sur les différents groupes de l'échantillon D (ASI, ASI avec MI, ASI sans MI, MI et tout-venant), la distribution des variables étant non-normale et le nombre de participants dans chacun de ces groupes étant trop faible pour pouvoir réaliser un test paramétrique.

Nous nous sommes également demandé s'il existait des différences significatives pour les pratiques éducatives concernées entre les parents de même sexe en fonction de leur groupe. Nous avons donc réalisé des tests de Kruskal-Wallis.

Enfin, nous avons réalisé des ANOVA doubles croisées afin de voir si les pratiques éducatives des parents pouvaient être expliquées par leur sexe et leur vécu infantile, et s'il y avait une interaction entre ces deux derniers facteurs. Notons toutefois qu'il nous faut rester prudent dans l'interprétation de ce dernier test en raison de la petite taille des groupes comparés et de la non-normalité des variables.

3.2.1 Hypothèse 3 : les pères victimes d'ASI font moins usage de discipline physique que les mères victimes d'ASI.

Suivant la méthodologie d'analyse énoncée pour ces hypothèses secondaires, nous avons réalisé des tests T de Student sur la totalité de l'échantillon D afin de comparer les scores moyens des pères et des mères aux sous-échelles de punitions sévères (punitions corporelles, blâmer verbalement l'enfant) de l'EPEP et de l'EPEP-PPSF. Ces tests ont montré que les pères et les mères d'enfants de moins de 6 ans ne présenteraient pas de différences significatives dans leur usage de punitions sévères ($M_M = 1.44$; $ET_M = 0.64$; $M_P = 1.46$; $ET_P = 0.69$; $t_{1319} = 0.32$; $p = .75$), mais que les pères d'enfants de 6 ans et plus utiliseraient significativement plus de punitions sévères que leurs équivalents féminins ($M_M = 1.43$; $ET_M = 0.62$; $M_P = 1.67$; $ET_P = 0.76$; $t_{86,37} = 2.60$; $p = .01$).

Les tests U de Mann-Whitney que nous avons ensuite effectués ont mis en évidence que les pères du groupe tout-venant ($Me = 1.67$) dont l'enfant avait 6 ans ou plus utiliseraient significativement plus de punitions sévères que les mères ($Me = 1.00$) du même groupe ($U = 2.58$; $p = .01$).

Nous avons ensuite réalisé des tests de Kruskal-Wallis pour savoir s'il existait des différences d'utilisation de punitions sévères chez les parents du même sexe en fonction de leur vécu pendant l'enfance, mais ils se sont tous révélés non-significatifs.

Enfin, les ANOVA doubles croisées que nous avons effectuées semblent indiquer qu'un seul modèle est significatif : celui expliquant l'utilisation de punitions sévères des parents d'un enfant de 6 ans ou plus par le sexe du parent et son vécu infantile ($F_7 = 2.12$; $p = .04$; $R^2 = .0253$; cf Annexe J pour les résultats complets). Cependant, dans ce modèle, seul

le sexe du parent aurait un effet significatif sur l'utilisation de punitions sévères ($F_1 = 9.06$; $p = .003$). Les tests post-hocs HSD de Tukey ont révélé que la moyenne des pères ($M_P = 1.67$; $ET_P = 0.76$) était significativement supérieure à celle des mères ($M_M = 1.43$; $ET_M = 0.62$).

Ainsi, il semblerait que si l'on tient compte de l'ASI ou d'un vécu de maltraitance infantile, les pères semblent utiliser autant de punitions sévères que les mères, a contrario des tout-venant parents d'un enfant de 6 ans ou plus, chez qui les pères utiliseraient significativement plus de punitions sévères que les mères (bien que ce résultat soit discutable en raison de l'absence de différences de score significatives entre les pères et entre les mères des différents groupes). Notre hypothèse est donc infirmée.

3.2.2 Hypothèse 4 : les pères victimes d'ASI font preuve de plus de retrait relationnel et/ou de désintérêt et de moins de sensibilité émotionnelle envers leur enfant que les mères.

En premier lieu, nous avons réalisé des tests T de Student sur la totalité de l'échantillon D en prenant en compte les scores des parents aux sous-échelles de parentalité positive (temps pris par le parent pour son enfant) et de monitoring (supervision par le parent des activités de son enfant) de l'EPEP et de l'EPEP-PPSF. Ces tests ont montré que les pères utiliseraient significativement moins de parentalité positive que les mères, que leur enfant ait moins de 6 ans ($M_M = 4.52$; $ET_M = 0.47$; $M_P = 4.35$; $ET_P = 0.50$; $t_{1319} = -3.85$ et $p = .0001$) ou qu'il ait 6 ans ou plus ($M_M = 4.33$; $ET_M = 0.48$; $M_P = 4.08$; $ET_P = 0.69$; $t_{825.96} = -2.97$; $p = .004$). Ils ont également mis en évidence que les pères faisaient significativement moins usage de monitoring que leurs homologues féminins, que leur enfant soit d'âge pré-scolaire ($M_M = 4.32$; $ET_M = 0.63$; $M_P = 4.09$; $ET_P = 0.72$; $t_{132.51} = -3.39$; $p = .0009$) ou scolaire ($M_M = 3.74$; $ET_M = 0.86$; $M_P = 3.38$; $ET_P = 0.95$; $t_{567} = -3.25$; $p = .001$).

Nous avons ensuite effectué des tests U de Mann-Whitney sur les différents groupes de l'échantillon D. Ils ont mis en évidence que les pères du groupe ASI dont l'enfant a moins de 6 ans faisaient significativement moins usage de parentalité positive que leurs homologues féminins du même groupe ($Me_M = 4.60$; $Me_P = 4.30$; $U = -2.34$; $p = .02$). Ils utiliseraient également moins de monitoring que les mères avec le même vécu infantile ($Me_M = 4.50$; $Me_P = 4.40$; $U = -1.99$; $p = .04$). Nous pouvons émettre la même observation pour la parentalité positive entre les pères du groupe ASI avec MI dont l'enfant a moins de 6 ans et les mères du même groupe ($Me_M = 4.60$; $Me_P = 3.80$; $U = -2.11$; $p = .03$).

Dans le groupe tout-venant, les pères dont l'enfant a moins de 6 ans feraient eux aussi significativement moins usage de parentalité positive que les mères du même groupe ($Me_M = 4.60$; $Me_P = 4.40$; $U = -3.42$; $p = .0006$). La même chose peut être constatée pour les pères et mères du même groupe dont l'enfant a 6 ans ou plus ($Me_M = 4.50$; $Me_P = 4.13$; $U = -3.23$; $p = .001$). Dans ce groupe, les pères utiliseraient également moins de monitoring que les mères, que leur enfant ait moins de 6 ans ($Me_M = 4.50$; $Me_P = 4.25$; $U = -2.47$; $p = .01$) ou 6 ans ou plus ($Me_M = 3.75$; $Me_P = 3.29$; $U = -2.61$; $p = .009$).

Nous avons également réalisé des tests de Kruskal-Wallis pour savoir s'il existait des différences entre les scores aux sous-échelles de parentalité positive et de monitoring des mères, ainsi qu'entre ceux des pères. Ces tests n'ont révélé aucune différence significative.

Enfin, les ANOVA doubles croisées que nous avons effectuées semblent indiquer que tous les modèles sont significatifs, mais que seul le sexe du parent aurait une influence significative. Il existe toutefois une exception pour le modèle expliquant la parentalité positive des parents dont l'enfant a moins de 6 ans, pour lequel le croisement du sexe du parent et du groupe définissant son vécu infantile est lui aussi significatif (cf Tableau 3 pour les résultats significatifs et Annexe K pour l'intégralité des résultats). Les tests post-hocs HSD de Tukey, néanmoins, ne trouvent que des scores moins élevés de parentalité positive et de monitoring chez les pères, et pas de différence entre les groupes.

Tableau 3

ANOVA doubles croisées de la parentalité positive et du monitoring

	<i>M (ET)</i>		<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R²</i>
	<i>Pères</i>	<i>Mères</i>				
Enfants de moins de 6 ans						
Parentalité positive	4.35 (0.50)	4.52 (0.47)	3.37	7	.001	.0177
Sexe			14.78	1	.0001	
Sexe*Groupe			2.87	3	.04	
Monitoring	4.09 (0.72)	4.32 (0.63)	3.48	7	.001	.0182
Sexe			14.73	1	.0002	
Enfants de 6 ans et plus						
Parentalité positive	4.08 (0.69)	4.33 (0.48)	2.71	7	.009	.0257
Sexe			14.73	1	.0001	
Monitoring	3.38(0.95)	3.74 (0.86)	2.11	7	.04	.0257
Sexe			10.41	1	.001	

Ainsi, bien que les pères de notre échantillon et les tout-venant semblent utiliser moins de parentalité positive et de monitoring quel que soit l'âge de leur enfant, parmi les victimes d'ASI, cela semble seulement être le cas des pères ayant un enfant de moins de 6 ans. Plus spécifiquement, les pères victimes d'ASI avec MI sembleraient seulement avoir moins recours au monitoring que les mères. Notre hypothèse est donc partiellement confirmée.

3.2.3 Hypothèse 5 : les interactions entre mères victimes d'ASI et enfant sont plus hostiles et agressives que celles des pères victimes d'ASI et de leur enfant.

Nous avons tout d'abord réalisé des tests *T* de Student sur la totalité de l'échantillon D sur le score d'ignorance (ignorer son enfant quand il a un comportement inadéquat) de l'EPEP et de l'EPEP-PPSF. Ils ont mis en évidence que les mères d'enfants de moins de 6 ans utiliseraient significativement moins d'ignorance dans leurs pratiques éducatives que les pères ($M_M = 1.44$; $ET_M = 0.64$; $M_P = 1.46$; $ET_P = 0.69$; $t_{1319} = 2.39$; $p = .02$).

Des tests *U* de Mann-Whitney effectués sur les différents groupes de l'échantillon D nous ont appris que les mères de différents groupes dont l'enfant avait moins de 6 ans utilisaient moins d'ignorance que leurs équivalents masculins (cf Tableau 4).

Tableau 4

Utilisation d'ignorance en fonction du sexe et du vécu infantile du parent d'un enfant de moins de 6 ans

Groupes	Hommes	Femmes	<i>U</i>
	<i>Me (ET)</i>	<i>Me (ET)</i>	
ASI	2.30 (0.66)	1.60 (0.77)	2.93**
ASI avec MI	2.10 (1.09)	1.40 (0.78)	1.72
ASI sans MI	2.30 (0.41)	1.60 (0.76)	2.36*
MI	1.60 (0.85)	1.80 (0.79)	-0.58
Tout-venant	1.80 (0.75)	1.60 (0.75)	2.39*

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

Nous avons également réalisé des tests de Kruskal-Wallis pour savoir s'il existait des différences entre les scores aux sous-échelles d'ignorance des mères et entre ceux des pères, cependant, ils se sont révélés non-significatifs.

Enfin, les ANOVA doubles croisées que nous avons effectuées semblent indiquer qu'un seul modèle est significatif : celui expliquant l'utilisation d'ignorance des parents d'un enfant de moins de 6 ans par le sexe du parent et son vécu infantile ($F_7 = 2.04$; $p = .04$; $R^2 = .0108$). Cependant, seul le sexe du parent aurait un effet significatif sur l'utilisation de

punitions sévères dans ce modèle ($F_1 = 5.69$; $p = .02$). Les tests post-hoc HSD de Tukey ont ainsi révélé que la moyenne des pères ($M_P = 1.46$; $ET_P = 0.69$) serait significativement supérieure à celle des mères ($M_M = 1.44$; $ET_M = 0.64$).

À la lumière de ces analyses, nous pouvons dire que si l'on prend l'expérience d'ASI en compte – notamment si accompagnée de maltraitance infantile –, seules les mères dont l'enfant a moins de 6 ans ont tendance à utiliser moins d'ignorance que les pères du même groupe. Cette relation est fort similaire à ce que nous pouvons trouver dans la totalité de notre échantillon et dans le groupe tout-venant. Notre hypothèse se voit donc infirmée.

Discussion

Le présent mémoire avait pour but d'étudier le lien entre les pratiques éducatives et les interactions parent/enfant des parents ayant subi un ASI et le comportement de leur enfant, tout en développant une analyse autour des différences entre pères et mères ayant ce type de vécu. En effet, après avoir constaté que peu d'études traitaient de ce sujet et considéraient l'expérience des pères, nous avons décidé d'étudier le transgénérationnel au sein de la maltraitance infantile – et plus spécifiquement, de l'ASI – en allant au-delà de la classique reproduction (e.g., Bartlett et al., 2017 ; Madigan et al., 2019) et en prenant en compte l'impact d'une telle expérience infantile sur la parentalité de la victime tout en considérant son sexe, d'éventuelles autres expériences de maltraitance infantile et en utilisant une méthode d'investigation à la fois auto- et hétéro-évaluative. Les prochains paragraphes seront ainsi dédiés à la discussion de nos résultats hypothèse par hypothèse, des forces et faiblesses qu'a pu présenter notre recherche et de ses implications.

1. Commentaires

1.1 Hypothèses principales

1.1.1 Hypothèse 1.

Selon les analyses que nous avons réalisées pour cette première hypothèse, l'ASI ne semble pas être une expérience infantile ayant un impact significatif sur les relations entre pratiques éducatives et comportement de l'enfant.

De manière plus spécifique, nous avons tout-de-même pu constater que l'ASI était corrélé positivement avec l'utilisation de discipline inconsistante et de récompenses matérielles, et négativement avec l'utilisation de règles et de punitions sévères (chez les parents d'enfants d'âge scolaire) et de discipline (chez tous les parents). Cela rejoint ce que

rappellent Ruscio (2001) et Bryson (2007) sur les pratiques parentales plus permissives des victimes d'ASI, possiblement nées d'une volonté de ces dernières de ne surtout pas reproduire avec leur enfant ce qu'elles ont subi étant plus jeunes. Toutefois, nos résultats s'opposent à d'autres auteurs trouvant une discipline plus sévère chez les victimes d'ASI (e.g., Armsworth & Stronck, 1999 ; L. R. Cohen et al., 2008). Plusieurs éléments peuvent expliquer cela. Tout d'abord, beaucoup d'études que nous avons utilisées pour construire notre hypothèse étaient uniquement basées sur des échantillons de femmes (e.g., Cole et al., 1992 ; DiLillo & Damashek, 2003). Notre recherche révèle ainsi que la parentalité des victimes d'ASI, quand prise sans différenciation de sexe, ne s'orienterait pas vers la sévérité. Les études futures devraient tenter de comparer plus amplement la parentalité des mères victimes d'ASI à celle des pères de même vécu. Une autre explication à ce résultat pourrait se trouver dans le fait que dans notre échantillon, contrairement à beaucoup d'études citées dans notre revue de la littérature (e.g., Banyard, 1997 ; Cross et al., 2016), les familles à bas revenus et/ou monoparentales ne représentent qu'une minorité de participants (< 15 % chacune). Un niveau de revenus plus élevé est associé à une augmentation des ressources disponibles et le soutien d'un co-parent, à une parentalité plus positive (Cummings & Davies, 2010 ; McCoy et al., 2013), tandis qu'un faible niveau de revenus et la monoparentalité sont des facteurs de risque de la maltraitance physique (Black et al., 2001 ; St-Laurent et al., 2019). D'autres spécificités en lien avec la discipline physique seront évoquées dans la discussion de l'hypothèse 3 (p.59).

Nous avons également pu observer dans notre échantillon que, de manière cohérente avec ce qui a déjà été vu dans la littérature, il existerait un lien entre des pratiques éducatives plus contrôlantes pouvant être utilisées par les parents ayant vécu un ASI, comme la discipline inconsistante (Bryson, 2007 ; Cole et al., 1992 ; Ruscio, 2001), et des comportements internalisés comme l'anxiété, la dépression et l'évitement (Aunola & Nurmi, 2005 ; Madhlopa et al., 2020).

Enfin, nous avons pu constater qu'associé à des pratiques éducatives, un vécu plus global de maltraitance dans l'enfance expliquait non seulement davantage certains comportements de l'enfant qu'un vécu d'ASI, mais aussi que cet ASI n'avait d'influence significative en combinaison avec aucune des pratiques éducatives. Cela semble confirmer que l'ASI constitue un vécu infantile différent des autres types de maltraitance en ce qu'il influencerait la parentalité de la victime et le comportement de son enfant avant tout au travers d'autres facteurs, comme pourrait l'être la santé mentale du parent (Cooke et al., 2019 ; Greene et al., 2020 ; Michl-Petzing et al., 2019). Nos résultats se montrent cohérents

avec ceux de nombreuses études mettant en lumière l'impact de la quantité et de la sévérité des actes de maltraitance infantile subis sur la vie adulte et la parentalité de la victime (Bartlett et al., 2017 ; Bert et al., 2009 ; McDonald et al., 2019).

1.1.2 Hypothèse 2.

Dans notre échantillon, l'ASI ne semble pas non plus avoir eu d'impact sur la relation entre les comportements du parent dans ses interactions avec son enfant et les problèmes comportementaux de ce dernier.

Cependant, nos analyses ont tout d'abord révélé que plus l'ASI était sévère et plus les parents se rendaient disponibles émotionnellement et comportementalement pour leur enfant. Cette divergence avec la littérature pourrait résider dans une inégalité des impacts entre les ASI de différents types. En effet, plusieurs études remarquent que les mères ayant subi un ASI par leur père (Cole et al., 1992 ; Cole & Woolger, 1989) ou par un autre membre de leur famille (Burkett, 1991) ont tendance à faire moins preuve de disponibilités comportementale et émotionnelle que les mères n'ayant pas subi d'ASI ou encore que celles ayant subi un ASI extra-familial. Or, dans l'échantillon que nous avons utilisé pour cette hypothèse, seulement la moitié des participants du groupe ASI aurait subi un abus sexuel intra-familial, parmi lesquels aucun abus par un membre de la famille nucléaire n'a été rapporté. Nous pouvons ainsi nous demander si la plus grande empathie que Marcenko et al. (2000) perçoivent chez les mères victimes d'ASI ne serait pas à l'origine d'une plus grande attention donnée aux besoins émotionnels et instrumentaux de leur enfant. Concernant les pères, nous ne pouvons pas nous prononcer car nous n'avons pu en dénombrer qu'un qui aurait subi un ASI dans l'échantillon concerné ici.

Nos analyses ont également révélé que plus le vécu général de maltraitance infantile était important et plus les parents en ayant été victimes faisaient preuve de sensibilité émotionnelle. Selon Pelchat et al. (2003), la sensibilité – comportementale et émotionnelle – des mères serait mieux prédite par leur niveau d'éducation et le revenu de leur ménage, indépendamment de leurs perceptions de leurs expériences relationnelles précoces (soin, contrôle psychologique et encouragement à l'autonomie). Cela semble correspondre à ce que nous trouvons dans notre échantillon en ce que, d'une part, les femmes sont beaucoup plus représentées que les hommes dans nos groupes ASI et MI (> 80 %), et d'autre part, une majorité de participants a poursuivi son enseignement jusque dans le supérieur et déclare que le revenu de son ménage est supérieur ou égal à 40 000€/an.

L'absence de lien entre le vécu infantile du parent et les autres dimensions de la MCIT, s'opposant à ce que nous pouvons trouver dans la littérature en termes de retrait, d'agressivité ou encore de chaleur (e.g., Barrett, 2009 ; Cross et al., 2016 ; Newcomb & Locke, 2001), pourrait s'expliquer par la petite taille de notre échantillon, mais aussi par l'utilisation d'une méthodologie différente. En effet, nous avons utilisé une mesure hétéro-évaluative (la MCIT), contrairement à la majorité des études qui utilisent des mesures auto-rapportées (e.g., Barrett, 2009 ; Bert et al., 2009 ; Newcomb & Locke, 2001). Alors que ces dernières traduisent une réalité plus subjective de la parentalité du parent abusé sexuellement dans l'enfance, les mesures hétéro-rapportées tendent à se montrer plus objectives. Or, plusieurs études ont montré que les parents ayant un vécu infantile d'adversité avait une perception plus négative de leur parentalité que ce qu'elle n'était en réalité (e.g., Cooke et al., 2021 ; Fitzgerald et al., 2005 ; Ruscio, 2001).

De manière cohérente avec ce qui a déjà été démontré dans la littérature, nous avons aussi pu constater un lien entre disponibilité émotionnelle et problèmes de comportements externalisés ou difficultés sociales (e.g., Derella et al., 2020 ; Romano et al., 2005).

