

Liens entre la maltraitance infantile, les capacités de mentalisation et le sentiment de compétence parentale

Auteur : Gillessen, Zoe

Promoteur(s) : Blavier, Adelaïde

Faculté : par la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24896>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur 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'œuvre 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-dessus (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**Liens entre la maltraitance infantile, les capacités de
mentalisation et le sentiment de compétence parentale**

Mémoire présenté par

Zoe GILLESSEN

en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences Psychologiques,
à finalité spécialisée en Psychologie clinique

Promotrice : BLAVIER Adelaïde

Lectrices : JEANNE Chloé

GEURTEN Marie

Année académique 2024 – 2025

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.

Avant tout, mes remerciements vont à Madame Adélaïde Blavier, ma promotrice, pour m'avoir permis de mener à bien cette recherche et pour son accompagnement précieux tout au long de ce travail. Ses conseils et son expertise ont été essentiels à la réalisation de cette recherche.

Je remercie également Madame Manon Delhalle, ma superviseuse, pour son soutien continu et ses encouragements tout au long de ce projet. Ses relectures attentives et ses conseils judicieux m'ont permis de clarifier et d'affiner mes idées, et ont grandement enrichi ce mémoire.

Je tiens également à remercier mes lectrices, Madame Chloé Jeanne et Madame Marie Geurten, pour l'intérêt qu'elles ont porté au sujet de ce mémoire.

Je suis également reconnaissante envers les parents et les écoles qui ont accepté de participer à cette recherche. Leur implication et leur confiance ont été indispensables à la réalisation de ce travail, qui n'aurait pu voir le jour sans leur collaboration précieuse.

Enfin, je souhaite remercier du fond du cœur mes proches pour leur soutien constant durant la rédaction de ce mémoire et tout au long de mon parcours universitaire. Merci à mes parents, à ma sœur et à mes amis pour leur présence, leur bienveillance et leurs encouragements.

Table des matières

1	Introduction	1
2	La revue de la littérature	2
2.1	La maltraitance infantile.....	2
2.1.1	La prévalence de la maltraitance infantile	4
2.1.2	Les facteurs de risque associés à la maltraitance infantile.....	5
2.1.3	Les liens entre l'attachement et la maltraitance infantile	6
2.1.4	La transmission intergénérationnelle de la maltraitance	10
2.2	Les capacités de mentalisation.....	12
2.2.1	Le développement normal de la mentalisation.....	14
2.2.2	Le développement pathologique de la mentalisation	15
2.2.3	La mentalisation parentale	16
2.2.4	La mentalisation et la maltraitance infantile.....	18
2.3	Le sentiment de compétence parentale.....	19
2.3.1	Le sentiment de compétence parentale et la maltraitance infantile	21
2.3.2	Le sentiment de compétence parentale et la mentalisation.....	22
2.3.3	Liens entre maltraitance, mentalisation et sentiment de compétence parentale.....	23
3	La conception de la recherche	26
3.1	Les hypothèses	26
3.1.1	Première hypothèse	26
3.1.2	Deuxième hypothèse.....	27

3.1.3	Troisième hypothèse.....	27
3.1.4	Quatrième hypothèse	28
3.2	L'échantillon et le recrutement	29
3.3	La méthodologie	30
3.3.1	Questionnaire sociodémographique	30
3.3.2	Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (Bernstein et al., 2003)	30
3.3.3	Reflective Functioning Questionnaire (Moulton-Perkins et al., 2011)	32
3.3.4	Questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale (Terrisse & Trudelle, 1988)	33
4	Résultats	35
4.1	Données descriptives de l'échantillon.....	35
4.1.1	Données sociodémographiques de l'échantillon.....	35
4.1.2	Statistiques descriptives	36
4.2	Analyses préliminaires liées aux variables sociodémographiques	37
4.2.1	Effet de l'âge des parents.....	37
4.2.2	Effet du sexe des parents	38
4.2.3	Effet du niveau d'éducation	40
4.2.4	Effet de la situation familiale	41
4.3	Analyses liées à la question de recherche et aux hypothèses	41
4.3.1	Première hypothèse	41
4.3.2	Deuxième hypothèse.....	44
4.3.3	Troisième hypothèse.....	46