Malgré ces corrélations, combiné aux sensibilités comportementale et émotionnelle, un vécu d'ASI ne semble pas pouvoir expliquer de manière significative les problèmes de comportements de l'enfant. Comme il était déjà le cas pour notre première hypothèse, une expérience plus générale de maltraitance infantile semble avoir un impact plus appuyé sur la parentalité de l'individu qu'un ASI. Notamment, les comportements externalisés de l'enfant d'âge pré-scolaire pourraient partiellement s'expliquer par une combinaison du vécu de maltraitance de son parent et de comportements parentaux tels que la sensibilité comportementale ou les affects positifs. Les comportements internalisés, quant à eux, pourraient partiellement s'expliquer par une association du vécu de maltraitance du parent et de comportements parentaux tels que la sensibilité émotionnelle ou les affects positifs pour les enfants de tous âges, ou encore le retrait pour les enfants d'âge pré-scolaire ou l'agressivité pour les enfants d'âge scolaire.

Tout d'abord, concernant cette différence de significativité de l'impact entre ASI et vécu général de maltraitance, nous ne saurions y trouver d'autre justification que ce que nous avons évoqué dans la discussion de notre première hypothèse. Ensuite, nous pouvons noter que nos résultats semblent en accord avec la littérature (e.g., Bosquet Enlow et al., 2018 ; Cooke et al., 2021 ; Romano et al., 2005 ; Wind & Silvern, 1994), venant soutenir qu'un vécu de maltraitance infantile serait un facteur de risque dans le développement de problèmes de comportements chez l'enfant lorsque combiné à certains comportements interactifs

parentaux. Cependant, deux points sont à considérer avec attention. Premièrement, même associés, vécu de maltraitance infantile et comportements parentaux n'expliquent pas la totalité des problèmes de comportements de l'enfant (< 30 %) : de nombreux autres facteurs, comme le tempérament de l'enfant, la santé mentale du parent ou encore une combinaison de plusieurs comportements interactifs parentaux jouent eux aussi un rôle dans le développement de tels comportements chez l'enfant (e.g., Haslam et al., 2020 ; Huey & Weisz, 1997 ; Mak et al., 2020). Deuxièmement, il nous faut considérer la possibilité que le nombre de participants concernés était trop petit et que nos résultats ne se sont, par conséquent, pas montrés pleinement représentatifs de cette population.

1.2 Hypothèses secondaires

1.2.1 Hypothèse 3.

Nous n'avons observé aucune différence significative d'utilisation de discipline physique entre pères et mères ayant un vécu de maltraitance infantile (ASI ou non) et/ou un enfant d'âge pré-scolaire alors que, de manière globale, les pères d'un enfant d'âge scolaire – et notamment les tout-venant – semblent utiliser ce genre de pratiques plus que les mères.

Comme évoqué dans notre revue de la littérature, il ne semble pas y avoir de consensus vis-à-vis de l'usage de discipline physique chez les parents victimes d'ASI. Dans notre échantillon, nous pouvons constater qu'aucune différence d'utilisation de cette pratique n'a été trouvée entre les mères de différents vécus infantiles, venant ainsi contredire l'étude de Kim et al. (2010) selon laquelle les mères victimes d'ASI utiliseraient moins de discipline punitive que leurs pairs. Néanmoins, il est important de noter que dans leur recherche, les tailles d'effets sont modestes et l'ASI ne concerne que les actes de pénétration ou de contact génital, ce qui représente une population moins large que celle que nous prenons en compte. Nos résultats seraient dès lors plus en accord avec ceux de Barrett (2009), qui mettent en lumière l'impact du statut socio-économique de la mère sur le lien entre son expérience d'ASI et son utilisation de punitions corporelles.

En ce qui concerne les pères, face à l'absence d'investigation dans la littérature, nous sommes principalement basés sur la comparaison entre les études faites sur les mères victimes d'ASI et le mémoire de Vasconcelos (2007) sur les pères et mères ayant ce même vécu pour dresser notre hypothèse. Il semblerait que l'on puisse retrouver, chez les pères victimes d'ASI de notre échantillon, quelque chose de similaire à ce que nous avons pu constater chez les mères. Notre divergence avec les résultats de Vasconcelos (2007) pourrait, quant à elle, notamment s'expliquer par une différence de caractérisation et de mesure de la

discipline physique et des punitions corporelles. En effet, alors que l'EPEP-PPSF et l'EPEP ne prennent en compte que les claques et les fessées, Vasconcelos utilise une version modifiée de la Conflict Tactics Scale – Parent-Child (Straus et al., 1998) qui considère comme forme modérée de conflit physique les claques et les fessées, mais aussi d'autres actes comme le fait de pousser, bousculer ou encore frapper son enfant. Si notre réflexion s'avère correcte, cela signifierait que les pères et mères victimes d'ASI utiliseraient autant de formes de punitions corporelles légères (claques et fessées) et sévères (e.g., battre, étrangler, brûler) l'un que l'autre, alors que les mères feraient plus usage des formes modérées (e.g., pousser, bousculer) que leurs homologues masculins.

Une autre explication possible à cette différence de résultats pourrait être que notre recherche se focalise sur la parentalité actuelle de parents dont un enfant a entre 3 et 8 ans, alors que celle de Vasconcelos ne présente pas de restriction d'âge pour l'enfant. Les parents participants, âgés de 39 ans ou plus, pouvaient dès lors répondre de manière rétrospective, ce qui a pu altérer ses résultats.

Nos analyses ont aussi révélé qu'une association entre le sexe du parent d'un enfant d'âge scolaire et son vécu infantile pouvait expliquer son usage de discipline physique, bien que la taille d'effet soit modeste. Tandis que le vécu infantile ne semble en réalité pas avoir d'influence significative ici, nous avons pu constater que les pères tout-venant d'enfants de 6 ans ou plus utilisaient davantage de discipline physique que leurs équivalents féminins. Il s'agit là d'un élément fort surprenant, car de nombreuses études pointent vers une tendance moins prononcée des pères à avoir recours à des actes de discipline physique ou bien vers une absence de différence entre pères et mères à cet égard dans la population générale (Lansford et al., 2010 ; Mehlhausen-Hassoen, 2021 ; Nobes & Smith, 2000) – ce qui est cohérent avec nos résultats pour les parents d'âge pré-scolaire. Une particularité de notre échantillon qui nous échappe, peut-être due à la distribution non-normale de nos variables, a pu entrer en jeu ici et biaiser nos résultats pour les parents d'un enfant d'âge scolaire. Une autre explication possible pourrait se trouver dans le fait que les pères sont plus susceptibles d'être responsables d'un usage de discipline physique plus sévère que les mères (Nobes & Smith, 2000 ; McKee et al., 2007). Ainsi, nous pourrions nous imaginer que leur score plus élevé soit davantage dû à la perpétration d'actes plus sévères que ceux des mères. Notons toutefois que leurs scores moyens et médians correspondent tout au plus à une faible utilisation de punitions corporelles. En raison de tels résultats chez les tout-venant dans notre échantillon, il nous semble compliqué de statuer sur l'impact d'un vécu d'abus sexuel ou de maltraitance infantiles sur l'usage de discipline physique des pères et mères d'un enfant d'âge scolaire.

1.2.2 Hypothèse 4.

Il semblerait que les pères victimes d'ASI utilisent moins de parentalité positive et de monitoring que les mères partageant le même vécu uniquement si leur enfant a moins de 6 ans. Toutefois, de manière plus spécifique, nous avons pu constater que nous n'observions en réalité une différence que pour les parents ayant subi un abus sexuel accompagné de maltraitance dans l'enfance, et ce, uniquement pour la parentalité positive. Ces résultats sont ainsi partiellement cohérents avec ce que rapportent Newcomb et Locke (2001) et Vasconcelos (2007). Il nous semble que nous pouvons trouver deux explications à cette particularité de nos résultats. Premièrement, nous pourrions nous demander si le très faible nombre de pères ayant vécu un ASI n'a pas affecté la capacité de nos analyses à détecter une différence entre les parents des deux sexes pour l'entièreté des modalités de nos analyses. Cela signifierait que, comme chez les tout-venant (Parke & Cookston, 2019 ; Yaffe, 2020), les pères victimes d'ASI se montreraient plus distants avec leurs enfants et leur dédieraient moins de temps que les mères. Deuxièmement, si nos résultats s'avèrent représentatifs des parents ayant vécu un ASI et/ou de la maltraitance, nous pourrions nous demander si pères et mères n'auraient pas les mêmes chances de développer des schémas correctifs vis-à-vis des pratiques éducatives inappropriées qu'ils ont subies. En d'autres mots, nous pourrions nous imaginer qu'une volonté similaire de ne pas reproduire les pratiques éducatives néfastes qu'ils ont subies unirait les parents victimes de maltraitance infantile de manière à effacer les différences inter-sexe que l'on peut percevoir chez les tout-venant.

Bien que certaines études rapportent que les mères ayant vécu un ASI sont moins impliquées et plus rejetantes envers leur enfant (e.g., T. Cohen, 1995 ; Lyons-Ruth & Block, 1996), nous n'avons trouvé aucune différence significative entre les parents de différents vécus infantiles, en accord avec quelques autres études (Collin-Vézina et al., 2005 ; Fitzgerald et al., 2005 ; Testa et al., 2011). En ce qui concerne les parents victimes d'ASI, une raison à ce désaccord pourrait résider dans des différences méthodologiques. Dans leur revue systématique de la littérature sur les pratiques éducatives des parents victimes de maltraitance infantile, Greene et al. (2020) soulignent la présence de lacunes méthodologiques dans la littérature, avec peu de distinctions entre un ASI avec ou sans autre type de maltraitance, et une sur-représentation des échantillons à bas revenus. Cela rejoint la réflexion que nous avons développé dans la discussion de notre première hypothèse : plus le parent victime d'ASI disposerait de ressources et moins il aurait tendance à se tourner vers des pratiques éducatives problématiques. Une autre raison potentielle de cette différence que nous

constatons avec d'autres études pourrait se trouver dans les échelles utilisées, peu d'études mesurant exactement les mêmes concepts. Les futures recherches devraient ainsi utiliser des mesures plus complètes de la parentalité afin de pallier à ces difficultés.

1.2.3 Hypothèse 5.

Nos analyses ont mis en évidence que, contrairement à l'hypothèse que nous avons formulée, les mères ayant subi un ASI ne se montrent pas plus hostiles que les pères partageant le même vécu infantile. Au contraire, lorsque l'enfant a moins de 6 ans, nous observons que ce sont les pères qui font davantage preuve d'ignorance dans le groupe ASI (notamment le sous-groupe ASI sans MI), comme dans le groupe tout-venant.

Dans notre revue de la littérature, nous avons mis en lumière que les études sur les parents victimes d'ASI avaient décelé trois patterns parentaux : l'hostilité, la distanciation et la fusion (e.g., Chabert & Chauvin, 2005 ; T. Cohen, 1995 ; Douglas, 2000). Dans notre échantillon, les pères d'enfants d'âge pré-scolaire victimes d'ASI sans MI semblent prendre le chemin de l'hostilité, contrairement à leurs homologues féminins, allant ainsi à l'encontre de ce qu'ont pu trouver les seules études qui, à notre connaissance, comparaient pères et mères victimes d'ASI en regard de l'hostilité (Newcomb & Locke, 2001 ; Vasconcelos, 2007).

Au-delà d'un potentiel biais dû aux limites statistiques que nous évoquerons dans la partie suivante de ce mémoire, une explication possible à ce phénomène serait que la maltraitance infantile aurait une influence (bien que non-significative) sur l'usage d'ignorance des parents d'enfants d'âge pré-scolaire, mais pas l'ASI. En effet, les individus ayant subi de la maltraitance infantile présentent un risque plus élevé que les autres de reproduire des pratiques maltraitantes qu'ils ont subies sur leurs propres enfants, bien que ce risque reste limité et influencé par divers facteurs, comme le statut socio-économique (e.g., Kaufman & Zigler, 1987 ; Madigan et al., 2019). Or, parmi nos participants ayant vécu une forme de maltraitance dans l'enfance, ceux qui ont vécu de la négligence ou de la maltraitance émotionnelles sont les plus nombreux, et l'ignorance se trouve être une pratique éducative maltraitante sur le plan émotionnel (Butchart et al., 2006). Nous pouvons ajouter à cela le fait que, parmi les victimes de maltraitance, pères et mères auraient autant de risques l'un que l'autre de la reproduire (ou non), tandis que dans la population générale, les pères peuvent tendre à avoir une parentalité légèrement plus autoritaire que celle des mères (Yaffe, 2020), ce que nous pouvons observer dans notre échantillon pour les tout-venant. Ainsi, cela pourrait expliquer pourquoi nous trouvons une différence de sexe uniquement chez les participants n'ayant pas vécu de formes physique ou émotionnelle de maltraitance infantile,

renforçant l'idée qu'un vécu d'ASI, à lui seul, ne semble posséder qu'une faible influence sur la parentalité.

Il paraît compliqué de donner une raison certaine au fait que nos résultats montrent une absence de ces différences entre pères et mères chez les parents d'un enfant d'âge scolaire, en ce que cela pourrait reposer sur une simple différence entre les participants dont l'enfant a entre 3 à 5 ans ou entre 6 à 8 ans, ou encore sur un biais statistique entraînant une absence de détection d'une différence pourtant présente. Il nous est ainsi impossible de statuer avec certitude sur un changement ou non de la parentalité des pères ou des mères en fonction de leur vécu infantile et de l'âge de leur enfant.

Enfin, nous pouvons tout-de-même noter que la sous-échelle d'ignorance de l'EPEP n'était peut-être pas l'échelle la plus précise ou appropriée à la mesure de l'hostilité parentale, et que les sous-échelles parentales d'agressivité ou d'irritabilité/colère de la MCIT auraient pu se montrer ici plus pertinentes. Cependant, l'échantillon A ne comptant qu'un seul père abusé sexuellement dans l'enfance, nous n'avons pu les exploiter.

2. Forces et limitations

Le présent mémoire présente plusieurs points forts. Tout d'abord, contrairement à de nombreuses études sur la parentalité des victimes d'ASI, nous avons pu combiner des mesures auto-évaluatives et hétéro-évaluatives, ce qui nous a notamment permis d'observer les interactions parent-enfant des victimes d'ASI avec une plus grande objectivité.

De plus, nous avons utilisé l'ASI comme variable continue et non comme variable dichotomique (présence/absence), ce qui nous a permis de représenter une population plus large, là où beaucoup d'études ne prennent pas en compte les ASI extra-familiaux ou sans contact physique, par exemple. Nous avons également pu différencier l'impact des expériences d'ASI combinées ou non à d'autres formes de maltraitance infantile.

Enfin, la composition de notre échantillon nous a aussi permis d'élargir la compréhension des mécanismes transgénérationnels impliqués dans un vécu d'ASI parental à une population de statut socio-économique varié mais aussi aux pères, encore fort peu représentés dans la littérature.

Notre recherche présente toutefois plusieurs limites. Premièrement, elle présente une limite statistique. En effet, la très grande majorité de nos variables, quel que soit l'échantillon choisi, ne présentait pas de distribution normale, nous forçant à utiliser des tests non-paramétriques lorsque les groupes de participants utilisés se révélaient trop petits. Or, un test statistique non-paramétrique fait, par essence, état d'une puissance statistique plus faible que

des tests paramétriques, ce qui a pu biaiser certains de nos résultats en rendant plus difficile la détection de différences entre nos différents groupes. Cela se trouve d'autant plus vrai pour notre seconde hypothèse pour laquelle nous n'avons pu utiliser que les participants de l'échantillon A – seuls à avoir réalisé les tâches de la MCIT –, et pour lesquels nous n'avons pas pu analyser l'expérience des pères victimes d'ASI en raison de leur nombre trop limité. Il en va de même pour nos hypothèses secondaires pour lesquelles nous avons divisé nos participants de telle manière que certains sous-groupes de pères avaient moins de 10 participants. Nos résultats sont donc à considérer avec précaution, et les futures études devraient reproduire ces analyses sur des échantillons de plus grande envergure.

Deuxièmement, bien que nous ayons utilisé la MCIT, la majorité de nos méthodes d'investigation était auto-rapportée. Nous n'avons par conséquent pas pu objectiver le vécu infantile du parent, par exemple.

Troisièmement, notre recherche a pris en compte un nombre de facteurs limités. Nous n'avons pas pu considérer les caractéristiques de l'expérience d'ASI des participants à cause de nombreuses données manquantes aux questions supplémentaires de la CTQ-SF, ni les nombreuses covariables individuelles (e.g., santé mentale du parent, suivi thérapeutique) et non-individuelles (e.g., stressseurs environnementaux) pouvant influencer la relation entre cette expérience infantile et ses conséquences sur la parentalité (e.g., Bert et al., 2009 ; Castellini et al., 2014 ; Dixon, Browne, et al., 2005 ; Ruscio, 2001 ; Steel et al., 2004 ; Vasconcelos, 2007). Cela a pu restreindre notre compréhension du lien entre l'ASI et ses conséquences à la fois sur le parent et sur son enfant.

3. Implications cliniques et perspectives

Les résultats du présent mémoire ont tenté de combler un manque dans la littérature scientifique quant à la parentalité des victimes d'ASI. Ils ont démontré qu'un vécu d'ASI, en fonction de sa sévérité, pouvait exercer une influence sur la parentalité, mais que cette influence n'atteignait pas leurs enfants. En contradiction avec de nombreuses études, ces résultats semblent mettre en lumière l'importance des ressources dont dispose et a disposé le parent, ainsi que le caractère singulier de l'ASI en tant qu'expérience d'adversité infantile.

Suite à notre recherche et face aux contradictions de la littérature dans notre domaine, plusieurs pistes pour des études futures se sont dessinées. Comme évoqué dans les limites de notre recherche, ces études devraient utiliser de plus gros échantillons ayant des statuts socio-démographique et économique variés, prendre en compte la composition du ménage, mais aussi considérer avec le plus de précision possible les caractéristiques des expériences d'ASI

et d'adversité dans l'enfance du parent, l'idéal étant bien sûr de tendre vers des mesures qui ne soient pas rétrospectives ou auto-rapportées.

La parentalité des pères victimes d'ASI et leurs interactions avec leurs enfants demanderait elle aussi à être investiguée davantage, notamment pour mieux les comprendre et savoir comment leur offrir un accompagnement plus approprié.

Aussi, nous avons remarqué que l'échantillon A comptait plusieurs paires de parents. Il aurait été intéressant de comparer leur parentalité afin d'observer s'ils se compensaient l'un l'autre, et d'observer l'impact d'un tel couple sur le comportement de l'enfant.

De telles études, en nous permettant d'élargir nos connaissances sur les particularités de la parentalité des victimes d'ASI et de leur impact, nous permettraient également de pouvoir mener des actes préventifs auprès de ces individus en visant les lacunes et difficultés qu'ils peuvent présenter en tant que parents au regard des nombreux facteurs pouvant influencer leur parentalité.

Conclusion

Face à une littérature peu fournie et contradictoire sur l'impact de l'ASI sur les victimes devenues parents – notamment les pères – et sur leurs enfants, nous avons décidé d'orienter le présent mémoire sur l'influence d'un tel vécu d'adversité infantile sur le comportement de la génération suivante.

Nous avons émis l'hypothèse que les pratiques éducatives (hypothèse 1) et les comportements des parents victimes d'ASI (hypothèse 2), plus négatifs que leurs pairs tout-venant, étaient associés à une augmentation des problèmes de comportements internalisés et externalisés chez leurs enfants. Nous avons également émis l'hypothèse que la parentalité des pères et des mères abusés sexuellement dans l'enfance différait de manières spécifiques quant à l'utilisation de discipline physique (hypothèse 3), au retrait relationnel (hypothèse 4), et à l'hostilité (hypothèse 5).

Ces hypothèses ont en grande partie été infirmées : nos analyses ont révélé que plus l'expérience d'ASI du parent était sévère et plus il présentait des pratiques éducatives permissives et faisaient preuve de sensibilité. Néanmoins, contrairement à un vécu général de maltraitance infantile, l'ASI n'avait pas d'influence significative sur les comportements de l'enfant lorsqu'il était associé à des pratiques éducatives ou à des comportements parentaux. De plus, il s'est avéré que pères et mères victimes d'ASI utilisaient autant de punitions corporelles les uns que les autres, et que les pères d'enfants d'âge pré-scolaire utilisaient moins de parentalité positive (lorsqu'ils avaient subi une autre forme de maltraitance

infantile) et de monitoring, et plus d'ignorance que les mères (lorsqu'ils n'avaient pas subi d'autre forme de maltraitance infantile). Toutefois, nous n'avons pu constater aucune différence significative d'utilisation de ces pratiques en fonction du vécu infantile du parent.

Ainsi, malgré des limites statistiques appelant à la prudence dans l'interprétation de nos résultats (notamment pour les pères), le présent mémoire semble venir confirmer ce que nous avons pu voir commencer à se dessiner dans plusieurs études : l'ASI, à lui seul, aurait un effet limité sur la parentalité de l'individu qui l'a subi et ne saurait déterminer l'impact de cette parentalité sur le comportement de l'enfant. Le devenir de la victime d'ASI résiderait davantage dans l'environnement dans lequel elle évolue et les ressources dont elle dispose (revenu, partenaire, entourage soutenant, ...). De plus, la parentalité des pères et des mères ayant vécu ce type d'adversité infantile se distinguerait sur certains points et se rejoindrait sur d'autres, de manière quelque peu différente de ce que nous pouvons trouver chez des parents n'ayant subi aucune maltraitance infantile. Les futures recherches devraient par conséquent disposer d'une méthodologie robuste afin de pouvoir dégager une vision plus claire et plus large de la parentalité des hommes et des femmes victimes d'ASI et de son impact sur leurs enfants.

Bibliographie

- Abikoff, H., & Klein, R. G. (1992). Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder : Comorbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(6), 881-892. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.6.881>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manuel for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families. <http://link.springer.com/10.1007/s10826-014-9968-6>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Alexander, P. C., & Lupfer, S. L. (1987). Family characteristics and long-term consequences associated with sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior, 16*(3), 235-245. <https://doi.org/10.1007/BF01541611>
- Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C., & Swanston, H. (2004). Child sexual abuse. In *Comparative Quantification of Health Risks* (p. 1851-1940). World Health Organization.
- Angera, J. J., Brookins-Fisher, J., & Inungu, J. N. (2008). An Investigation of Parent/Child Communication About Sexuality. *American Journal of Sexuality Education, 3*(2), 165-181. <https://doi.org/10.1080/15546120802104401>
- Angold, A., Costello, E. J., Erkanli, A., & Worthman, C. M. (1999). Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychological Medicine, 29*(5), 1043-1053. <https://doi.org/10.1017/S0033291799008946>
- Armstrong, M. W., & Stronck, K. (1999). Intergenerational Effects of Incest on Parenting : Skills, Abilities, and Attitudes. *Journal of Counseling & Development, 77*(3), 303-314. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1999.tb02453.x>
- Aunola, K., & Nurmi, J.-E. (2005). The Role of Parenting Styles in Children's Problem Behavior: Parenting Styles in Children's Behavior. *Child Development, 76*(6), 1144-1159. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00840.x-i1>
- Auxéméry, Y. (2013). L'état de stress post-traumatique en construction et en déconstruction. *L'Information Psychiatrique, 89*(8), 641-649. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1104>

- Azar, S. T., Nix, R. L., & Makin-Byrd, K. N. (2005). Parenting schemas and the process of change. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(1), 45-58. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2005.tb01542.x>
- Azar, S. T., & Weinzierl, K. M. (2005). Child Maltreatment and Childhood Injury Research : A Cognitive Behavioral Approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(7), 598-614. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsi046>
- Baiverlin, A., Gallo, A., & Blavier, A. (2020). Impact of different kinds of child abuse on sense of parental competence in parents who were abused in childhood. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(4), 100150. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100150>
- Baker, C. E., Brooks-Gunn, J., & Gouskova, N. (2020). Reciprocal Relations Between Maternal Depression and Child Behavior Problems in Families Served by Head Start. *Child Development*, 91(5), 1563-1576. <https://doi.org/10.1111/cdev.13344>
- 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(11), 1095-1107. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00068-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00068-9)
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse : An exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 697-715. <https://doi.org/10.1023/A:1013085904337>
- Barrett, B. (2009). The Impact of Childhood Sexual Abuse and Other Forms of Childhood Adversity on Adulthood Parenting. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18(5), 489-512. <https://doi.org/10.1080/10538710903182628>
- Bartlett, J. D., Kotake, C., Fauth, R., & Easterbrooks, M. A. (2017). Intergenerational transmission of child abuse and neglect : Do maltreatment type, perpetrator, and substantiation status matter? *Child Abuse & Neglect*, 63, 84-94. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.021>
- Bauermeister, J. J., Shrout, P. E., Chávez, L., Rubio-Stipec, M., Ramírez, R., Padilla, L., Anderson, A., García, P., & Canino, G. (2007). ADHD and gender : Are risks and

- sequela of ADHD the same for boys and girls? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(8), 831-839. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01750.x>
- Belleau, H. (2004). Être parent aujourd'hui : La construction du lien de filiation dans l'univers symbolique de la parenté. *Enfances, Familles, Générations*, 1. <https://doi.org/10.7202/008891ar>
- Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting : A Process Model. *Child Development*, 55(1), 83. <https://doi.org/10.2307/1129836>
- Belsky, J., Jaffee, S. R., Sligo, J., Woodward, L., & Silva, P. A. (2005). Intergenerational Transmission of Warm-Sensitive-Stimulating Parenting : A Prospective Study of Mothers and Fathers of 3-Year-Olds. *Child Development*, 76(2), 384-396. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00852.x>
- Benarous, X., Consoli, A., Raffin, M., & Cohen, D. (2014). Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(5), 299-312. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.04.005>
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., & Handelsman, L. (1998). Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 23(6), 855-868. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00072-0](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00072-0)
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Bert, S. C., Guner, B. M., Lanzi, R. G., & Centers for Prevention of Child Neglect. (2009). The Influence of Maternal History of Abuse on Parenting Knowledge and Behavior. *Family Relations*, 58(2), 176-187. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2008.00545.x>

- Berthelot, N. (2010). *L'impact de la maltraitance sur l'attachement et le fonctionnement réflexif et implications pour la relation d'attachement mère-enfant* [Thèse]. Université Laval.
- Besnard, T., Joly, J., Verlaan, P., & Capuano, F. (2009). Liens différenciés entre les pratiques éducatives des pères et des mères et la présence de difficultés de comportement chez les garçons et les filles d'âge préscolaire. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, 10, Article 10. <https://journals.openedition.org/efg/6944>
- Besse, M. (2011). La parentalité : Une mise au neutre des parents ? *VST - Vie sociale et traitements*, 110(2), 30-35.
- Beytrison, P. (2010). L'encadrement parental : Un concept méconnu plus que jamais actuel. *Thérapie Familiale*, 31(4), 451. <https://doi.org/10.3917/tf.104.0451>
- Black, D. A., Heyman, R. E., & Smith Slep, A. M. (2001). Risk factors for child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6(2-3), 121-188. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00021-5](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00021-5)
- Born, M., Delville, J., & Mercier, M. (1996). *Les abus sexuels d'enfants : Interventions et représentations*. Mardaga Fonds.
- Bosquet Enlow, M., Englund, M. M., & Egeland, B. (2018). Maternal Childhood Maltreatment History and Child Mental Health : Mechanisms in Intergenerational Effects. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(sup1), S47-S62. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1144189>
- Bourgault, R. (2013). Trauma complexe ou DESNOS. In M. Kédia, A. Sabouraud-Séguin, M. Ait Aoudia, R. Bourgault, E.-J. Chauvel, C. Cosar, V. De Foucault, M. El Farricha, P. Guillerd, J.-P. Hudé, V. Jeremic, E. Lebourg, G. Lopez, K. Pariente, G. Payet, J.-L. Roche, K. Sadlier, M. Salmona, G.-E. Sarfati, ... A. Zuber, *L'Aide-mémoire de Psychotraumatologie en 49 notions* (2^e éd., p. 64-71). Dunod.
- Bower, M. E., & Knutson, J. F. (1996). Attitudes toward physical discipline as a function of disciplinary history and self-labeling as physically abused. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 689-699. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00057-9](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00057-9)

- Brown, G., & Anderson, B. (1991). Psychiatric Morbidity in Adult Inpatients with Childhood Histories of Sexual and Physical Abuse. *The American journal of psychiatry*, *148*, 55-61. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.10.1423-a>
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse : A review of the research. *Psychological Bulletin*, *99*(1), 66-77. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.66>
- Bryson, C. P. (2007). *Observed and self-reported childrearing in mothers with a history of sexual abuse* [Thèse]. University of Southern California.
- Burkett, L. P. (1991). Parenting Behaviors of Women Who Were Sexually Abused As Children in Their Families of Origin. *Family Process*, *30*(4), 421-434. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1991.00421.x>
- Burt, S. A., Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W. (2003). Parent-Child Conflict and the Comorbidity Among Childhood Externalizing Disorders. *Archives of General Psychiatry*, *60*(5), 505. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.5.505>
- Butchart, A., Phinney Harvey, A., Mian, M., & Fūrmiss, T. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence* (World Health Organization, Éd.). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43499>
- Campbell, M., & Houser, L. (2020). Connecting Caregiver Wages and Distress : Felt Precarity, Parenting, and Child Behavior. *Families in Society*, *101*(3), 308-323. <https://doi.org/10.1177/1044389420913393>
- Canali, M., & Favard, A.-M. (2004). Maltraitance et bientraitance : Entre carence et blessure narcissique. *Empan*, *54*(2), 158. <https://doi.org/10.3917/empa.054.0158>
- Carlson, E. A. (1998). A Prospective Longitudinal Study of Attachment Disorganization/Disorientation. *Child Development*, *69*(4), 1107-1128. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06163.x>
- Carragher, N., Krueger, R. F., Eaton, N. R., & Slade, T. (2015). Disorders without borders : Current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(3), 339-350. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-1004-z>

- Castellini, G., Maggi, M., & Ricca, V. (2014). Childhood Sexual Abuse and Psychopathology. In G. Corona, E. A. Jannini, & M. Maggi (Éds.), *Emotional, Physical and Sexual Abuse : Impact in Children and Social Minorities* (p. 71-91). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-06787-2_6
- Castillo, B., Grogan-Kaylor, A., Gleeson, S. M., & Ma, J. (2020). Child externalizing behavior in context: Associations of mother nonstandard work, parenting, and neighborhoods. *Children and Youth Services Review, 116*, 105220. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2020.105220>
- Caykoylu, A., İbiloglu, A. O., Taner, Y., Potas, N., & Taner, E. (2011). The Correlation of Childhood Physical Abuse History and Later Abuse in a Group of Turkish Population. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(17), 3455-3475. <https://doi.org/10.1177/0886260511403748>
- Chabert, D., & Chauvin, A. (2005). Devenir mère après avoir été abusée sexuellement dans l'enfance. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 53*(1), 62-70. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.09.009>
- Choi, H., Klein, C., Shin, M.-S., & Lee, H.-J. (2009). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Symptoms Following Prostitution and Childhood Abuse. *Violence Against Women, 15*(8), 933-951. <https://doi.org/10.1177/1077801209335493>
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2015). An Ecological-Transactional Perspective on Child Maltreatment : Failure of the Average Expectable Environment and Its Influence on Child Development. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Éds.), *Developmental Psychopathology* (p. 129-201). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470939406.ch4>
- Cohen, L. R., Hien, D. A., & Batchelder, S. (2008). The Impact of Cumulative Maternal Trauma and Diagnosis on Parenting Behavior. *Child Maltreatment, 13*(1), 27-38. <https://doi.org/10.1177/1077559507310045>
- Cohen, T. (1995). Motherhood among incest survivors. *Child Abuse & Neglect, 19*(12), 1423-1429. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)80760-5](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)80760-5)

- Cole, P. M., & Woolger, C. (1989). Incest survivors : The relation of their perceptions of their parents and their own parenting attitudes. *Child Abuse & Neglect*, *13*(3), 409-416. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(89\)90081-1](https://doi.org/10.1016/0145-2134(89)90081-1)
- Cole, P. M., Woolger, C., Power, T. G., & Smith, K. D. (1992). Parenting difficulties among adult survivors of father-daughter incest. *Child Abuse & Neglect*, *16*(2), 239-249. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90031-L](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90031-L)
- Cole, P. M., Zahn-Waxier, C., Fox, N. A., Usher, B. A., & Welsh, J. D. (1996). Individual Differences in Emotion Regulation and Behavior Problems in Preschool Children. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*(4), 518-529. <https://doi.org/doi:10.1037/0021-843x.105.4.518>
- Collin-Vézina, D., Cyr, M., Pauzé, R., & McDuff, P. (2005). The Role of Depression and Dissociation in the Link Between Childhood Sexual Abuse and Later Parental Practices. *Journal of Trauma & Dissociation*, *6*(1), 71-97. https://doi.org/10.1300/J229v06n01_05
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment : Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, *31*(3), 211-229. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.004>
- Cooke, J. E., Racine, N., Pador, P., & Madigan, S. (2021). Maternal Adverse Childhood Experiences and Child Behavior Problems : A Systematic Review. *Pediatrics*, *148*(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-044131>
- Cooke, J. E., Racine, N., Plamondon, A., Tough, S., & Madigan, S. (2019). Maternal adverse childhood experiences, attachment style, and mental health : Pathways of transmission to child behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, *93*, 27-37. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.04.011>
- Courtois, C. A., Sonis, J., Brown, L. S., Cook, J., Fairbank, J. A., Friedman, M., Gone, J. P., Jones, R., La Greca, A., Mellamn, T., Roberts, J., & Schulz, P. (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*. American Psychological Association.

- Cross, D., Kim, Y. J., Vance, L. A., Robinson, G., Jovanovic, T., & Bradley, B. (2016). Maternal Child Sexual Abuse Is Associated With Lower Maternal Warmth Toward Daughters but Not Sons. *Journal of Child Sexual Abuse, 25*(8), 813-826. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1234532>
- Crowell, J. A., & Feldman, S. S. (1988). Mothers' Internal Models of Relationships and Children's Behavioral and Developmental Status: A Study of Mother-Child Interaction. *Child Development, 59*(5), 1273-1285. <https://doi.org/10.2307/1130490>
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2010). *Marital Conflict and Children: An Emotional Security Perspective*. Guilford Press.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect, 34*(11), 813-822. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.04.004>
- Danielson, C. K., Hankin, B. L., & Badanes, L. S. (2015). Youth offspring of mothers with posttraumatic stress disorder have altered stress reactivity in response to a laboratory stressor. *Psychoneuroendocrinology, 53*, 170-178. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.01.001>
- De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The Biological Effects of Childhood Trauma. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 23*(2), 185-222. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.002>
- Derella, O. J., Burke, J. D., Stepp, S. D., & Hipwell, A. E. (2020). Reciprocity in Undesirable Parent-Child Behavior? Verbal Aggression, Corporal Punishment, and Girls' Oppositional Defiant Symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 49*(3), 420-433. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1603109>
- Derzon, J. H. (2010). The correspondence of family features with problem, aggressive, criminal, and violent behavior: A meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology, 6*(3), 263-292. <https://doi.org/10.1007/s11292-010-9098-0>

- Dick, D. M., Viken, R. J., Kaprio, J., Pulkkinen, L., & Rose, R. J. (2005). Understanding the Covariation Among Childhood Externalizing Symptoms : Genetic and Environmental Influences on Conduct Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and Oppositional Defiant Disorder Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 219-229. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-1829-8>
- Diiorio, C., Pluhar, E., & Belcher, L. (2003). Parent-Child Communication About Sexuality : A Review of the Literature from 1980–2002. *Journal of HIV/AIDS Prevention & Education for Adolescents & Children*, 5(3-4), 7-32. https://doi.org/10.1300/J129v05n03_02
- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse : Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 553-576. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00072-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00072-0)
- DiLillo, D., & Damashek, A. (2003). Parenting Characteristics of Women Reporting a History of Childhood Sexual Abuse. *Child Maltreatment*, 8(4), 319-333. <https://doi.org/10.1177/1077559503257104>
- DiLillo, D., Tremblay, G. C., & Peterson, L. (2000). Linking childhood sexual abuse and abusive parenting : The mediating role of maternal anger. *Child Abuse & Neglect*, 24(6), 767-779. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00138-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00138-1)
- Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children : A mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 47-57. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00339.x>
- Dixon, L., Hamilton-Giachritsis, C., & Browne, K. (2005). Attributions and behaviours of parents abused as children : A mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part II). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 58-68. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00340.x>
- Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., Hamilton, G., McRobert, G., Elder, R., & Hanna, D. (2009). Complex PTSD, interpersonal trauma and relational

- consequences : Findings from a treatment-receiving Northern Irish sample. *Journal of Affective Disorders*, 112(1-3), 71-80. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.04.003>
- Douglas, A. R. (2000). Reported anxieties concerning intimate parenting in women sexually abused as children. *Child Abuse & Neglect*, 24(3), 425-434. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00154-4](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00154-4)
- Dumas, J. E., LaFreniere, P. J., & Serketich, W. J. (1995). « Balance of power » : A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 104-113. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.104.1.104>
- Dumas, J. E., Nissley, J., Nordstrom, A., Smith, E. P., Prinz, R. J., & Levine, D. W. (2005). Home Chaos : Sociodemographic, Parenting, Interactional, and Child Correlates. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(1), 93-104. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_9
- Egeland, B., Jacobvitz, D., & Sroufe, L. A. (1988). Breaking the Cycle of Abuse. *Child Development*, 59(4), 1080. <https://doi.org/10.2307/1130274>
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., Murphy, B. C., Losoya, S. H., & Guthrie, I. K. (2001). The Relations of Regulation and Emotionality to Children's Externalizing and Internalizing Problem Behavior. *Child Development*, 72(4), 1112-1134. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00337>
- Essau, C. A., Sakano, Y., Ishikawa, S., & Sasagawa, S. (2004). Anxiety symptoms in Japanese and in German children. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 601-612. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00164-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00164-5)
- Fabry, P. (2007, mars 24). *Michel Lemay et la notion de carence affective*. <https://www.philippefabry.eu/formation.php?f=35>
- Faller, K. C. (1989). Why sexual abuse? An exploration of the intergenerational hypothesis. *Child Abuse & Neglect*, 13(4), 543-548. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(89\)90058-6](https://doi.org/10.1016/0145-2134(89)90058-6)
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household

- Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 607-619. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.018>
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorders in young adulthood : Part I: The prevalence of sexual abuse and the factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1355-1364. <https://doi.org/10.1097/00004583-199610000-00023>
- Finkelhor, D. (1979). What's Wrong with Sex Between Adults and Children? *American Journal of Orthopsychiatry*, 49(4), 692-697. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1979.tb02654.x>
- Fitzgerald, M. M., Shipman, K. L., Jackson, J. L., McMahon, R. J., & Hanley, H. M. (2005). Perceptions of parenting versus parent-child interactions among incest survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29(6), 661-681. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.10.012>
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2009). Defining and Understanding Complex Trauma and Complex Traumatic Stress Disorders. In J. D. Ford & C. A. Courtois (Éds.), *Treating complex stress disorders : An evidence-based guide* (p. 13-30). Guilford Press.
- Ford, J. D., Stockton, P., Kaltman, S., & Green, B. L. (2006). Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Symptoms Are Associated With Type and Severity of Interpersonal Trauma Exposure in a Sample of Healthy Young Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(11), 1399-1416. <https://doi.org/10.1177/0886260506292992>
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery : A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant–mother relationships. *Parent-Infant Psychodynamics*, 14(3), 387-421. [https://doi.org/10.1016/s0002-7138\(09\)61442-4](https://doi.org/10.1016/s0002-7138(09)61442-4)
- Frick, P. J., & Dickens, C. (2006). Current perspectives on conduct disorder. *Current Psychiatry Reports*, 8(1), 59-72. <https://doi.org/10.1007/s11920-006-0082-3>

- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender Differences in ADHD : A Meta-Analysis and Critical Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045. <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00011>
- Gelinas, D. J. (1983). The Persisting Negative Effects of Incest. *Psychiatry*, 46(4), 312-332. <https://doi.org/10.1080/00332747.1983.11024207>
- Gérard, M. (2014). *Guide pour prévenir la maltraitance*. yapaka.be.
- Gershon, J. (2002). A Meta-Analytic Review of Gender Differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5(3), 143-154. <https://doi.org/10.1177/108705470200500302>
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C., & Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment : A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical Psychology Review*, 80, 101891. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101891>
- Hails, K. A., Reuben, J. D., Shaw, D. S., Dishion, T. J., & Wilson, M. N. (2018). Transactional Associations Among Maternal Depression, Parent–Child Coercion, and Child Conduct Problems During Early Childhood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(sup1), S291-S305. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1280803>
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of Depression From Preadolescence to Young Adulthood : Emerging Gender Differences in a 10-Year Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-140. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.107.1.128>
- Hartzell, G., Stenson, A. F., van Rooij, S. J. H., Kim, Y. J., Vance, L. A., Hinrichs, R., Kaslow, N., Bradley, B., & Jovanovic, T. (2020). Intergenerational effects of maternal PTSD : Roles of parenting stress and child sex. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 10.1037/tra0000542. <https://doi.org/10.1037/tra0000542>