4.3.4 Quatrième hypothèse	48
5 Discussion	50
5.1 Discussion des hypothèses.....	50
5.1.1 Première hypothèse	50
5.1.2 Deuxième hypothèse.....	52
5.1.3 Troisième hypothèse.....	54
5.1.4 Quatrième hypothèse	55
5.2 Limites de l'étude et perspectives.....	57
5.3 Implications cliniques.....	58
6 Conclusion.....	60
7 Bibliographie	61
Annexe	76
Résumé	77

1 Introduction

La maltraitance infantile constitue un phénomène mondial majeur qui affecte la vie de millions d'enfants (Stoltenborgh et al., 2015). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2024), six enfants sur dix dans le monde, soit 400 millions d'enfants, âgés de moins de cinq ans, subissent régulièrement des violences physiques et/ou psychologiques de la part de leurs parents ou des personnes qui s'occupent d'eux. Par ailleurs, une femme sur 5 et un homme sur 7 déclarent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance (OMS, 2024). Quel que soit le type de maltraitance, elle a des conséquences durables sur la santé mentale et physique à l'âge adulte, impactant profondément le développement de la personne (Perroud, 2014). La littérature scientifique suggère que la maltraitance infantile peut altérer les capacités de mentalisation et la perception de soi des parents, ce qui pourrait favoriser la transmission intergénérationnelle de la maltraitance (Baiverlin et al., 2020; Greene et al., 2020; Wang, 2022). De nombreuses recherches ont mis en évidence l'existence d'un lien entre les pratiques parentales et les perceptions que les parents ont d'eux-mêmes. Toutefois, Greene et al. (2020) soulignent le besoin d'études explorant le rôle médiateur ou modérateur des perceptions que les parents ont d'eux-mêmes dans le cycle de transmission intergénérationnel de la maltraitance.

Ce travail s'inscrit dans cette perspective en explorant les liens entre le vécu de maltraitance infantile, le développement des capacités de mentalisation et le sentiment de compétence parentale à l'âge adulte. Contrairement à une large partie de la littérature scientifique qui porte essentiellement sur des mères enceintes ou de jeunes enfants d'âge préscolaire, cette étude cible une population de mères et de pères d'enfants âgés de 6 à 12 ans, afin de mieux comprendre comment ces dimensions interagissent plus tard dans la vie parentale. Nous débuterons ce travail par une revue de la littérature qui abordera les concepts clés : la maltraitance infantile, les capacités de mentalisation et le sentiment de compétence parentale. Nous développerons ensuite la conception de la recherche, les hypothèses formulées ainsi que la méthodologie employée. Les résultats seront ensuite présentés et discutés à la lumière des données existantes avant de conclure sur les limites, les apports et les implications cliniques de cette étude. Dans le cadre de cette recherche, les participants étaient invités à partager leur vécu concernant d'éventuelles expériences de maltraitance dans l'enfance ainsi que leur sentiment de compétence parentale. Conscients du caractère potentiellement sensible et douloureux des thématiques abordées, une attention particulière a été portée au respect, à l'écoute et au bien-être des participants, dans une perspective bienveillante et éthique.

2 La revue de la littérature

Cette première partie vise à résumer et expliquer les trois concepts clés de la recherche, la maltraitance infantile, les capacités de mentalisation et le sentiment de compétence parentale, ainsi que les liens entre ces concepts à travers une revue de la littérature existante.

2.1 La maltraitance infantile

La maltraitance infantile recouvre un ensemble de conditions présentes dans l'environnement de l'enfant qui compromettent à la fois sa sécurité, son intégrité et son développement (Lafortune et al., 2017). Selon la CIM-11 (OMS, 2018), la maltraitance se définit comme « tous les actes non accidentels de violence physique, actes sexuels forcés ou contraints, actes verbaux ou symboliques, ou manquements importants de soins qui entraînent des blessures ou comportent un risque sérieux de blessures ». L'OMS (2024) précise également que la maltraitance infantile comprend « 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 dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir ». La littérature scientifique distingue deux types de maltraitance.