- Haslam, D., Poniman, C., Filus, A., Sumargi, A., & Boediman, L. (2020). Parenting Style, Child Emotion Regulation and Behavioral Problems : The Moderating Role of Cultural Values in Australia and Indonesia. *Marriage & Family Review*, 56(4), 320-342. <https://doi.org/10.1080/01494929.2020.1712573>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E., & Nemeroff, C. B. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, 52(7), 671-690. <https://doi.org/10.1002/dev.20494>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD : A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Higgins, D. J. (2004). The Importance of Degree Versus Type of Maltreatment : A Cluster Analysis of Child Abuse Types. *The Journal of Psychology*, 138(4), 303-324. <https://doi.org/10.3200/JRLP.138.4.303-324>
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (1994). The relationship of child sexual abuse and family violence to adult adjustment : Toward an integrated risk-sequelae model. *Journal of Sex Research*, 31(4), 255-266. <https://doi.org/10.1080/00224499409551761>
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2000). Relationships between Different Types of Maltreatment during Childhood and Adjustment in Adulthood. *Child Maltreatment*, 5(3), 261-272. <https://doi.org/10.1177/1077559500005003006>
- Higgins, D. J., McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2003). Child Maltreatment, Family Characteristics and Adult Adjustment : Mediating and Moderating Processes. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(2), 61-86. https://doi.org/10.1300/J146v06n02_04
- Hinshaw, S. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence : Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological bulletin*, 111, 127-155. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.111.1.127>

- Huey, S. J. J., & Weisz, J. R. (1997). Ego Control, Ego Resiliency, and the Five-Factor Model as Predictors of Behavioral and Emotional Problems in Clinic-Referred Children and Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(3), 404-415.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Dodge, K. A., Rutter, M., Taylor, A., & Tully, L. A. (2005). Nature × nurture : Genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. *Development and Psychopathology, 17*(1), 67-84. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050042>
- Jarvis, J. A., Otero, C., Poff, J. M., Dufur, M. J., & Pribesh, S. L. (2021). Family Structure and Child Behavior in the United Kingdom. *Journal of Child and Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02159-z>
- Johnson, C. F. (2004). Child sexual abuse. *The Lancet, 364*(9432), 462-470. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16771-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16771-8)
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : Review and Recommendations for Future Research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4*(3), 183-207. <https://doi.org/10.1023/A:1017592030434>
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment : A review. *Clinical Psychology Review, 25*(3), 341-363. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004>
- Karson, M. (2001). *Patterns of Child Abuse : How Dysfunctional Transactions Are Replicated in Individuals, Families, and the Child Welfare System*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203862728>
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry, 57*(2), 186-192. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03528.x>
- Kelly, J. B., & Johnson, M. P. (2008). Differentiation among types of intimate partner violence : Research update and implications for interventions. *Family Court Review, 46*(3), 476-499. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2008.00215.x>

- Kim, K., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2010). Childhood experiences of sexual abuse and later parenting practices among non-offending mothers of sexually abused and comparison girls. *Child Abuse & Neglect*, 34(8), 610-622. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.01.007>
- Kimonis, E. R., & Frick, P. J. (2012). Externalizing Disorders. In J. E. Maddux & B. A. Winstead, *Psychopathology, Foundations for a Contemporary Understanding* (3^e éd., p. 443-462). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Koblinsky, S. A., Kovalanka, K. A., & Randolph, S. M. (2006). Social Skills and Behavior Problems of Urban, African American Preschoolers : Role of Parenting Practices, Family Conflict, and Maternal Depression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 554-563. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.4.554>
- Kuja-Halkola, R., Lichtenstein, P., D'Onofrio, B. M., & Larsson, H. (2015). Codevelopment of ADHD and externalizing behavior from childhood to adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(6), 640-647. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12340>
- Lahey, B. B., Rathouz, P. J., Van Hulle, C., Urbano, R. C., Krueger, R. F., Applegate, B., Garriock, H. A., Chapman, D. A., & Waldman, I. D. (2008). Testing Structural Models of DSM-IV Symptoms of Common Forms of Child and Adolescent Psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(2), 187-206. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9169-5>
- Lambooy, B. (2009). Soutenir la parentalité : Pourquoi et comment ? : Différentes approches pour un même concept. *Devenir*, Vol. 21(1), 31-60. <https://doi.org/10.3917/dev.091.0031>
- Landry, S. H., Smith, K. E., & Swank, P. R. (2003). The Importance of Parenting During Early Childhood for School-Age Development. *Developmental Neuropsychology*, 24(2-3), 559-591. <https://doi.org/10.1080/87565641.2003.9651911>
- Lansford, J. E. (2019). Parenting and child discipline. In *Handbook of parenting : The practice of parenting: Vol. 5 : The Practice of Parenting* Routledge (3^e éd., p. 65-90). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780429401695-3>

- Lansford, J. E., Alampay, L. P., Al-Hassan, S., Bacchini, D., Bombi, A. S., Bornstein, M. H., Chang, L., Deater-Deckard, K., Di Giunta, L., Dodge, K. A., Oburu, P., Pastorelli, C., Runyan, D. K., Skinner, A. T., Sorbring, E., Tapanya, S., Tirado, L. M. U., & Zelli, A. (2010). Corporal Punishment of Children in Nine Countries as a Function of Child Gender and Parent Gender. *International Journal of Pediatrics*, 2010, e672780. <https://doi.org/10.1155/2010/672780>
- Larousse, É. (s. d.). Parentalité. In *Dictionnaire de français Larousse*. Larousse. Consulté 2 mai 2022, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parentalit%C3%A9/58145>
- Lengua, L. J., & Kovacs, E. A. (2005). Bidirectional associations between temperament and parenting and the prediction of adjustment problems in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 26(1), 21-38. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2004.10.001>
- Lieberman, A. F., Chu, A., Van Horn, P., & Harris, W. W. (2011). Trauma in early childhood : Empirical evidence and clinical implications. *Development and Psychopathology*, 23(2), 397-410. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000137>
- Liu, P., Kryski, K. R., Smith, H. J., Joanisse, M. F., & Hayden, E. P. (2020). Transactional relations between early child temperament, structured parenting, and child outcomes : A three-wave longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 32(3), 923-933. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000841>
- Loop, L., Mouton, B., Brassart, E., & Roskam, I. (2017). The Observation of Child Behavior During Parent-Child Interaction : The Psychometric Properties of the Crowell Procedure. *Journal of Child and Family Studies*, 26(4), 1040-1050. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0625-0>
- Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system : Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 257-275. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199623\)17:3<257::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199623)17:3<257::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-L)

- Ma, J., Grogan-Kaylor, A., & Lee, S. J. (2018). Associations of neighborhood disorganization and maternal spanking with children's aggression : A fixed-effects regression analysis. *Child Abuse & Neglect*, *76*, 106-116. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.10.013>
- Ma, J., Grogan-Kaylor, A., & Lee, S. J. (2020). Does community violence exposure moderate the associations between maternal spanking and early child behavior problems? *Aggressive Behavior*, *46*(3), 210-219. <https://doi.org/10.1002/ab.21882>
- Madhlopa, Y., Qin, J., & Chen, C. (2020). The relationships between child maltreatment and child behavior problems. Comparative study of Malawi and China. *Children and Youth Services Review*, *119*, 105533. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2020.105533>
- Madigan, S., Cyr, C., Eirich, R., Fearon, R. M. P., Ly, A., Rash, C., Poole, J. C., & Alink, L. R. A. (2019). Testing the cycle of maltreatment hypothesis : Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, *31*(1), 23-51. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001700>
- Maglica, T., Ercegovac, I. R., & Ljubetić, M. (2020). *Mindful Parenting and Behavioural Problems in Preschool Children*. *56*(1), 44-57. <https://doi.org/10.31299/hrri.56.1.4>
- Mak, M. C. K., Yin, L., Li, M., Cheung, R. Y., & Oon, P.-T. (2020). The Relation between Parenting Stress and Child Behavior Problems : Negative Parenting Styles as Mediator. *Journal of Child and Family Studies*, *29*(11), 2993-3003. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01785-3>
- Mapp, S. C. (2006). The effects of sexual abuse as a child on the risk of mothers physically abusing their children : A path analysis using systems theory. *Child Abuse & Neglect*, *30*(11), 1293-1310. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.05.006>
- Marcenko, M. O., Kemp, S. P., & Larson, N. C. (2000). Childhood Experiences of Abuse, Later Substance Use, and Parenting Outcomes Among Low-Income Mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, *70*(3), 316-326. <https://doi.org/10.1037/h0087853>
- Massari, B. (2009). Violence autour du bébé. *Enfances & Psy*, *45*(4), 35-49. <https://doi.org/10.3917/ep.045.0035>

- McCoy, K. P., George, M. R. W., Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2013). Constructive and Destructive Marital Conflict, Parenting, and Children's School and Social Adjustment. *Social Development, 22*(4), 641-662. <https://doi.org/10.1111/sode.12015>
- McDonald, S. W., Madigan, S., Racine, N., Benzies, K., Tomfohr, L., & Tough, S. (2019). Maternal adverse childhood experiences, mental health, and child behaviour at age 3 : The all our families community cohort study. *Preventive Medicine, 118*, 286-294. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.11.013>
- McKee, L., Roland, E., Coffelt, N., Olson, A. L., Forehand, R., Massari, C., Jones, D., Gaffney, C. A., & Zens, M. S. (2007). Harsh Discipline and Child Problem Behaviors : The Roles of Positive Parenting and Gender. *Journal of Family Violence, 22*(4), 187-196. <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9070-6>
- McLaughlin, D. P., & Harrison, C. A. (2006). Parenting Practices of Mothers of Children with ADHD : The Role of Maternal and Child Factors. *Child and Adolescent Mental Health, 11*(2), 82-88. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00382.x>
- McLean, L. M., & Gallop, R. (2003). Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry, 160*(2), 369-371. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.369>
- Mehlhausen-Hassoen, D. (2021). Gender-Specific Differences in Corporal Punishment and Children's Perceptions of Their Mothers' and Fathers' Parenting. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(15-16), NP8176-NP8199. <https://doi.org/10.1177/0886260519842172>
- Melchert, T. (2000). Clarifying the Effects of Parental Substance Abuse, Child Sexual Abuse, and Parental Caregiving on Adult Adjustment. *Professional Psychology, 31*(1), 17.
- Meunier, J. C., Roskam, I., & Browne, D. T. (2011). Relations between parenting and child behavior : Exploring the child's personality and parental self-efficacy as third variables. *International Journal of Behavioral Development, 35*(3), 246-259. <https://doi.org/10.1177/0165025410382950>

- Meunier, J.-C., & Roskam, I. (2007). Psychometric Properties of a Parental Childrearing Behavior Scale for French-Speaking Parents, Children, and Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment, 23*(2), 113-124. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.2.113>
- Meunier, J.-C., & Roskam, I. (2009). Validation of the Preschool and Primary School Form of a Questionnaire Assessing Parents' Childrearing Behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 38*(1), 166-175. <https://doi.org/10.1080/15374410802575370>
- Meuwissen, A. S., & Carlson, S. M. (2019). An experimental study of the effects of autonomy support on preschoolers' self-regulation. *Journal of Applied Developmental Psychology, 60*, 11-23. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2018.10.001>
- Michl-Petzing, L. C., Handley, E. D., Sturge-Apple, M., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2019). Re-Examining the "Cycle of Abuse": Parenting Determinants Among Previously Maltreated, Low-Income Mothers. *Journal of family psychology, 33*(6), 742-752. <https://doi.org/10.1037/fam0000534>
- Miljkovitch, R., & Poisson, F. (2018). *Parenting : Le parent aussi est une personne*. Odile Jacob.
- Modelli, M. E. S., Galvão, M. F., & Pratesi, R. (2012). Child sexual abuse. *Forensic Science International, 217*(1-3), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2011.08.006>
- Mouton, B., & Roskam, I. (2015). Confident Mothers, Easier Children : A Quasi-experimental Manipulation of Mothers' Self-efficacy. *Journal of Child and Family Studies, 24*(8), 2485-2495. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0051-0>
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1994). The Effect of Child Sexual Abuse on Social, Interpersonal and Sexual Function in Adult Life. *British Journal of Psychiatry, 165*(1), 35-47. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.1.35>
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children : A

- community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 7-21. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00112-3](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00112-3)
- Murphy, S., Shevlin, M., Elklit, A., McElroy, E., Murphy, J., Hyland, P., & Christoffersen, M. (2017). Validating Childhood Maltreatment Typologies Using Data Linkage. *Journal of Loss and Trauma*, 23(2), 99-112. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1404204>
- Neppl, T. K., Conger, R. D., Scaramella, L. V., & Ontai, L. L. (2009). Intergenerational continuity in parenting behavior: Mediating pathways and child effects. *Developmental Psychology*, 45(5), 1241-1256. <https://doi.org/10.1037/a0014850>
- Newcomb, M. D., & Locke, T. F. (2001). Intergenerational cycle of maltreatment : A popular concept obscured by methodological limitations. *Child Abuse & Neglect*, 25(9), 1219-1240. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00267-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00267-8)
- Nicholls, A., & Kirkland, J. (1996). Maternal Sensitivity : A Review of Attachment Literature Definitions. *Early Child Development and Care*, 120(1), 55-65. <https://doi.org/10.1080/0300443961200106>
- Nobes, G., & Smith, M. (2000). The relative extent of physical punishment and abuse by mothers and fathers. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(1), 47-66.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., Harris, W. W., & Putnam, F. W. (2009). The Cumulative Burden Borne by Offspring Whose Mothers Were Sexually Abused as Children : Descriptive Results From a Multigenerational Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(3), 424-449. <https://doi.org/10.1177/0886260508317194>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect : A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Oates, R. K., Tebbutt, J., Swanston, H., Lynch, D. L., & O'Toole, B. I. (1998). Prior childhood sexual abuse in mothers of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1113-1118. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00091-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00091-X)

- Ollendick, T. H., & Horsch, L. M. (2007). Fears in Clinic-Referred Children : Relations With Child Anxiety Sensitivity, Maternal Overcontrol, and Maternal Phobic Anxiety. *Behavior Therapy, 38*(4), 402-411. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.12.001>
- Ollendick, T. H., & Sander, J. B. (2012). Internalizing Disorders. In J. E. Maddux & B. A. Winstead (Éds.), *Psychopathology, Foundations for a Contemporary Understanding* (3^e éd., p. 474). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Ollendick, T. H., Seligman, L. D., Goza, A. B., Byrd, D. A., & Singh, K. (2003). Anxiety and Depression in Children and Adolescents : A Factor-Analytic Examination of the Tripartite Model. *Journal of Child and Family Studies, 12*(2), 157-170. <https://doi.org/1062-1024/03/0600-0157/0>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *CIM-11 : Classification Internationale des Maladies Onzième Révision* (11^e éd.). Organisation Mondiale de la Santé. <https://icd.who.int/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2020, juin 8). *Maltraitance des enfants*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Padilla-Walker, L. M. (2018). Longitudinal Change in Parent-Adolescent Communication About Sexuality. *Journal of Adolescent Health, 63*(6), 753-758. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.06.031>
- Paquette, D. (2004). Theorizing the Father-Child Relationship : Mechanisms and Developmental Outcomes. *Human Development, 47*(4), 193-219. <https://doi.org/10.1159/000078723>
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec, 29*(1), 201-220. <https://doi.org/10.7202/008831ar>
- Parke, R. D., & Cookston, J. T. (2019). Fathers and Families. In M. H. Bornstein (Éd.), *Handbook of Parenting: Vol. 3 : Being and Becoming a Parent* (3^e éd., p. 64-136). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429433214-3>

- Pastorelli, C., Lansford, J. E., Luengo Kanacri, B. P., Malone, P. S., Di Giunta, L., Bacchini, D., Bombi, A. S., Zelli, A., Miranda, M. C., Bornstein, M. H., Tapanya, S., Uribe Tirado, L. M., Alampay, L. P., Al-Hassan, S. M., Chang, L., Deater-Deckard, K., Dodge, K. A., Oburu, P., Skinner, A. T., & Sorbring, E. (2016). Positive parenting and children's prosocial behavior in eight countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *57*(7), 824-834. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12477>
- Pazdera, A. L., McWey, L. M., Mullis, A., & Carbonell, J. (2013). Child Sexual Abuse and the Superfluous Association with Negative Parenting Outcomes: The Role of Symptoms as Predictors. *Journal of Marital and Family Therapy*, *39*(1), 98-111. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00272.x>
- Pears, K. C., & Capaldi, D. M. (2001). Intergenerational transmission of abuse: A two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*, *25*(11), 1439-1461. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00286-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00286-1)
- Pelchat, D., Bisson, J., Bois, C., & Saucier, J.-F. (2003). The effects of early relational antecedents and other factors on the parental sensitivity of mothers and fathers. *Infant and Child Development*, *12*(1), 27-51. <https://doi.org/10.1002/icd.335>
- 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*(1), 3-16. <https://doi.org/10.1002/jts.2490100103>
- Petot, D. (2018). Les effets psychologiques des mauvais traitements (Négligence, violences physiques et sexuelles). In *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant* (p. 185-222). Dunod.
- Phoenix Australia. (2020). *Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD*. Phoenix Australia. <https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd/>
- Polusny, M. A., & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology*, *4*(3), 143-166. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80055-1](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80055-1)

- Putnam, F. W. (2003). Ten-Year Research Update Review : Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. <https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>
- Rellini, A. H. (2014). Sexual Abuse and Sexual Function, Impact in Children and Social Minorities. In G. Corona, E. A. Jannini, & M. Maggi, *Emotional, Physical and Sexual Abuse*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-06787-2>
- Reuben, J. D., Shaw, D. S., Neiderhiser, J. M., Natsuaki, M. N., Reiss, D., & Leve, L. D. (2016). Warm Parenting and Effortful Control in Toddlerhood : Independent and Interactive Predictors of School-Age Externalizing Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(6), 1083-1096. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0096-6>
- Roberts, R., O'Connor, T., Dunn, J., & Golding, J. (2004). The effects of child sexual abuse in later family life; mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 525-545. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.07.006>
- Roeser, R. W., Eccles, J. S., & Strobel, K. R. (1998). Linking the study of schooling and mental health : Selected issues and empirical illustrations at.. *Educational Psychologist*, 33(4), 153-176. https://doi.org/10.1207/s15326985ep3304_2
- Romano, E., Tremblay, R. E., Boulerice, B., & Swisher, R. (2005). Multilevel Correlates of Childhood Physical Aggression and Prosocial Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(5), 565-578. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-6738-3>
- Rose, S., Rose, S., & Feldman, J. (1989). Stability of behavior problems in young children. *Development and Psychopathology*, 1, 5-19. <https://doi.org/10.1017/S0954579400000213>
- Roskam, I., Brassart, E., Loop, L., Mouton, B., & Schelstraete, M.-A. (2015). Stimulating parents' self-efficacy beliefs or verbal responsiveness : Which is the best way to decrease children's externalizing behaviors? *Behaviour Research and Therapy*, 72, 38-48. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.06.012>
- Roskam, I., Kinoo, P., & Nassogne, M.-C. (2007). L'enfant avec troubles externalisés du comportement : Approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatrie de*

- l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(4), 204-213.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.01.005>
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse : Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 539-555. <https://doi.org/10.1002/jts.2490100403>
- Ruscio, A. M. (2001). Predicting the child-rearing practices of mothers sexually abused in childhood. *Child Abuse & Neglect*, 25(3), 369-387. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00252-0)
- Rutter, M. (1989). Pathways from Childhood to Adult Life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(1), 23-51. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1989.tb00768.x>
- Ryan, J., Chaudieu, I., Ancelin, M.-L., & Saffery, R. (2016). Biological underpinnings of trauma and post-traumatic stress disorder : Focusing on genetics and epigenetics. *Epigenomics*, 8(11), 1553-1569. <https://doi.org/10.2217/epi-2016-0083>
- Samuelson, K. W., Wilson, C. K., Padrón, E., Lee, S., & Gavron, L. (2017). Maternal PTSD and Children's Adjustment : Parenting Stress and Emotional Availability as Proposed Mediators. *Journal of Clinical Psychology*, 73(6), 693-706. <https://doi.org/10.1002/jclp.22369>
- Sauvé, M., Cyr, C., St-Laurent, D., Amédée, L. M., Dubois-Comtois, K., Tarabulsy, G. M., Bernier, A., & Moss, E. (2022). Transmission of parental childhood trauma to child behavior problems : Parental Hostile/Helpless state of mind as a moderator. *Child Abuse & Neglect*, 128. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104885>
- Schuetze, P., & Eiden, R. D. (2005). The relationship between sexual abuse during childhood and parenting outcomes : Modeling direct and indirect pathways. *Child Abuse & Neglect*, 29(6), 645-659. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.004>
- Schulz, S., Leijten, P., Shaw, D. S., & Overbeek, G. (2019). Parental Reactivity to Disruptive Behavior in Toddlerhood : An Experimental Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(5), 779-790. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0489-4>

- Shaver, P., & Hazan, C. (1987). Being lonely, falling in love : Perspectives from attachment theory. *Journal of Social Behavior & Personality*, 2, 1973-1980.
- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., & McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities : Building a New Framework for Health Promotion and Disease Prevention. *JAMA*, 301(21), 2252-2259. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.754>
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse : A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 709-723. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00059-2](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00059-2)
- Silverthorn, P., & Frick, P. J. (1999). Developmental pathways to antisocial behavior : The delayed-onset pathway in girls. *Development and Psychopathology*, 11(1), 101-126. <https://doi.org/10.1017/S0954579499001972>
- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children : Perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 225-237. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2502_12
- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J., & Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse : Abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 785-801. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.12.004>
- Stiévenart, M. (2011). *L'attachement et les comportements externalisés chez l'enfant d'âge préscolaire : Vers un modèle intégrant la perspective intergénérationnelle de l'attachement, les pratiques éducatives parentales et les capacités intellectuelles de l'enfant* [Thèse]. Université Catholique de Louvain.
- St-Laurent, D., Dubois-Comtois, K., Milot, T., & Cantinotti, M. (2019). Intergenerational continuity/discontinuity of child maltreatment among low-income mother-child dyads : The roles of childhood maltreatment characteristics, maternal psychological functioning, and family ecology. *Development and Psychopathology*, 31(1), 189-202. <https://doi.org/10.1017/S095457941800161X>

- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe : Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of Child Maltreatment With the Parent-Child Conflict Tactics Scales : Development and Psychometric Data for a National Sample of American Parents. *Child Abuse & Neglect*, 22(4), 249-270. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00174-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00174-9)
- Tabet, C., Dupuis-Gauthier, C., Schmidt, P., Maerten-Lesot, B., Porez, S., Delion, P., & Soulé, M. (2009). Maltraitance à fœtus : Comment comprendre pour prévenir. *Devenir*, 21(4), 205-244. <https://doi.org/10.3917/dev.094.0205>
- Teicher, M. H., Anderson, C. M., Ohashi, K., & Polcari, A. (2014). Childhood Maltreatment : Altered Network Centrality of Cingulate, Precuneus, Temporal Pole and Insula. *Biological Psychiatry*, 76(4), 297-305. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.09.016>
- Testa, M., Hoffman, J. H., & Livingston, J. A. (2011). Intergenerational transmission of sexual victimization vulnerability as mediated via parenting. *Child Abuse & Neglect*, 35(5), 363-371. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.01.010>
- Thomas-Argyriou, J. C., Letourneau, N., Dewey, D., Campbell, T. S., Giesbrecht, G. F., & the APrON Study Team. (2021). The role of HPA-axis function during pregnancy in the intergenerational transmission of maternal adverse childhood experiences to child behavior problems. *Development and Psychopathology*, 33(1), 284-300. <https://doi.org/10.1017/S0954579419001767>
- Tsotsi, S., Borelli, J. L., Backer, M., Veragoo, N., Abdulla, N., Tan, K. H., Chong, Y. S., Chen, H., Meaney, M. J., Broekman, B., & Rifkin-Graboi, A. (2021). Preschoolers' emotion reactivity and regulation : Links with maternal psychological distress and child behavior problems. *Development and Psychopathology*, 1-13. <https://doi.org/10.1017/S0954579421000936>

- Tursz, A. (2013). Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : Approche épidémiologique de santé publique. *Revue française des affaires sociales*, 1, 32-50.
- Tursz, A. (2015). La maltraitance envers les enfants. *Les Cahiers Dynamiques*, 66(4), 17-27.
- United Nations International Children's Emergency Fund. (2022). *Violences et Maltraitements Contre les Enfants*. UNICEF. <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/protection/maltraitements-infantiles/>
- Vaillancourt-Morel, M.-P., Godbout, N., Labadie, C., Runtz, M., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2015). Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 40, 48-59. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.024>
- Van der Asdonk, S., Cyr, C., & Alink, L. (2021). Improving parent-child interactions in maltreating families with the Attachment Video-feedback Intervention : Parental childhood trauma as a moderator of treatment effects. *Attachment & Human Development*, 23(6), 876-896. <https://doi.org/10.1080/14616734.2020.1799047>
- Vasconcelos, F. (2007). *The Effects of Childhood Abuse on Parenting* [Mémoire, Eastern Michigan University]. <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e517322011-439>
- Villarreal, D. L., Smith, O. A., & Nelson, J. A. (2021). Child Behavior Problems Related to Inconsistency and Average Negativity in Mother-Child Conflict Characteristics : The Mediating Role of Parenting Stress. *Journal of Child and Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02146-4>
- Waschbusch, D. A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, 128(1), 118-150. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.1.118>
- Whittenburg, P. N., Stern, J. A., Brett, B. E., Straske, M. D., & Cassidy, J. (2022). Maternal depressive symptoms and child behavior problems : Attachment security as a protective factor. *Development and Psychopathology*, 1-11. <https://doi.org/10.1017/S0954579421001802>

- Williams, M. B. (1993). Assessing the Traumatic Impact of Child Sexual Abuse : What Makes It More Severe? Clinical and Research Issues. *Journal of Child Sexual Abuse*, 2(2), 41-60.
- Wind, T. W., & Silvern, L. (1994). Parenting and family stress as mediators of the long-term effects of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 439-453. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)90029-9](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)90029-9)
- World Health Organization. (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. World Health Organization Social Change and Mental Health Violence and Injury Prevention.
- World Health Organization. (2016). *INSPIRE : Seven strategies for ending violence against children*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/207717>
- World Health Organization. (2022). *Responding to child maltreatment : A clinical handbook for health professionals*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020, juin 8). *Child maltreatment*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Yaffe, Y. (2020). Systematic review of the differences between mothers and fathers in parenting styles and practices. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01014-6>
- Yalcintas, S., Pike, A., & Oliver, B. R. (2021). Household Chaos and Child Behavior Problems Predict Maternal Well-being. *Psychiatric Quarterly*, 92(4), 1817-1824. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09947-2>
- Zlotnick, C., Zakriski, A. L., Shea, M. T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T., & Simpson, E. (1996). The long-term sequelae of sexual abuse : Support for a complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 195-205. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090204>
- Zuravin, S. J., & Fontanella, C. (1999). Parenting behaviors and perceived parenting competence of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 23(7), 623-632. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00045-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00045-9)

Annexes

Table des annexes

Annexe A : Items ajoutés à la CTQ-SF.....	98
Annexe B : Données descriptives et normalité de l'échantillon D.....	102
Tableau B1. Données descriptives et normalité de l'échantillon D.....	102
Annexe C : Données socio-démographiques de l'échantillon D.....	105
Tableau C1. Âge des parents et de leur enfant.....	105
Tableau C2. Données socio-démographiques de l'échantillon D.....	105
Annexe D : Données socio-démographiques de l'échantillon A.....	108
Tableau D1. Âge des parents de l'échantillon A et de leur enfant.....	108
Tableau D2. Données socio-démographiques de l'échantillon A.....	108
Annexe E : Résultats aux tests des participants de l'échantillon D par groupe.....	111
Tableau E1. Résultats aux tests des participants de l'échantillon D par groupe.....	111
Annexe F : Régressions linéaires de l'âge des parents et des enfants sur leurs résultats aux tests.....	114
Tableau F1. Régressions linéaires de l'âge des parents et des enfants sur leurs résultats aux tests.....	114
Annexe G : Analyses en lien avec l'hypothèse 1.....	117
Tableau G1. Corrélations entre pratiques éducatives et comportements de l'enfant de moins de 6 ans.....	117
Tableau G2. Corrélations entre pratiques éducatives et comportements de l'enfant de 6 ans et plus.....	117
Tableau G3. Régressions linéaires multiples des pratiques éducatives parentales et de l'ASI sur le comportement de l'enfant de moins de 6 ans.....	118
Tableau G4. Régressions linéaires multiples des pratiques éducatives parentales et de l'ASI sur le comportement de l'enfant de 6 ans et plus.....	119
Tableau G5. Régressions linéaires multiples des pratiques éducatives et du score total du CTQ-SF sur le comportement de l'enfant de moins de 6 ans.....	119
Tableau G6. Régressions linéaires multiples des pratiques éducatives et du score total du CTQ-SF sur le comportement de l'enfant de 6 ans et plus.....	123
Annexe H : Données descriptives et normalité de l'échantillon A.....	124
Tableau H1. Données descriptives et normalité de l'échantillon A.....	124

Annexe I : Analyses en lien avec l'hypothèse 2.....	125
Tableau I1. Corrélations entre interactions parent-enfant et comportements de l'enfant de moins de 6 ans.....	125
Tableau I2. Corrélations entre interactions parent-enfant et comportements de l'enfant de 6 ans et plus.....	125
Tableau I3. Régressions linéaires multiples des interactions parent-enfant et de l'ASI sur le comportement de l'enfant de moins de 6 ans.....	126
Tableau I4. Régression multiples des interactions parent-enfant et de l'ASI sur le comportement de l'enfant de 6 ans et plus.....	127
Tableau I5. Régressions linéaires multiples des interactions parent-enfant et du score total du CTQ-SF sur le comportement de l'enfant de moins de 6 ans.....	127
Tableau I6. Régressions linéaires multiples des interactions parent-enfant et du score total du CTQ-SF sur le comportement de l'enfant de 6 ans et plus.....	131
Annexe J : Analyses en lien avec l'hypothèse 3.....	135
Tableau J1. ANOVA double croisée du score de punitions sévères des parents d'un enfant de moins de 6 ans.....	135
Tableau J2. ANOVA double croisée du score de punitions sévères des parents d'un enfant de 6 ans et plus.....	135
Annexe K : Analyses en lien avec l'hypothèse 4.....	136
Tableau K1. ANOVA double croisée de la parentalité positive et du monitoring des parents d'un enfant de moins de 6 ans.....	136
Tableau K2. ANOVA double croisée de la parentalité positive et du monitoring des parents d'un enfant de 6 ans et plus.....	136

Annexe A : Items ajoutés à la CTQ-SF

Nous vous invitons à présent à répondre à quelques questions supplémentaires concernant votre enfance. Si certaines de ces questions sont trop difficiles pour vous, vous êtes tout à fait libre de ne pas y répondre.

1. Pensez-vous avoir été victime de maltraitance pendant votre enfance ?

- Oui
- Non : passez au point 6

2. Pensez-vous avoir été victime de maltraitance et/ou de violence physique avant l'âge de 18 ans ? (c'est-à-dire avez-vous été victime d'actes physiques vous provoquant des dommages corporels, comme des brûlures, étouffements, coups, ...)

- Oui
- Non : passez au point 3

2.1 Qui était l'auteur de cette maltraitance/violence physique ?

- Mère
- Père
- Frère
- Sœur
- Beaux-parents
- Un autre membre de ma famille
- Autre : _____

2.2 Quelle était la fréquence de cette maltraitance ?

- Une seule fois
- Plusieurs fois (précisez) :

3. Pensez-vous avoir été victime de maltraitance et/ou de violence psychologique avant l'âge de 18 ans ? (c'est-à-dire avez-vous été victime de paroles ou de gestes qui avaient pour but de vous déstabiliser ou de vous blesser, comme des menaces, insultes, de l'humiliation, ...)

- Oui
- Non : passez au point 4

3.1 Qui était l'auteur de cette maltraitance/violence psychologique ?

- Mère
- Père
- Frère
- Sœur
- Beaux-parents
- Un autre membre de ma famille
- Autre : _____

3.2 Quelle était la fréquence de cette maltraitance ?

- Une seule fois
- Plusieurs fois (précisez) :

4. Pensez-vous avoir été victime de négligence émotionnelle avant l'âge de 18 ans ? (c'est-à-dire avez-vous ressenti des carences pour votre santé émotionnelle, comme un manque d'affection, d'amour)

- Oui
- Non : passez au point 5

4.1 Qui était l'auteur de cette négligence émotionnelle ?

- Mère
- Père
- Frère
- Sœur
- Beaux-parents
- Un autre membre de ma famille

5. Pensez-vous avoir été victime de négligence physique avant l'âge de 18 ans ? (c'est-à-dire avez-vous ressenti des carences pour votre santé physique, comme un manque de nourriture, de soins ou de protection)

- Oui
- Non : passez au point 6

5.1 Qui était l'auteur de cette négligence physique ?

- Mère
- Père
- Frère
- Sœur
- Beaux-parents
- Un autre membre de ma famille

6. Pensez-vous avoir été victime d'attouchement(s) et/ou d'agression(s) sexuelle(s) avant l'âge de 18 ans ?

- Oui
- Non : merci, vous pouvez passer au questionnaire suivant

6.1 Qui était l'auteur de ce(s) attouchement(s) et/ou agression(s) ?

- Mère
- Père
- Frère
- Sœur
- Beaux-parents
- Un autre membre de ma famille
- Une personne hors de ma famille que je connaissais
- Un(e) inconnu(e)

6.2 Quelle était la fréquence de ce(s) attouchement(s) et/ou agression(s) ?

- Une seule fois
- Plusieurs fois (précisez) :

6.3 Quel âge aviez-vous lorsque cet événement s'est produit (pour la première fois s'il y en a plusieurs) ?

6.4 Si cela est arrivé à plusieurs reprises, quel était l'âge lors de la dernière agression sexuelle ?

6.5 Etais(en)-tu un viol(s) et/ou une agression sexuelle(s) (tous les autres actes ne comportant pas la pénétration) ?

6.6 L'auteur a-t-il eu recours à la force physique ou à des menaces ?

6.7 Avez-vous révélé ce(s) agression(s) sexuelle(s) ?

6.8 Si oui, quelles ont été les réactions de votre entourage face à cette révélation ?

Nous vous remercions d'avoir répondu à ces questions. Bien que peu abordée, la maltraitance est un problème de société majeur. Une enquête menée en 2020 montre que 47 % des Belges ont été victimes de violences sexuelles, dont la moitié ont été exposés pour la première fois à cette violence avant 19 ans.

Annexe B : Données descriptives et normalité de l'échantillon D

Tableau B1

Données descriptives et normalité de l'échantillon D

Sous-échelles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>D</i>
CTQ-SF			
Abus sexuel	6.79	4.42	0.43**
Négligence émotionnelle	11.29	5.01	0.12**
Maltraitance émotionnelle	9.54	5.09	0.19**
Négligence physique	7.30	3.08	0.23**
Maltraitance physique	6.51	3.36	0.36**
Score total	41.40	16.32	0.16**
Déni	0.46	0.90	0.44**
EPEP-PPSF			
Parentalité positive	4.50	0.47	0.16**
Règles	4.40	0.69	0.14**
Discipline	2.65	0.90	0.07**
Discipline inconsistante	2.53	0.80	0.05**
Punitions sévères	1.44	0.64	0.28**
Ignorance	1.78	0.76	0.15**
Récompenses matérielles	2.70	0.94	0.07**
Autonomie	3.92	0.61	0.13**
Monitoring	4.30	0.64	0.14**
Pratiques supportives	4.28	0.36	0.04**
Pratiques contrôlantes	2.22	0.53	0.02
EPEP			
Parentalité positive	4.29	0.52	0.09**
Règles	4.50	0.42	0.17**
Discipline	3.12	0.88	0.08**
Discipline inconsistante	2.93	0.96	0.11**
Punitions sévères	1.46	0.64	0.28**
Ignorance	1.77	0.80	0.19**
Récompenses matérielles	2.94	0.80	0.09**
Autonomie	3.83	0.61	0.23**
Monitoring	3.70	0.88	0.10**
Pratiques supportives	4.08	0.40	0.04*

Sous-échelles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>D</i>
Pratiques contrôlantes	2.44	0.51	0.02
MCIT Parent			
Sensibilité comportementale	4.84	0.84	0.23**
Sensibilité émotionnelle	4.43	0.82	0.28**
Affects positifs	4.89	0.76	0.34**
Retrait/désintérêt	1.09	0.38	0.54**
Irritabilité/colère	1.30	0.63	0.46**
Agression	1.05	0.40	0.53**
MCIT Enfant			
Affects positifs	5.02	0.97	0.29**
Retrait/désintérêt	1.04	0.30	0.53**
Irritabilité/colère	1.43	0.98	0.45**
Non-compliance	1.56	0.98	0.39**
Agression	1.02	0.20	0.53**
Persévérance	5.97	0.97	0.23**
Enthousiasme	5.41	0.78	0.27**
CBCL/1.5-5			
Gestion des émotions	0.38	0.36	0.17**
Anxiété/dépression	0.27	0.33	0.22**
Plaintes somatiques	0.18	0.18	0.18**
Comportements de retrait	0.18	0.26	0.31**
Difficultés de sommeil	0.41	0.44	0.22**
Troubles de l'attention	0.50	0.40	0.19**
Comportements agressifs	0.49	0.39	0.13**
Autres problèmes	0.26	0.18	0.10
Comportements internalisés	0.25	0.23	0.15**
Comportements externalisés	0.49	0.36	0.09
CBCL/6-18			
Anxiété/dépression	0.31	0.25	0.16**
Plaintes somatiques	0.14	0.15	0.27**
Évitement	0.20	0.23	0.22**
Difficultés sociales	0.26	0.24	0.18**
Troubles de la pensée	0.14	0.14	0.22**
Difficultés d'attention	0.36	0.26	0.16**
Comportements délinquants	0.12	0.09	0.18**

Sous-échelles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>D</i>
Comportements agressifs	0.28	0.22	0.12*
Autres problèmes	0.25	0.18	0.15**
Comportements internalisés	0.22	0.15	0.7
Comportements externalisés	0.24	0.15	0.09

M = moyenne, *ET* = écart-type, *D* = statistique du test de normalité Kolmogorov-Smirnov.

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

Annexe C : Données socio-démographiques de l'échantillon D

Tableau C1

Âge des parents et de leur enfant

Sexe	ASI		ASI avec MI		ASI sans MI		MI		Tout-venant		Total	
	<i>n</i> = 517		<i>n</i> = 255		<i>n</i> = 262		<i>n</i> = 336		<i>n</i> = 1378		<i>N</i> = 2235	
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>
Femmes	34.53	5.83	34.55	5.95	34.50	5.72	34.27	5.10	34.60	5.32	34.53	5.42
Hommes	41.32	8.84	44.50	9.31	38.67	7.83	37.78	6.05	37.71	5.68	38.08	6.20
Filles	5.22	1.76	5.43	1.75	5.04	1.75	5.39	1.71	5.38	1.59	5.34	1.65
Garçons	5.43	1.67	5.46	1.72	5.41	1.61	5.26	1.71	5.19	1.65	5.25	1.67

Tableau C2

Données socio-démographiques de l'échantillon D

Caractéristique	ASI		ASI avec MI		ASI sans MI		MI		Tout-venant		Total	
	<i>n</i> = 517		<i>n</i> = 255		<i>n</i> = 262		<i>n</i> = 336		<i>n</i> = 1378		<i>N</i> = 2235	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexe parent												
Femme	494	95.55	245	96.08	249	95.04	292	86.90	1221	88.61	2011	89.98
Homme	23	4.45	10	3.92	13	4.96	44	13.10	157	11.39	224	10.02
Sexe enfant												
Fille	245	47.39	109	42.75	136	51.91	153	45.54	626	45.43	1025	45.86
Garçon	249	48.16	131	51.37	118	45.04	162	48.21	659	47.82	1071	47.92
DM ^a	23	4.45	15	5.88	8	3.05	21	6.25	93		139	6.22
Profession parent												
Artisan	6	1.16	5	1.96	1	0.38	10	2.98	13	0.94	30	1.34
Employé	224	43.33	112	43.92	112	42.75	153	45.54	672	48.77	1050	47.02
Enseignant	45	8.70	14	5.49	31	11.83	29	8.63	151	10.96	225	10.08
Ouvrier	24	4.64	16	6.27	8	3.05	16	4.76	71	5.15	111	4.97
Libéral	44	8.51	25	9.80	19	7.25	20	5.95	90	6.53	154	6.90
Cadre	43	8.32	14	5.49	29	11.07	24	7.14	134	9.72	202	9.05
Retraité	.	.	.	.	.	.	1	0.30	1	0.07	2	0.09
Sans activité	78	15.09	50	19.61	28	10.69	50	14.88	105	7.62	233	7.30
Mère au foyer	1	0.19	.	.	1	0.38	2	0.60	6	0.44	9	0.40
Étudiant	10	1.93	6	2.35	4	1.53	5	1.49	15	1.09	30	1.34
Autre	42	8.13	13	5.10	29	11.07	26	7.74	118	8.56	187	11.50