Tout d'abord, la maltraitance passive qui se manifeste par une négligence émotionnelle ou physique importante de l'enfant (Perroud, 2014). La négligence est souvent liée à l'incapacité, à l'ignorance ou à la non-disponibilité des parents (ONE, 2014). Dans le cadre de la négligence émotionnelle, l'enfant ne reçoit pas le soutien émotionnel nécessaire pour son développement optimal. Concernant la négligence physique, ce sont les besoins physiques fondamentaux de l'enfant comme l'alimentation, l'hygiène, l'habillement ou les soins médicaux qui ne sont pas satisfaits (ONE, 2014; Perroud, 2014).

Ensuite, la maltraitance active comprend toutes les formes d'abus que ce soit physique, sexuel ou émotionnel (Perroud, 2014). La maltraitance physique est définie comme tout acte de force physique non accidentel, entraînant ou susceptible d'entraîner des dommages physiques ou une peur majeure (OMS, 2018). Elle comporte tout traumatisme physique non accidentel infligé à l'enfant comme les coups, les fractures, les morsures, les brûlures, etc. (ONE, 2014). La maltraitance sexuelle est définie comme la participation d'un enfant ou adolescent mineur à des activités sexuelles qu'il ne peut comprendre, qui sont inappropriées pour son âge, qu'il subit

sous la contrainte par violence ou séduction, ou qui transgessent les interdits fondamentaux pour les rôles familiaux (ONE, 2014). La maltraitance émotionnelle ou psychologique regroupe les actes verbaux ou symboliques entraînant un préjudice psychologique notable, comme des interactions négatives à l'encontre d'un enfant, le dénigrement systématique, le rejet, les menaces, le chantage affectif, l'humiliation, les insultes répétées, les menaces d'abandon, les critiques constantes, etc. (OMS, 2018; ONE, 2014). Elle accompagne les violences physiques, sexuelles ou les négligences, mais elle peut aussi être isolée. La maltraitance psychologique met en danger le développement affectif et social de l'enfant (Rey-Salmon, 2008).

Selon l'OMS (2022), l'exposition précoce à la maltraitance peut perturber le développement cérébral et endommager d'autres parties du système nerveux et du corps, avec des conséquences à long terme (OMS, 2022). La maltraitance infantile peut ainsi causer un fonctionnement psychique particulier marqué par « des troubles du développement de l'intelligence et des déficits cognitifs, des troubles des capacités de pensée élaboratrice, de la liaison des émotions et de la tension psychique, du comportement et des capacités relationnelles, donc de socialisation » (Bonneville-Baruchel, 2018). De plus, la maltraitance est liée à l'émergence de comportements à risque pour la santé, tels que la consommation de substances, la sexualité à risque ou l'automutilation (Felitti et al., 1998; Langevin et al., 2021; OMS, 2022). D'autres effets de la maltraitance infantile sur la santé mentale et physique sont également bien établis. La prévalence et le risque augmentent pour l'obésité sévère, l'inactivité physique, l'anxiété, l'humeur dépressive et les tentatives de suicide à mesure que le nombre d'expositions dans l'enfance augmente (Felitti et al., 1998; Lafourture & Gilbert, 2016; Langevin et al., 2021; OMS, 2022). Felitti et al. (1998) ont constaté un lien étroit entre le nombre d'expositions subies pendant l'enfance et le nombre de facteurs de risque pour les principales causes de décès chez l'adulte, comme les maladies cardiaques, le diabète ou les cancers. Enfin, les mauvais traitements ont des répercussions sur l'avenir des enfants puisqu'ils sont plus à risque d'abandonner leur scolarité, d'avoir des difficultés pour trouver et garder un emploi et d'être, à un stade ultérieur, victimes ou auteurs de violences (Berlin et al., 2011; Lafourture & Gilbert, 2016; OMS, 2022).

2.1.1 La prévalence de la maltraitance infantile

Des dizaines d'études estimant les taux de prévalence de la maltraitance infantile ont été publiées à ce jour. Les taux de prévalence estimés varient considérablement, allant de 0 % à plus de 90 % selon les études (Stoltenborgh et al., 2015). Le nombre d'enfants touchés par la maltraitance est donc difficile à estimer.