Caractéristique	ASI		ASI avec MI		ASI sans MI		MI		Tout-venant		Total	
	<i>n</i> = 517		<i>n</i> = 255		<i>n</i> = 262		<i>n</i> = 336		<i>n</i> = 1378		<i>N</i> = 2235	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
DM ^a	.	.	.	.	.	.	.	.	2	0.15	2	0.09
Éducation ^b												
Aucune	6	1.16	2	0.78	4	1.53	4	1.19	12	0.87	22	0.99
Primaire	11	2.13	7	2.75	4	1.53	8	2.38	14	1.02	33	1.48
Secondaire inférieur	64	12.38	44	17.25	20	7.63	44	13.1	75	5.44	183	8.21
Secondaire supérieur	112	21.66	55	21.57	57	21.76	71	21.13	273	19.81	457	20.51
Supérieur de type court	172	33.27	78	30.59	94	35.88	114	33.93	500	36.28	787	35.32
Supérieur de type long	144	27.85	67	26.27	77	29.39	85	25.30	464	33.67	695	31.19
Doctorat	8	1.55	2	0.78	6	2.29	8	2.38	35	2.54	51	2.29
DM ^a	.	.	.	.	.	.	2	0.60	5	0.36	7	0.31
Structure familiale												
Bi-parentale / Classique	339	65.57	149	58.43	190	72.52	223	66.37	1042	75.62	1607	72.06
Recomposée	79	15.28	41	16.08	38	14.50	65	19.35	179	12.99	324	14.53
Homoparentale	11	2.13	6	2.35	5	1.91	7	2.08	11	0.80	29	1.30
Monoparentale	81	15.67	53	20.78	28	10.69	39	11.61	135	9.80	255	11.43
Autre	6	1.16	5	1.96	1	0.38	2	0.60	7	0.51	15	0.67
DM ^a	1	0.19	1	0.39	.	.	.	.	4	0.29	5	0.22
Revenu ^c												
< 10 000	37	7.16	23	9.02	14	5.34	21	6.25	37	6.69	96	4.32
10 000-19 999	100	19.34	64	25.10	36	13.74	64	19.05	151	10.96	315	14.21
20 000-29 999	103	19.92	52	20.39	51	19.47	60	17.86	240	17.72	403	18.12
30 000-39 999	90	17.41	47	18.43	43	16.41	60	17.86	259	18.80	410	18.44
40 000-49 999	76	14.70	26	10.20	50	19.08	50	14.88	249	18.07	375	16.86
≥ 50 000	62	11.99	17	6.67	45	17.18	48	14.29	256	18.58	366	16.50
Refus de répondre	48	9.28	26	10.20	22	8.40	32	9.52	178	12.92	259	11.56
DM ^a	1	0.19	.	.	1	0.38	1	0.30	8	0.58	11	0.49
Particularité enfant												
Handicap	12	2.32	8	3.14	4	1.53	1	0.30	14	1.02	27	1.21
TA ^d	44	8.51	28	10.98	16	6.11	25	7.44	68	4.93	137	6.13
TC ^e	35	6.77	24	9.41	11	4.20	28	8.33	58	4.21	121	5.41

Caractéristique	ASI		ASI avec MI		ASI sans MI		MI		Tout-venant		Total	
	<i>n</i> = 517		<i>n</i> = 255		<i>n</i> = 262		<i>n</i> = 336		<i>n</i> = 1378		<i>N</i> = 2235	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
TCA ^f	28	5.42	18	7.06	10	3.82	13	3.87	32	2.32	73	3.27
TD ^g	6	1.16	4	1.57	2	0.76	3	0.89	10	0.73	19	0.85
TE ^h	75	14.51	40	15.69	35	13.36	53	15.77	109	7.91	238	10.65
TDA ⁱ	39	7.54	24	9.41	15	5.73	22	6.55	75	5.44	136	6.09
HPI ^j	.	.	.	.	.	.	3	0.89	14	1.02	17	0.76
Autre	3	0.58	2	0.78	1	0.38	3	0.89	17	1.23	23	1.03

^a Données manquantes, ^b Diplôme le plus élevé obtenu, ^c Revenu annuel du ménage après impôts, ^d Trouble des apprentissages, ^e Trouble du comportement, ^f Troubles du comportement alimentaire, ^g Trouble du développement, ^h Trouble émotionnel, ⁱ Trouble de l'attention, ^j Haut potentiel intellectuel.

Annexe D : Données socio-démographiques de l'échantillon A

Notons que l'intégralité des parents et des enfants a participé à l'entièreté de l'étude.

Tableau D1

Âge des parents de l'échantillon A et de leur enfant

Sexe	ASI		ASI avec MI		ASI sans MI		MI		Tout-venant		Total	
	<i>n</i> = 14		<i>n</i> = 4		<i>n</i> = 10		<i>n</i> = 12		<i>n</i> = 110		<i>N</i> = 136	
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>
Femmes	36.62	5.58	36.75	6.18	36.56	5.68	37.40	4.74	36.98	5.36	36.97	5.29
Hommes	32.00	.	.	.	32.00	.	39.00	2.83	39.69	7.23	39.38	7.00
Filles	5.63	2.07	6.50	0.71	5.33	2.34	6.43	1.13	5.44	1.55	5.55	1.58
Garçons	5.00	1.26	5.50	2.12	4.75	0.96	5.00	1.58	5.43	1.72	5.35	1.66

Tableau D2

Données socio-démographiques de l'échantillon A

Caractéristique	ASI		ASI avec MI		ASI sans MI		MI		Tout-venant		Total	
	<i>n</i> = 14		<i>n</i> = 4		<i>n</i> = 10		<i>n</i> = 12		<i>n</i> = 110		<i>N</i> = 136	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexe parent												
Femme	13	92.98	4	100	9	90.00	10	83.33	83	75.45	106	77.94
Homme	1	7.14	.	.	1	10.00	2	16.67	27	24.55	30	22.06
Sexe enfant												
Fille	8	57.14	2	50.00	6	60.00	7	58.33	59	53.64	74	54.41
Garçon	6	42.86	2	50.00	4	40.00	5	41.67	51	46.36	62	45.59
Thérapie du parent												
passée	3	21.43	1	25.00	2	20.00	3	25.00	22	20.00	28	20.59
DM ^a	9	64.29	3	75.00	6	60.00	7	58.33	45	40.91	61	44.85
actuelle	1	7.14	.	.	1	10.00	.	.	4	3.64	5	3.68
DM ^a	9	64.29	3	75.00	6	60.00	7	58.33	45	40.91	61	44.85
Profession parent												
Artisan	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1.82	2	1.47
Employé	4	28.87	3	75.00	1	10.00	7	58.33	43	39.09	54	39.71
Enseignant	3	21.43	.	.	3	30.00	.	.	14	12.73	17	12.50
Ouvrier	1	7.14	.	.	1	10.00	.	.	5	4.55	6	4.41
Libéral	3	21.43	1	25.00	2	20.00	1	8.33	14	12.73	18	13.24
Cadre	.	.	.	.	.	.	.	.	3	2.73	3	2.21

Caractéristique	ASI		ASI avec MI		ASI sans MI		MI		Tout-venant		Total	
	<i>n</i> = 14		<i>n</i> = 4		<i>n</i> = 10		<i>n</i> = 12		<i>n</i> = 110		<i>N</i> = 136	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Retraité	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0.91	1	0.74
Sans activité	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Mère au foyer	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1.82	2	1.47
Étudiant	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0.91	1	0.74
Autre	3	21.43	.	.	3	30.00	4	33.33	24	21.82	31	22.79
DM ^a	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0.91	1	0.74
Éducation ^b												
Aucune	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0.91	1	0.74
Primaire	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Secondaire inférieur	.	.	.	.	.	.	1	8.33	4	3.64	5	3.68
Secondaire supérieur	3	21.43	2	50.00	1	10.00	4	33.33	28	25.45	35	25.74
Supérieur de type court	6	42.86	1	25.00	5	50.00	3	25.00	39	35.45	48	35.29
Supérieur de type long	5	35.71	1	25.00	4	40.00	3	25.00	32	29.09	40	29.41
Doctorat	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0.91	1	0.74
DM ^a	.	.	.	.	.	.	1	8.33	5	4.55	6	4.41
Structure familiale												
Bi-parentale / Classique	8	57.14	.	.	8	80.00	8	66.67	88	80.00	104	76.47
Recomposée	3	21.43	2	50.00	1	10.00	3	25.00	4	3.64	10	7.35
Homoparentale	1	7.14	.	.	1	10.00	.	.	1	0.91	2	1.47
Monoparentale	1	7.14	1	25.00	.	.	1	8.33	12	10.91	14	10.29
Autre	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1.82	2	1.47
DM ^a	1	7.14	1	25.00	.	.	.	.	3	2.73	4	2.94
Revenu ^c												
< 10 000	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0.91	1	0.74
10 000-19 999	2	14.29	2	50.00	.	.	.	.	7	6.36	9	6.62
20 000-29 999	.	.	.	.	.	.	1	8.33	23	20.91	24	17.65
30 000-39 999	.	.	.	.	.	.	.	.	9	8.18	9	6.62
40 000-49 999	6	42.86	1	25.00	5	50.00	6	50.00	18	16.36	30	22.06
≥ 50 000	3	21.43	1	25.00	2	20.00	4	33.33	34	30.31	39	28.68
Refus de répondre	2	14.29	.	.	2	20.00	1	8.33	14	12.73	17	12.50

Caractéristique	ASI		ASI avec MI		ASI sans MI		MI		Tout-venant		Total	
	<i>n</i> = 14		<i>n</i> = 4		<i>n</i> = 10		<i>n</i> = 12		<i>n</i> = 110		<i>N</i> = 136	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
DM ^a	1	7.14	.	.	1	10.00	.	.	6	5.45	7	5.15
Particularité enfant												
Handicap	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
TA ^d	.	.	.	.	.	.	1	8.33	1	0.91	2	1.47
TC ^e	.	.	.	.	.	.	1	8.33	2	1.82	3	2.21
TCA ^f	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
TD ^g	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0.91	1	0.74
TE ^h	2	14.29	1	25.00	1	10.00	2	16.67	8	7.27	12	8.82
TDA ⁱ	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
HPI ^j	.	.	.	.	.	.	3	25.00	14	12.73	17	12.50
Autre	3	21.43	2	50.00	1	10.00	3	25.00	17	15.45	23	16.91

^a Données manquantes, ^b Diplôme le plus élevé obtenu, ^c Revenu annuel du ménage après impôts, ^d Trouble des apprentissages, ^e Trouble du comportement, ^f Troubles du comportement alimentaire, ^g Trouble du développement, ^h Trouble émotionnel, ⁱ Trouble de l'attention, ^j Haut potentiel intellectuel.

Annexe E : Résultats aux tests des participants de l'échantillon D par groupe

Tableau E1

Résultats aux tests des participants de l'échantillon D par groupe

Sous-échelles	ASI		ASI avec MI		ASI sans MI		MI		Tout-venant		Total	
	<i>n</i> = 517		<i>n</i> = 255		<i>n</i> = 262		<i>n</i> = 336		<i>n</i> = 1378		<i>N</i> = 2235	
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>
CTQ-SF												
Abus sexuel	12.72	6.20	14.32	6.62	11.15	5.34	5.00	0.00	5.00	0.00	6.79	4.42
Négligence émotionnelle	13.80	5.28	17.83	3.91	9.86	2.96	17.57	3.61	8.82	2.98	11.29	5.01
Maltraitance émotionnelle	12.84	5.80	17.12	4.75	8.66	3.02	14.67	5.18	7.05	2.49	9.54	5.09
Négligence physique	8.80	3.89	11.01	4.20	6.66	1.84	9.79	3.50	6.13	1.73	7.30	3.08
Maltraitance physique	8.52	4.77	10.99	5.66	6.12	1.43	8.46	4.58	5.27	0.81	6.51	3.36
Score total	56.66	19.85	71.27	16.68	42.39	9.76	55.51	11.09	32.28	5.89	41.40	16.32
Déni	0.20	0.58	0.07	0.31	0.32	0.74	0.09	0.30	0.65	1.03	0.46	0.90
EPEP-PPSF												
Parentalité positive	4.51	0.49	4.52	0.51	4.51	0.48	4.51	0.50	4.50	0.46	4.50	0.47
Règles	4.33	0.46	4.30	0.51	4.35	0.41	4.38	0.47	4.44	0.80	4.40	0.69
Discipline	2.53	0.93	2.51	0.95	2.54	0.92	2.63	0.94	2.71	0.87	2.65	0.90
Discipline inconsistante	2.58	0.85	2.62	0.89	2.55	0.82	2.54	0.86	2.51	0.76	2.53	0.80
Punitions sévères	1.43	0.64	1.42	0.66	1.44	0.62	1.47	0.64	1.43	0.64	1.44	0.64
Ignorance	1.78	0.77	1.75	0.80	1.80	0.75	1.88	0.80	1.77	0.75	1.78	0.76
Récompenses matérielles	2.80	0.97	2.79	1.03	2.81	0.92	2.79	1.01	2.64	0.90	2.70	0.94
Autonomie	3.92	0.63	4.01	0.61	3.85	0.63	3.94	0.61	3.92	0.61	3.92	0.61
Monitoring	4.35	0.63	4.37	0.67	4.33	0.61	4.35	0.66	4.27	0.64	4.30	0.64
Pratiques supportives	4.28	0.37	4.30	0.37	4.26	0.37	4.30	0.38	4.27	0.36	4.28	0.36
Pratiques contrôlantes	2.22	0.56	2.22	0.58	2.23	0.54	2.26	0.57	2.21	0.50	2.22	0.53
EPEP												
Parentalité positive	4.31	0.48	4.33	0.48	4.29	0.48	4.25	0.61	4.30	0.51	4.29	0.52
Règles	4.39	0.45	4.36	0.49	4.42	0.41	4.52	0.45	4.54	0.39	4.50	0.42

Sous-échelles	ASI		ASI avec MI		ASI sans MI		MI		Tout-venant		Total	
	<i>n</i> = 517		<i>n</i> = 255		<i>n</i> = 262		<i>n</i> = 336		<i>n</i> = 1378		<i>N</i> = 2235	
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>
Discipline	3.02	0.86	2.93	0.92	3.12	0.77	3.12	0.90	3.17	0.88	3.12	0.88
Discipline inconsistante	3.04	0.92	3.08	0.87	2.99	0.97	3.11	1.07	2.83	0.94	2.93	0.96
Punitions sévères	1.38	0.55	1.40	0.59	1.35	0.50	1.57	0.83	1.46	0.62	1.46	0.64
Ignorance	1.82	0.79	1.81	0.82	1.84	0.76	1.81	0.85	1.75	0.79	1.77	0.80
Récompenses matérielles	3.03	0.80	3.11	0.84	2.95	0.75	3.15	0.79	2.85	0.79	2.94	0.80
Autonomie	3.88	0.63	3.89	0.64	3.86	0.61	3.81	0.61	3.82	0.61	3.83	0.61
Monitoring	3.74	0.89	3.74	0.86	3.73	0.94	3.73	0.90	3.67	0.87	3.70	0.88
Pratiques supportives	4.08	0.44	4.08	0.43	4.08	0.44	4.08	0.40	4.09	0.39	4.08	0.40
Pratiques contrôlantes	2.45	0.49	2.46	0.51	2.44	0.46	2.55	0.57	2.41	0.50	2.44	0.51
MCIT Parent												
Sensibilité comportementale	5.43	0.76	5.50	0.58	5.40	0.84	4.83	0.72	4.75	0.84	4.84	0.84
Sensibilité émotionnelle	5.14	0.86	5.75	0.96	4.90	0.74	4.67	0.78	4.30	0.77	4.43	0.82
Affects positifs	5.14	0.53	5.50	0.58	5.00	0.47	4.75	0.62	4.87	0.80	4.89	0.76
Retrait/désintérêt	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.11	0.43	1.09	0.38
Irritabilité/colère	1.43	0.65	1.25	0.50	1.50	0.71	1.17	0.39	1.30	0.65	1.30	0.63
Agression	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.06	0.45	1.05	0.40
MCIT Enfant												
Affects positifs	5.14	0.53	5.50	0.58	5.00	0.47	4.92	0.67	5.01	1.06	5.02	0.97
Retrait/désintérêt	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.05	0.33	1.04	0.30
Irritabilité/colère	1.14	0.36	1.25	0.50	1.10	0.32	1.67	1.07	1.44	1.02	1.43	0.98
Non-compliance	1.64	0.63	1.75	0.96	1.60	0.52	1.33	0.89	1.58	1.04	1.56	0.98
Agression	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.03	0.23	1.02	0.20
Persévérance	5.79	0.80	6.00	0.82	5.70	0.82	5.92	0.79	6.00	1.02	5.97	0.97
Enthousiasme	5.36	0.63	6.00	0.00	5.10	0.57	5.50	0.52	5.41	0.83	5.41	0.78
CBCL/1.5-5	0.23	0.14	.	.	0.23	0.14	0.57	0.31	0.34	0.25	0.34	0.26
Gestion des émotions	0.30	0.28	.	.	0.30	0.28	0.61	0.53	0.37	0.36	0.38	0.36

Sous-échelles	ASI		ASI avec MI		ASI sans MI		MI		Tout-venant		Total	
	<i>n</i> = 517		<i>n</i> = 255		<i>n</i> = 262		<i>n</i> = 336		<i>n</i> = 1378		<i>N</i> = 2235	
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>
Anxiété/ dépression	0.13	0.16	.	.	0.13	0.16	0.34	0.34	0.28	0.34	0.27	0.33
Plaintes somatiques	0.27	0.30	.	.	0.27	0.30	0.30	0.17	0.16	0.16	0.18	0.18
Comportements de retrait	0.15	0.24	.	.	0.15	0.24	0.41	0.36	0.17	0.25	0.18	0.26
Difficultés de sommeil	0.24	0.27	.	.	0.24	0.27	0.61	0.61	0.41	0.44	0.41	0.44
Troubles de l'attention	0.27	0.33	.	.	0.27	0.33	1.00	0.37	0.49	0.39	0.50	0.40
Comportements agressifs	0.38	0.34	.	.	0.38	0.34	0.71	0.42	0.48	0.39	0.49	0.39
Autres problèmes	0.17	0.08	.	.	0.17	0.08	0.40	0.22	0.26	0.18	0.26	0.18
Comportements internalisés	0.21	0.16	.	.	0.21	0.16	0.41	0.34	0.24	0.23	0.25	0.23
Comportements externalisés	0.32	0.29	.	.	0.32	0.29	0.86	0.39	0.49	0.36	0.49	0.36
CBCL/6-18	0.21	0.24	0.39	0.28	0.08	0.06	0.18	0.11	0.23	0.13	0.22	0.14
Anxiété/ dépression	0.30	0.34	0.51	0.42	0.13	0.16	0.35	0.29	0.31	0.24	0.31	0.25
Plaintes somatiques	0.11	0.11	0.13	0.12	0.10	0.12	0.18	0.20	0.13	0.15	0.14	0.15
Évitement	0.30	0.39	0.58	0.47	0.09	0.12	0.22	0.22	0.18	0.20	0.20	0.23
Difficultés sociales	0.16	0.23	0.33	0.28	0.02	0.05	0.16	0.14	0.29	0.24	0.26	0.24
Troubles de la pensée	0.20	0.22	0.33	0.29	0.10	0.09	0.15	0.13	0.14	0.13	0.14	0.14
Difficultés d'attention	0.34	0.38	0.70	0.30	0.08	0.10	0.28	0.23	0.38	0.25	0.36	0.26
Comportements délinquants	0.06	0.07	0.10	0.09	0.03	0.03	0.10	0.10	0.13	0.09	0.12	0.09
Comportements agressifs	0.24	0.25	0.41	0.29	0.11	0.13	0.25	0.26	0.28	0.22	0.28	0.22
Autres problèmes	0.24	0.30	0.44	0.39	0.09	0.08	0.18	0.10	0.26	0.17	0.25	0.18
Comportements internalisés	0.24	0.24	0.41	0.26	0.11	0.13	0.25	0.15	0.21	0.14	0.22	0.15
Comportements externalisés	0.21	0.23	0.41	0.24	0.07	0.05	0.19	0.10	0.26	0.14	0.24	0.15

Annexe F : Régressions linéaires de l'âge des parents et des enfants sur leurs résultats aux tests

Tableau F1

Régressions linéaires de l'âge des parents et des enfants sur leurs résultats aux tests

Sous-échelles	Âge			
	Parent		Enfant	
	<i>F</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>R</i> ²
CTQ-SF				
Abus sexuel	3.55	.0016	0.09	.0000
Négligence émotionnelle	2.37	.0011	1.60	.0008
Maltraitance émotionnelle	6.45*	.0029	0.38	.0002
Négligence physique	9.07**	.0041	3.77	.0018
Maltraitance physique	3.32	.0015	0.01	.0000
Score total	6.93**	.0031	0.41	.0002
Déni	2.20	.0010	1.63	.0008
EPEP-PPSF				
Parentalité positive	13.20**	.0100	2.76	.0021
Règles	1.65	.0013	0.66	.0005
Discipline	0.79	.0006	10.07**	.0076
Discipline inconsistante	7.47**	.0057	0.25	.0002
Punitions sévères	0.31	.0002	0.17	.0001
Ignorance	2.20	.0017	1.59	.0012
Récompenses matérielles	28.09**	.0210	0.42	.0003
Autonomie	0.22	.0002	0.00	.0000
Monitoring	3.39	.0026	4.21*	.0032
Pratiques supportives	4.87*	.0037	1.80	.0014
Pratiques contrôlantes	7.34**	.0058	3.02	.0023
EPEP				
Parentalité positive	0.18	.0003	0.38	.0007
Règles	2.81	.0049	4.10*	.0070
Discipline	8.99**	.0155	0.68	.0012
Discipline inconsistante	9.35**	.0162	0.19	.0003
Punitions sévères	6.75**	.0117	2.99	.0051
Ignorance	1.71	.0030	0.04	.0001
Récompenses matérielles	9.23**	.0159	2.56	.0044
Autonomie	0.16	.0003	2.02	.0035
Monitoring	1.92	.0034	0.19	.0003

Sous-échelles	Âge			
	Parent		Enfant	
	<i>F</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>R</i> ²
Pratiques supportives	1.22	.0021	0.00	.0000
Pratiques contrôlantes	18.15**	.0308	0.01	.0000
MCIT Parent				
Sensibilité comportementale	1.25	.0103	0.88	.0072
Sensibilité émotionnelle	0.15	.0013	0.05	.0004
Affects positifs	0.02	.0002	1.53	.0125
Retrait/désintérêt	4.70*	.0377	0.28	.0023
Irritabilité/colère	0.42	.0035	2.32	.0188
Agression	0.73	.0060	4.48*	.0357
MCIT Enfant				
Affects positifs	0.00	.0000	0.00	.0000
Retrait/désintérêt	0.00	.0000	0.41	.0034
Irritabilité/colère	0.00	.0000	0.40	.0033
Non-compliance	0.44	.0037	16.49**	.1199
Agression	3.23	.0262	0.49	.0040
Persévérance	2.40	.0196	20.73**	.1462
Enthousiasme	1.78	.0146	3.29	.0265
CBCL/1.5-5				
Gestion des émotions	4.49	.0707	0.01	.0002
Anxiété/dépression	1.86	.0305	0.77	.0129
Plaintes somatiques	0.93	.0156	0.00	.0000
Comportements de retrait	0.25	.0043	1.36	.0226
Difficultés de sommeil	0.01	.0001	0.13	.0022
Troubles de l'attention	0.49	.0082	0.40	.0067
Comportements agressifs	0.22	.0037	1.68	.0277
Autres problèmes	0.01	.0002	0.57	.0097
Comportements internalisés	2.66	.0431	0.45	.0076
Comportements externalisés	0.02	.0003	1.06	.0177
CBCL/6-18				
Anxiété/dépression	0.09	.0012	6.52*	.0841
Plaintes somatiques	3.38	.0461	0.93	.0127
Évitement	0.70	.0101	0.14	.0020
Difficultés sociales	1.27	.0181	0.40	.0056
Troubles de la pensée	1.52	.0215	0.00	.0000
Difficultés d'attention	1.39	.0197	4.49*	.0595

Sous-échelles	Âge			
	Parent		Enfant	
	<i>F</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>R</i> ²
Comportements délinquants	1.40	.0199	3.76	.0503
Comportements agressifs	1.17	.0166	2.53	.0344
Autres problèmes	0.14	.0020	0.87	.0121
Comportements internalisés	0.77	.0111	2.34	.0319
Comportements externalisés	1.19	.0169	4.17*	.0555

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

Annexe G : Analyses en lien avec l'hypothèse 1

Les tableaux G1 et G2 reprennent l'intégralité des corrélations entre les sous-échelles de l'EPEP-PPSF et l'EPEP d'une part, et les deux grilles de la CBCL d'autre part.

Tableau G1

Corrélations entre pratiques éducatives et comportements de l'enfant de moins de 6 ans

	PP ^a	Règles	Disc ^b	DI ^c	PS ^d	Ign ^e	RM ^f	Auto ^g	Moni ^h	Sprt ⁱ	Ctrl ^j
Emo ^k	.01	-.09	-.02	.13	-.10	.23	.24	-.09	-.03	-.08	.19
Dépr ^l	.02	-.15	-.08	.09	-.08	.25*	.16	-.21	-.05	-.14	.14
Soma ^m	.02	-.03	.12	.17	-.05	.17	.13	-.07	.18	.06	.21
Retrait ⁿ	-.05	.02	.10	.00	.13	.20	.16	-.08	-.03	-.05	.21
Som ^o	-.21	-.25	-.02	.07	-.01	.19	.08	-.16	-.19	-.30*	.11
Attent ^p	-.09	.04	.18	.08	-.02	.21	.12	-.02	-.28*	-.17	.22
Agr ^q	-.17	-.05	.23	.13	.28	.31*	.11	-.03	-.20	-.18	.36**
Autres ^r	-.11	-.06	.07	.12	.03	.20	.17	-.15	-.19	-.21	.21
Intern ^s	.00	-.09	.01	.11	-.04	.27*	.22	-.15	.00	-.08	.22
Extern ^t	-.14	.00	.22	.11	.13	.28*	.12	-.03	-.26*	-.19	.31*
Total ^u	-.11	-.07	.08	.08	.07	.29*	.14	-.12	-.21	-.21	.23

^a parentalité positive, ^b discipline, ^c discipline inconsistante, ^d punitions sévères, ^e ignorance, ^f récompenses matérielles, ^g autonomie, ^h monitoring, ⁱ pratiques supportives, ^j pratiques contrôlantes, ^k gestion des émotions, ^l anxiété/dépression, ^m plaintes somatiques, ⁿ comportements de retrait, ^o difficultés de sommeil, ^p troubles de l'attention, ^q comportements agressifs, ^r autres problèmes, ^s comportements internalisés, ^t comportements externalisés, ^u score total.

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

Tableau G2

Corrélations entre pratiques éducatives et comportements de l'enfant de 6 ans et plus

	PP ^a	Règles	Disc ^b	DI ^c	PS ^d	Ign ^e	RM ^f	Auto ^g	Moni ^h	Sprt ⁱ	Ctrl ^j
Dépr ^k	-.04	.00	-.03	.24*	-.14	.12	.18	.02	-.11	-.03	.14
Soma ^l	-.05	-.24*	-.22	-.18	.00	.01	-.07	.07	-.05	-.06	-.17
Évitt ^m	-.11	-.11	.04	.28*	-.05	.16	.21	-.05	-.04	-.11	.23
Soc ⁿ	-.15	.01	-.04	.08	.00	.01	.11	.03	.04	-.02	.05
Pensée ^o	-.02	-.11	.00	-.10	-.13	.08	.06	.03	.04	.04	-.03
Attent ^p	-.24	-.01	.18	.04	.01	.09	-.08	.08	-.09	-.10	.08
Dél ^q	-.24*	-.04	.28*	.12	.21	.29*	.10	.02	.10	-.04	.33*
Agr ^r	-.34**	-.12	.10	.01	.04	.31**	.04	.01	.04	-.13	.16
Autres ^s	-.17	-.04	-.04	-.08	-.09	.08	.10	.15	.06	.05	-.01
Intern ^t	-.10	-.14	-.07	.21	-.11	.15	.18	.01	-.11	-.10	.13
Extern ^u	-.26*	-.03	.15	.02	.01	.15	.02	.12	.00	-.05	.12

	PP ^a	Règles	Disc ^b	DI ^c	PS ^d	Ign ^e	RM ^f	Auto ^g	Moni ^h	Sprt ⁱ	Ctrl ^j
Total ^v	-.18	-.07	-.01	.04	-.07	.11	.12	.08	.02	-.02	.06

^a parentalité positive, ^b discipline, ^c discipline inconsistante, ^d punitions sévères, ^e ignorance, ^f récompenses matérielles, ^g autonomie, ^h monitoring, ⁱ pratiques supportives, ^j pratiques contrôlantes, ^k anxiété/dépression, ^l plaintes somatiques, ^m évitement, ⁿ difficultés sociales, ^o troubles de la pensée, ^p difficultés d'attention, ^q comportements délinquants, ^r comportements agressifs, ^s autres problèmes, ^t comportements internalisés, ^u comportements externalisés, ^v score total.

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

Dans les tableaux G3 et G4, nous avons repris tous les modèles de régression significatifs incluant l'ASI comme variable explicative.

Tableau G3

Régressions linéaires multiples des pratiques éducatives parentales et de l'ASI sur le comportement de l'enfant de moins de 6 ans

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Plaintes somatiques				3.27	2	.04	.1013
Pratiques contrôlantes	1.94	.06	.11				
ASI	1.96	.06	.01				
Sommeil				3.35	2	.04	.1035
Pratiques supportives	-2.38	.02	-.40				
ASI	-0.99	.33	-.02				
Troubles de l'attention				3.27	2	.04	.1014
Monitoring	-2.11	.04	-.16				
ASI	-1.25	.22	-.02				
Comportements agressifs				3.19	2	.04	.0990
Ignorance	2.41	.02	.15				
ASI	-0.53	.60	-.01				
Comportements agressifs				4.24	2	.02	.1276
Pratiques contrôlantes	2.81	.007	.33				
ASI	-0.30	.76	-.00				
Comportements externalisés				3.45	2	.04	.1062
Pratiques contrôlantes	2.34	.02	.26				
ASI	-0.81	.42	-.01				

Tableau G4

Régressions linéaires multiples des pratiques éducatives parentales et de l'ASI sur le comportement de l'enfant de 6 ans et plus

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Évitement				3.90	2	.02	.1003
Discipline inconsistante	2.39	.02	.08				
ASI	1.25	.22	.02				
Comportements agressifs				4.45	2	.02	.1128
Parentalité positive	-2.98	.004	-.17				
ASI	-0.10	.92	-.00				
Comportements agressifs				3.75	2	.03	.0968
Ignorance	2.73	.008	.11				
ASI	-0.51	.61	-.01				

Dans les tableaux G5 et G6, nous avons repris tous les modèles de régression significatifs dont le score total au CTQ-SF a une influence significative en tant que variable explicative.

Tableau G5

Régressions linéaires multiples des pratiques éducatives et du score total du CTQ-SF sur le comportement de l'enfant de moins de 6 ans

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Plaintes somatiques				3.19	2	.04	.0099
Parentalité positive	0.38	.70	.02				
CTQ total	2.52	.01	.01				
Plaintes somatiques				3.54	2	.04	.1087
Discipline	0.88	.38	.02				
CTQ total	2.49	.02	.01				
Plaintes somatiques				4.23	2	.02	.1273
Discipline inconsistante	1.42	.16	.05				
CTQ total	2.54	.01	.01				
Plaintes somatiques				3.81	2	.03	.1160
Ignorance	1.12	.27	.03				
CTQ total	2.41	.02	.01				
Plaintes somatiques				3.60	2	.03	.1104
Récompenses matérielles	0.94	.35	.03				
CTQ total	2.47	.02	.01				

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Plaintes somatiques				3.49	2	.04	.1073
Autonomie	-0.82	.41	-.04				
CTQ total	2.57	.01	.01				
Plaintes somatiques				4.64	2	.01	.1380
Monitoring	1.66	.10	.06				
CTQ total	2.66	.01	.01				
Plaintes somatiques				3.34	2	.04	.1032
Pratiques supportives	0.64	.53	.04				
CTQ total	2.54	.01	.01				
Plaintes somatiques				4.54	2	.01	.1354
Pratiques contrôlantes	1.61	.11	.09				
CTQ total	2.50	.02	.01				
Retrait				6.25	2	.004	.1773
Parentalité positive	-0.02	.99	-.00				
CTQ total	3.51	.0009	.01				
Retrait				6.44	2	.003	.1816
Règles	0.55	.58	.05				
CTQ total	3.58	.0007	.01				
Retrait				6.62	2	.003	.1859
Discipline	0.78	.44	.03				
CTQ total	3.53	.0008	.01				
Retrait				6.25	2	.004	.1773
Discipline inconsistante	-0.01	.99	-.00				
CTQ total	3.54	.0008	.01				
Retrait				7.91	2	.0009	.2143
Punitions sévères	1.65	.10	.11				
CTQ total	3.82	.0003	.01				
Retrait				7.43	2	.001	.2039
Ignorance	1.39	.17	.05				
CTQ total	3.45	.001	.01				
Retrait				7.13	2	.002	.1973
Récompenses matérielles	1.20	.23	.05				
CTQ total	3.52	.0008	.01				
Retrait				6.82	2	.002	.1904
Autonomie	-0.97	.34	-.06				
CTQ total	3.64	.0006	.01				

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Retrait				6.25	2	.004	.1773
Monitoring	0.00	1.00	.00				
CTQ total	3.53	.0008	.01				
Retrait				6.28	2	.003	.1780
Pratiques supportives	-0.23	.82	-.02				
CTQ total	3.52	.0009	.01				
Retrait				8.02	2	.0008	.2166
Pratiques contrôlantes	1.71	.09	.13				
CTQ total	3.57	.0007	.01				
Troubles de l'attention				3.81	2	.03	.1160
Discipline	1.44	.16	.09				
CTQ total	2.32	.02	.01				
Troubles de l'attention				5.17	2	.009	.1514
Monitoring	-2.14	.04	-.16				
CTQ total	2.25	.03	.01				
Troubles de l'attention				3.46	2	.04	.1067
Pratiques supportives	-1.20	.23	-.19				
CTQ total	2.26	.03	.01				
Troubles de l'attention				4.34	2	.02	.1302
Pratiques contrôlantes	1.75	.09	.20				
CTQ total	2.32	.02	.01				
Comportements agressifs				3.90	2	.03	.1185
Discipline	1.81	.08	.10				
CTQ total	2.09	.04	.01				
Comportements agressifs				5.96	2	.004	.1704
Punitions sévères	2.66	.01	.26				
CTQ total	2.56	.01	.01				
Comportements agressifs				3.36	2	.04	.1039
Monitoring	-1.50	.14	-.11				
CTQ total	2.00	.04	.01				
Comportements agressifs				6.80	2	.002	.1900
Pratiques contrôlantes	2.94	.005	.33				
CTQ total	2.14	.04	.01				
Comportements internalisés				4.57	2	.01	.1360
Ignorance	1.99	.05	.07				
CTQ total	2.09	.04	.01				

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Comportements internalisés				3.98	2	.02	.1206
Récompenses matérielles	1.69	.10	.06				
CTQ total	2.17	.03	.00				
Comportements internalisés				3.45	2	.04	.1064
Autonomie	-1.38	.17	-.08				
CTQ total	2.35	.02	.01				
Comportements internalisés				4.05	2	.02	.1225
Pratiques contrôlantes	1.73	.09	.12				
CTQ total	2.21	.03	.01				
Comportements externalisés				3.26	2	.04	.1009
Parentalité positive	-0.86	.39	-.09				
CTQ total	2.30	.03	.01				
Comportements externalisés				4.57	2	.01	.1360
Discipline	1.77	.08	.09				
CTQ total	2.41	.02	.02				
Comportements externalisés				3.31	2	.04	.1024
Discipline inconsistante	0.92	.36	.06				
CTQ total	2.41	.02	.01				
Comportements externalisés				4.00	2	.02	.1213
Punitions sévères	1.45	.15	.14				
CTQ total	2.61	.01	.01				
Comportements externalisés				5.21	2	.008	.1522
Ignorance	2.07	.04	.12				
CTQ total	2.28	.03	.01				
Comportements externalisés				3.28	2	.04	.1017
Récompenses matérielles	0.89	.38	.05				
CTQ total	2.36	.02	.01				
Comportements externalisés				5.03	2	.01	.1478
Monitoring	-1.99	.05	-.13				
CTQ total	2.33	.02	.01				
Comportements externalisés				3.91	2	.03	.1187
Pratiques supportives	-1.39	.17	-.19				
CTQ total	2.33	.02	.01				
Comportements externalisés				6.39	2	.003	.1806
Pratiques contrôlantes	2.54	.01	.27				
CTQ total	2.44	.02	.01				

Tableau G6

Régressions linéaires multiples des pratiques éducatives et du score total du CTQ-SF sur le comportement de l'enfant de 6 ans et plus

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Évitement				3.97	2	.02	.1019
Parentalité positive	-1.18	.24	-.07				
CTQ total	2.64	.01	.01				
Évitement				3.65	2	.03	.0943
Règles	-0.90	.37	-.06				
CTQ total	2.53	.01	.01				
Évitement				3.29	2	.04	.0858
Discipline	0.38	.71	.01				
CTQ total	2.54	.01	.01				
Évitement				6.04	2	.004	.1471
Discipline inconsistante	2.28	.03	.08				
CTQ total	2.34	.02	.01				
Évitement				3.21	2	.04	.0840
Punitions sévères	-0.04	.97	-.00				
CTQ total	2.50	.01	.01				
Évitement				3.82	2	.03	.0985
Ignorance	1.06	.29	.04				
CTQ total	2.37	.02	.01				
Évitement				4.58	2	.01	.1157
Récompenses matérielles	1.59	.12	.06				
CTQ total	2.39	.02	.01				
Évitement				3.35	2	.04	.0874
Autonomie	-0.52	.61	-.02				
CTQ total	2.56	.01	.01				
Évitement				4.01	2	.02	.1028
Pratiques supportives	-1.21	.23	-.09				
CTQ total	2.65	.01	.01				
Évitement				5.01	2	.009	.1251
Pratiques contrôlantes	1.81	.07	.11				
CTQ total	2.44	.02	.01				

Annexe H : Données descriptives et normalité de l'échantillon A

Nous reprenons dans le tableau suivant les variables de l'échantillon distribuées normalement selon le test de Kolmogorov-Smirnov.

Tableau H1

Données descriptives et normalité de l'échantillon A

Sous-échelles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>D</i>
EPEP-PPSF			
Discipline inconsistante	2.44	0.65	0.10
Pratiques supportives	4.27	0.32	0.06
Pratiques contrôlantes	2.21	0.41	0.11
EPEP			
Pratiques supportives	4.13	0.34	0.08
Pratiques contrôlantes	2.34	0.43	0.06
CBCL/1.5-5			
Autres problèmes	0.26	0.18	0.10
Comportements externalisés	0.49	0.36	0.09
CBCL/6-18			
Comportements internalisés	0.22	0.15	0.07
Comportements externalisés	0.24	0.15	0.09
Score total	0.22	0.14	0.10

Annexe I : Analyses en lien avec l'hypothèse 2

Les tableaux I1 et I2 reprennent l'intégralité des corrélations entre les sous-échelles de la MCIT et les deux grilles de la CBCL.

Tableau I1

Corrélations entre interactions parent-enfant et comportements de l'enfant de moins de 6 ans

	Parent						Enfant						
	SC ^a	SE ^b	AP ^c	RD ^d	IC ^e	AG ^f	AP ^c	RD ^d	IC ^e	NC ^g	AG ^f	Pers ^h	Ent ⁱ
Emo ^j	.02	.02	-.15	-.09	.13	.	-.10	-.09	.18	.15	.06	-.16	-.18
Dépr ^k	-.07	-.15	-.16	.04	.01	.	-.17	-.04	.20	.01	.11	.06	.00
Soma ^l	-.20	-.04	-.02	-.16	-.04	.	-.11	-.16	.00	-.03	-.05	.03	.07
Retrait ^m	-.12	-.17	-.23	-.19	-.03	.	-.21	-.19	.09	-.03	.22	.05	-.06
Som ⁿ	.08	.09	-.01	.07	-.12	.	.06	.00	-.15	-.03	-.08	.04	.09
Attent ^o	.08	.02	.00	.02	.12	.	.03	-.09	.06	.08	.16	-.26	-.09
Agr ^p	.04	.15	.11	.07	-.04	.	.04	-.07	.02	-.08	-.06	.01	.12
Autres ^q	-.06	-.03	-.10	.00	.17	.	-.06	-.09	.15	.06	.19	.00	.00
Intern ^r	-.08	-.05	-.15	-.10	.08	.	-.15	-.14	.14	.03	.15	-.04	-.08
Extern ^s	.05	.10	.04	.03	.09	.	.03	-.09	.05	.02	.12	-.18	-.02
Total ^t	.04	.05	-.05	.03	.05	.	-.10	-.05	.06	.06	.11	-.08	-.06

^a Sensibilité comportementale, ^b Sensibilité émotionnelle, ^c affects positifs, ^d retrait/désintérêt, ^e irritabilité/colère, ^f agressivité, ^g non-compliance, ^h persévérance, ⁱ enthousiasme, ^k gestion des émotions, ^l anxiété/dépression, ^m plaintes somatiques, ⁿ comportements de retrait, ^o difficultés de sommeil, ^p troubles de l'attention, ^q comportements agressifs, ^r autres problèmes, ^s comportements internalisés, ^t comportements externalisés, ^u score total.

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

Tableau I2

Corrélations entre interactions parent-enfant et comportements de l'enfant de 6 ans et plus

	Parent						Enfant						
	SC ^a	SE ^b	AP ^c	RD ^d	IC ^e	AG ^f	AP ^c	RD ^d	IC ^e	NC ^g	AG ^f	Pers ^h	Ent ⁱ
Dépr ^j	-.04	-.13	-.09	-.01	.26*	.24*	.03	.13	.11	-.01	.17	-.08	-.14
Soma ^k	-.04	-.19	-.11	.26*	.17	.29*	-.24*	.09	-.03	.11	.21	-.03	-.18
Évitt ^l	-.21	-.07	-.14	.08	.16	.05	.16	.06	.27*	-.05	.20	-.12	.02
Soc ^m	-.18	-.33**	-.23	-.08	.10	.11	-.11	.11	.00	-.22	-.02	-.07	-.12
Pensée ⁿ	.09	.01	-.08	-.02	.38**	.21	-.06	.11	.05	.10	.19	-.06	.03
Attent ^o	-.24	-.24	-.05	-.02	.08	.08	.23	-.01	.12	-.10	-.01	-.03	.12
Dél ^p	-.24	-.22	-.15	.11	.01	.08	.16	.16	.11	.08	.10	-.25*	.03
Agr ^q	-.10	-.12	-.05	.08	.09	.20	.10	-.05	.14	.16	.15	-.19	.01
Autres ^r	-.05	-.15	-.08	.19	.13	.23	.05	-.04	.13	.03	.17	-.15	.00

	Parent						Enfant						
	SC ^a	SE ^b	AP ^c	RD ^d	IC ^e	AG ^f	AP ^c	RD ^d	IC ^e	NC ^g	AG ^f	Pers ^h	Ent ⁱ
Intern ^s	-.14	-.19	-.17	.09	.24	.25*	-.01	.12	.14	-.03	.21	-.12	-.13
Extern ^t	-.22	-.25*	-.09	.07	.06	.16	.21	-.01	.10	-.07	.09	-.11	.10
Total ^u	-.12	-.28*	-.19	.06	.21	.21	-.02	.08	.09	-.07	.15	-.15	-.09

^a Sensibilité comportementale, ^b Sensibilité émotionnelle, ^c affects positifs, ^d retrait/désintérêt, ^e irritabilité/colère, ^f agressivité, ^g non-compliance, ^h persévérance, ⁱ enthousiasme, ^j anxiété/dépression, ^k plaintes somatiques, ^l évitement, ^m difficultés sociales, ⁿ troubles de la pensée, ^o difficultés d'attention, ^p comportements délinquants, ^q comportements agressifs, ^r autres problèmes, ^s comportements internalisés, ^t comportements externalisés, ^u score total.

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

Dans les tableaux I3 et I4, nous avons repris tous les modèles de régression significatifs expliquant une sous-échelle de comportement de l'enfant par le score d'abus sexuel du parent et une sous-échelle de la MCIT.

Tableau I3

Régressions linéaires multiples des interactions parent-enfant et de l'ASI sur le comportement de l'enfant de moins de 6 ans

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Plaintes somatiques				4.05	2	.02	.1348
Sensibilité comportementale	-2.26	.03	-.06				
ASI	1.84	.07	.01				
Anxiété/dépression				4.59	2	.01	.1499
Irritabilité/colère enfant	2.62	.01	.12				
ASI	-1.17	.25	-.01				
Retrait				3.87	2	.03	.1295
Irritabilité/colère enfant	2.78	.008	.10				
ASI	0.31	.76	.00				
Retrait				3.61	2	.03	.1221
Agression enfant	2.69	.01	.70				
ASI	0.07	.94	.00				
Comportements internalisés				3.86	2	.03	.1293
Irritabilité/colère enfant	2.71	.009	.09				
ASI	-0.26	.79	-.00				

Tableau I4

Régression multiples des interactions parent-enfant et de l'ASI sur le comportement de l'enfant de 6 ans et plus

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Troubles de la pensée				7.04	2	.002	.1827
Irritabilité/colère parent	3.58	.0007	.10				
ASI	1.05	.30	.01				
Troubles de la pensée				4.37	2	.02	.1218
Non-compliance	7.43	.008	.14				
ASI	1.32	.25	.02				
Troubles de la pensée				4.40	2	.02	.1225
Persévérance	-2.74	.008	-.05				
ASI	1.15	.25	.01				
Évitement				4.98	2	.01	.1366
Irritabilité/colère enfant	2.81	.007	.08				
ASI	1.57	.12	.03				
Comportements délinquants				3.92	2	.02	.1106
Persévérance	-2.50	.01	-.03				
ASI	-1.24	.22	-.01				
Comportements agressifs				3.44	2	.04	.0984
Persévérance	-2.62	.01	-.08				
ASI	-0.12	.90	-.00				

Les tableaux I5 et I6 reprennent tous les modèles de régression significatifs dont l'effet de la variable explicative CTQ total se révélait lui aussi significatif.

Tableau I5

Régressions linéaires multiples des interactions parent-enfant et du score total du CTQ-SF sur le comportement de l'enfant de moins de 6 ans

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Plaintes somatiques				5.57	2	.006	.1791
Sensibilité comportementale	-2.00	.05	-.05				
CTQ total	2.53	.01	.01				
Plaintes somatiques				3.69	2	.03	.1243
Sensibilité émotionnelle	0.48	.49	.01				
CTQ total	7.26	.01	.21				

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Plaintes somatiques				3.63	2	.03	.1225
Affects positifs parent	-0.61	.54	-.02				
CTQ total	2.61	.01	.01				
Plaintes somatiques				4.30	2	.02	.1420
Retrait/désintérêt parent	-1.25	.22	-.08				
CTQ total	2.71	.009	.01				
Plaintes somatiques				3.42	2	.04	.1164
Irritabilité/colère parent	0.10	.92	.00				
CTQ total	2.62	.01	.01				
Plaintes somatiques				3.44	2	.04	.1168
Affects positifs enfant	-0.19	.85	-.01				
CTQ total	2.57	.03	.01				
Plaintes somatiques				3.96	2	.03	.1322
Retrait/désintérêt enfant	-0.98	.33	-.05				
CTQ total	2.69	.01	.01				
Plaintes somatiques				3.42	2	.04	.1162
Irritabilité/colère enfant	0.03	.98	.00				
CTQ total	2.58	.01	.01				
Plaintes somatiques				3.45	2	.04	.1171
Non-compliance	0.23	.82	.01				
CTQ total	2.62	.01	.01				
Plaintes somatiques				3.92	2	.03	.1309
Agressivité enfant	-0.94	.35	-.16				
CTQ total	2.75	.008	.01				
Plaintes somatiques				3.45	2	.04	.1171
Persévérance	0.22	.82	.01				
CTQ total	2.62	.01	.01				
Plaintes somatiques				3.69	2	.03	.1242
Enthousiasme	0.69	.49	.03				
CTQ total	2.67	.01	.01				
Retrait				6.44	2	.003	.1985
Sensibilité comportementale	-0.44	.66	-.02				
CTQ total	3.51	.0009	.01				
Retrait				7.29	2	.002	.2190
Affects positifs parent	-1.25	.22	-.06				
CTQ total	3.58	.0008	.01				

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Retrait				7.79	2	.001	.2306
Sensibilité émotionnelle	-1.54	.13	-.07				
CTQ total	3.81	.0004	.02				
Retrait				7.35	2	.002	.2203
Retrait/désintérêt parent	-1.29	.20	-.11				
CTQ total	3.67	.0006	.01				
Retrait				6.47	2	.003	.1992
Irritabilité/colère parent	0.49	.63	.02				
CTQ total	3.58	.0008	.01				
Retrait				9.08	2	.0004	.2589
Affects positifs enfant	-2.11	.04	-.09				
CTQ total	3.42	.001	.01				
Retrait				7.22	2	.002	.2172
Retrait/désintérêt enfant	-1.20	.24	-.09				
CTQ total	3.67	.0006	.01				
Retrait				10.17	2	.0002	.2812
Irritabilité/colère enfant	2.49	.02	.08				
CTQ total	3.33	.002	.01				
Retrait				6.40	2	.003	.1975
Non-compliance	0.35	.72	.01				
CTQ total	3.56	.0008	.01				
Retrait				9.93	2	.0002	.2764
Agressivité enfant	2.41	.02	.58				
CTQ total	3.33	.002	.01				
Retrait				6.33	2	.004	.1957
Persévérance	-0.09	.93	-.00				
CTQ total	3.55	.0008	.01				
Retrait				6.47	2	.003	.1993
Enthousiasme	-0.50	.62	-.03				
CTQ total	3.52	.0009	.01				
Troubles de l'attention				3.35	2	.04	.1142
Sensibilité comportementale	0.62	.54	.04				
CTQ total	2.56	.01	.02				
Troubles de l'attention				3.19	2	.04	.1093
Affects positifs parent	0.31	.76	.02				
CTQ total	2.51	.02	.02				

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Troubles de l'attention				3.31	2	.04	.1130
Irritabilité/colère parent	0.56	.58	.04				
CTQ total	2.53	.01	.02				
Troubles de l'attention				3.25	2	.04	.1111
Affects positifs enfant	0.45	.66	.03				
CTQ total	2.55	.01	.02				
Troubles de l'attention				3.23	2	.04	.1104
Retrait/désintérêt enfant	-0.40	.69	-.05				
CTQ total	2.53	.01	.02				
Troubles de l'attention				3.21	2	.04	.1098
Irritabilité/colère enfant	0.36	.72	.02				
CTQ total	2.42	.02	.02				
Troubles de l'attention				3.27	2	.04	.1117
Non-compliance	0.49	.63	.03				
CTQ total	2.51	.02	.02				
Troubles de l'attention				3.56	2	.04	.1203
Agressivité enfant	0.87	.39	.34				
CTQ total	2.36	.02	.01				
Troubles de l'attention				4.74	2	.01	.1543
Persévérance	-1.69	.10	-.09				
CTQ total	2.48	.02	.02				
Troubles de l'attention				3.23	2	.04	.1104
Enthousiasme	-0.40	.69	-.03				
CTQ total	2.48	.02	.02				
Comportements internalisés				3.31	2	.04	.1130
Sensibilité émotionnelle	-0.89	.38	-.04				
CTQ total	2.51	.02	.01				
Comportements internalisés				3.56	2	.04	.1203
Affects positifs parent	-1.11	.27	-.05				
CTQ total	2.40	.02	.01				
Comportements internalisés				3.46	2	.04	.1174
Retrait/désintérêt parent	-1.03	.31	-.08				
CTQ total	2.47	.02	.01				
Comportements internalisés				3.89	2	.03	.1301
Affects positifs enfant	-1.35	.18	-.06				
CTQ total	2.26	.03	.01				

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Comportements internalisés				3.26	2	.04	.1114
Retrait/désintérêt enfant	-0.83	.41	-.06				
CTQ total	2.46	.02	.01				
Comportements internalisés				6.39	2	.003	.1974
Irritabilité/colère enfant	2.52	.01	.08				
CTQ total	2.12	.04	.01				
Comportements internalisés				3.23	2	.04	.1105
Non-compliance	0.80	.43	.02				
CTQ total	2.42	.02	.01				
Comportements externalisés				3.37	2	.04	.1147
Sensibilité comportementale	0.70	.49	.04				
CTQ total	2.55	.01	.01				
Comportements externalisés				3.30	2	.04	.1126
Affects positifs parent	0.61	.55	.04				
CTQ total	2.61	.02	.01				
Comportements externalisés				3.30	2	.04	.1125
Affects positifs enfant	0.60	.55	.04				
CTQ total	2.55	.01	.01				
Comportements externalisés				3.22	2	.04	.1102
Irritabilité/colère enfant	0.48	.63	.02				
CTQ total	2.39	.02	.01				
Comportements externalisés				3.64	2	.03	.1227
Persévérance	-0.99	.33	-.05				
CTQ total	2.46	.02	.01				

Tableau I6

Régressions linéaires multiples des interactions parent-enfant et du score total du CTQ-SF sur le comportement de l'enfant de 6 ans et plus

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Évitement				5.07	2	.009	.1387
Sensibilité comportementale	-1.88	.06	-.07				
CTQ total	2.75	.008	.01				
Évitement				4.41	2	.02	.1229
Sensibilité émotionnelle	-1.53	.13	-.05				
CTQ total	2.81	.01	.01				

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Évitement				5.13	2	.009	.1400
Affects positifs parent	-1.91	.06	-.07				
CTQ total	2.68	.009	.01				
Évitement				3.58	2	.03	.1021
Retrait/désintérêt parent	0.91	.37	.08				
CTQ total	2.64	.01	.01				
Évitement				3.68	2	.03	.1047
Irritabilité/colère parent	1.01	.32	.05				
CTQ total	2.50	.02	.01				
Évitement				3.16	2	.04	.0911
Agressivité parent	0.25	.80	.01				
CTQ total	2.51	.01	.01				
Évitement				3.27	2	0.4	.0942
Affects positifs enfant	0.52	.60	.01				
CTQ total	2.45	.02	.01				
Évitement				3.26	2	.04	.0937
Retrait/désintérêt enfant	0.49	.62	.11				
CTQ total	2.54	.01	.01				
Évitement				7.68	2	.001	.1960
Irritabilité/colère enfant	2.88	.005	.08				
CTQ total	2.70	.009	.01				
Évitement				3.63	2	.03	.1033
Non-compliance	0.96	.34	.03				
CTQ total	2.61	.01	.01				
Évitement				5.85	2	.005	.1566
Agressivité enfant	2.23	.03	.25				
CTQ total	2.81	.01	.01				
Évitement				5.00	2	.01	.1370
Persévérance	-1.85	.07	-.06				
CTQ total	2.69	.009	.01				
Évitement				3.95	2	.02	.1114
Enthousiasme	-1.22	.23	-.04				
CTQ total	2.68	.009	.01				
Troubles de la pensée				3.67	2	.03	.1042
Affects positifs parent	-1.76	.08	-.04				
CTQ total	2.16	.03	.00				

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Troubles de la pensée				9.09	2	.0003	.2240
Irritabilité/colère parent	3.65	.0005	.10				
CTQ total	2.12	.04	.00				
Troubles de la pensée				3.43	2	.04	.0981
Affects positifs enfant	-1.63	.11	-.02				
CTQ total	2.18	.03	.00				
Troubles de la pensée				4.39	2	.02	.1223
Irritabilité/colère enfant	2.11	.04	.04				
CTQ total	2.11	.04	.00				
Troubles de la pensée				7.05	2	.002	.1829
Non-compliance	3.08	.003	.06				
CTQ total	2.48	.02	.00				
Troubles de la pensée				4.38	2	.02	.1220
Agressivité enfant	2.11	.04	.15				
CTQ total	2.28	.03	.00				
Troubles de la pensée				6.71	2	.002	.1756
Persévérance	-2.97	.004	-.06				
CTQ total	2.34	.02	.00				
Troubles de la pensée				3.95	2	.02	.1114
Enthousiasme	-1.91	.06	-.04				
CTQ total	2.33	.02	.00				
Comportements internalisés				4.50	2	.01	.1250
Sensibilité émotionnelle	-2.18	.03	-.05				
CTQ total	2.48	.02	.00				
Comportements internalisés				4.35	2	.02	.1214
Affects positifs parent	-2.11	.04	-.05				
CTQ total	2.18	.03	.00				
Comportements internalisés				4.51	2	.01	.1252
Agressivité parent	2.18	.03	.07				
CTQ total	2.22	.03	.00				
Comportements internalisés				5.04	2	.009	.1379
Irritabilité/colère enfant	2.40	.02	.04				
CTQ total	2.12	.04	.00				
Comportements internalisés				3.25	2	.04	.0934
Non-compliance	1.54	.13	.03				
CTQ total	2.18	.03	.00				

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Comportements internalisés				5.95	2	.004	.1589
Agressivité enfant	2.73	.008	.20				
CTQ total	2.37	.02	.00				
Comportements internalisés				4.67	2	.01	.1292
Persévérance	-2.25	.03	-.05				
CTQ total	2.22	.03	.00				
Comportements internalisés				5.15	2	.009	.1404
Enthousiasme	-2.44	.02	-.05				
CTQ total	2.42	.02	.00				

Annexe J : Analyses en lien avec l'hypothèse 3

Les tableaux suivants reprennent les résultats des analyses de variance doubles croisées des scores de punitions sévères en fonction du sexe du parent et de son groupe de vécu infantile.

Tableau J1

ANOVA double croisée du score de punitions sévères des parents d'un enfant de moins de 6 ans

	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Punitions sévères	0.69	7	.68	.0037
Sexe	0.10	1	.75	
Groupe	0.29	3	.83	
Sexe*Groupe	1.30	3	.27	

Tableau J2

ANOVA double croisée du score de punitions sévères des parents d'un enfant de 6 ans et plus

	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Punitions sévères	2.12	7	.04	.0253
Sexe	9.06	1	.003	
Groupe	1.73	3	.16	
Sexe*Groupe	0.20	3	.89	

Annexe K : Analyses en lien avec l'hypothèse 4

Les tableaux K1 et K2 reprennent les résultats des analyses de variance doubles croisées des scores de parentalité positive et de monitoring en fonction du sexe du parent et de son groupe de vécu infantile.

Tableau K1

ANOVA double croisée de la parentalité positive et du monitoring des parents d'un enfant de moins de 6 ans

	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Parentalité positive	3.37	7	.001	.0177
Sexe	14.78	1	.0001	
Groupe	0.07	3	.97	
Sexe*Groupe	2.87	3	.04	
Monitoring	3.48	7	.001	.0182
Sexe	14.73	1	.0002	
Groupe	1.79	3	.15	
Sexe*Groupe	1.55	3	.20	

Tableau K2

ANOVA double croisée de la parentalité positive et du monitoring des parents d'un enfant de 6 ans et plus

	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Parentalité positive	2.71	7	.009	.0257
Sexe	14.73	1	.0001	
Groupe	0.34	3	.79	
Sexe*Groupe	1.06	3	.37	
Monitoring	2.11	7	.04	.0257
Sexe	10.41	1	.001	
Groupe	0.26	3	.85	
Sexe*Groupe	1.20	3	.31	

Résumé

Objectif : Le présent mémoire avait pour objectif de contribuer à la compréhension de la parentalité des victimes d'abus sexuel infantile (ASI) et de l'impact de cette expérience de vie sur le comportement de leur enfant, tout en nous concentrant sur les pratiques éducatives et les interactions parent-enfant ainsi que les différences entre pères et mères.

Méthode : Nous avons administré des questionnaires en lien avec le statut socio-démographique du parent, son vécu infantile (CTQ-SF ; Bernstein et al., 2003) et ses pratiques éducatives (EPEP ; J.-C. Meunier & Roskam, 2007, 2009) à 2235 parents d'un enfant âgé de 3 à 8 ans, et 136 d'entre eux ont également répondu à des questionnaires sur le comportement de leur enfant (CBCL ; Achenbach & Rescorla, 2000, 2001) et ont réalisé une tâche filmée ayant pour but d'évaluer leurs interactions avec leur enfant (MCIT ; Crowell & Feldman, 1988 ; Loop et al., 2017).

Résultats : Nos résultats ont tout d'abord montré un lien entre la sévérité de l'ASI du parent et des pratiques éducatives parentales plus permissives, ainsi qu'une plus grande sensibilité comportementale et émotionnelle envers son enfant. Nous avons également pu constater qu'un vécu général de maltraitance infantile, associé à certaines pratiques éducatives ou comportements interactifs parentaux, avait un impact sur les comportements internalisés et externalisés de l'enfant, mais que ce n'était pas le cas pour l'ASI. Ensuite, nos analyses ont mis en évidence des différences pour la plupart inattendues entre pères et mères ayant vécu un ASI : ils utiliseraient une même quantité de discipline physique, mais les pères ayant subi un ASI avec une autre forme de maltraitance utiliseraient moins de parentalité positive avec leur enfant que les mères, alors que ceux n'ayant subi qu'un ASI utiliseraient moins de monitoring et plus d'ignorance. Malgré ces différences de sexe, les parents victimes d'ASI semble avoir recours à ce genre de pratiques autant que les parents ayant uniquement vécu de la maltraitance émotionnelle ou physique et que les parents tout-venant.

Conclusions : À la lumière de nos résultats, il semblerait que l'ASI soit un facteur de risque limité dans la relation entre pratiques éducatives et interactions parent-enfant de l'individu l'ayant subi, et comportement de son enfant. D'autres facteurs semblent jouer un rôle non-négligeable dans cette relation. Les études futures devraient investiguer davantage les différences entre pères et mères ayant subi un ASI afin de confirmer ou non nos résultats, mais aussi prendre en compte les nombreux facteurs de risque et de protection dans leurs analyses de la parentalité des victimes d'ASI et de son impact sur la génération suivante afin de pouvoir dégager une meilleure compréhension de ce phénomène. Les différentes limites de ce mémoire, ainsi que les perspectives qu'il laisse entrevoir sont discutées.