D'une part, la variance des taux de prévalence peut refléter des réelles différences dans l'occurrence de la maltraitance des enfants, par exemple en raison de différences entre les types de maltraitance, entre les sexes, ou encore en raison de la variation de l'origine géographique des échantillons (Moody et al., 2018; Stoltenborgh et al., 2015). D'autre part, le type d'étude réalisée pourra expliquer en partie la variance des résultats. Un écart important entre les taux de prévalence issus des études basées sur les données officielles et ceux basées sur des mesures d'auto-évaluation de la maltraitance des enfants peut être observé. Cet écart peut s'expliquer par le fait que les cas de maltraitance portés à l'attention des services sociaux ou de la police ne représentent qu'une partie des cas réels (Stoltenborgh et al., 2015). En effet, de nombreux cas ne sont pas détectés, pas signalés ou pas enregistrés et donc pas considérés dans les études fondées sur les données des services sociaux ou de la police (Moody et al., 2018).

Des études épidémiologiques ont constaté des différences significatives quant aux types d'abus vécus selon le genre des victimes (Moody et al., 2018; Perroud, 2014; Stoltenborgh et al., 2015). Selon une revue de la littérature de Moody et al. (2018), les taux de prévalence des différents types de maltraitance en Europe sont les suivants :

1. Un taux de prévalence médian d'abus sexuels de 14,3 % chez les filles et de 6,2 % chez les garçons.
2. Un taux de prévalence médian d'abus physiques de 12 % chez les filles et de 27 % chez les garçons.
3. Un taux de prévalence médian d'abus émotionnels de 12,9 % chez les filles et de 6,2 % chez les garçons.
4. Un taux de prévalence médian de négligence de 13,9 % chez les filles et de 14,8 % chez les garçons.

Stoltenborgh et al. (2015) repèrent des taux de prévalence similaires pour les abus sexuels et physiques dans leur revue de la littérature. Cependant, le taux de prévalence qu'ils observent pour les abus émotionnels est plus élevé, tandis que celui pour la négligence est moins

important que les résultats obtenus par Moody et al. (2018). En général, les études montrent que les filles sont plus à risque d'être victimes de violences sexuelles, alors que les garçons le sont davantage d'être victimes de violences physiques (Moody et al., 2018; Perroud, 2014; Stoltenborgh et al., 2015).

2.1.2 Les facteurs de risque associés à la maltraitance infantile

Parmi les facteurs de risque associés à la maltraitance infantile, nous retrouvons notamment des facteurs sociaux et économiques tels que l'instabilité résidentielle, la pauvreté, le chômage, un faible statut économique, un faible niveau d'études, l'isolement social et le manque de soutien social, la monoparentalité ou la parentalité précoce, l'implication dans des activités criminelles, la toxicomanie et les violences conjugales (Dixon et al., 2005a; Holt et al., 2008; Lafourture et al., 2017; Langevin et al., 2021; Newcomb & Locke, 2001). Il existe des facteurs de risque temporels, comme les événements de vie stressants (ex. : divorce, problèmes de santé, difficultés légales) ou l'entrée de l'enfant à l'école primaire ou secondaire, qui peuvent favoriser l'émergence de mauvais traitements (Laforest et al., 2018).

Les facteurs de risque peuvent aussi être liés aux parents, tels que l'immaturité affective, l'impulsivité, l'intolérance aux frustrations ou l'incapacité de verbaliser leurs émotions (Rey-Salmon, 2008). La maltraitance est également associée à d'autres caractéristiques parentales, comme le fait de devenir parent jeune, des conduites parentales marginalisées, une déficience intellectuelle, la présence de certains troubles de la santé mentale tels que la dépression ou des addictions, des problèmes émotionnels ainsi qu'un sentiment marqué d'impuissance et une faible estime de soi (Dixon et al., 2005a; Lafourture & Gilbert, 2016; Rey-Salmon, 2008). Par ailleurs, des antécédents personnels de maltraitance constituent eux-mêmes un facteur de risque. Les personnes ayant elles-mêmes subi des mauvais traitements peuvent avoir tendance à maintenir des facteurs de stress familiaux et environnementaux, ainsi que des structures sociales favorisant la maltraitance des enfants (Newcomb & Locke, 2001). Ainsi, les antécédents personnels de violence ou les carences subies dans la propre enfance des parents sont des facteurs de risque significatifs (Rey-Salmon, 2008).

Au-delà des facteurs de risque liés aux caractéristiques des parents, certains éléments propres à l'enfant sont associés à l'émergence de comportements maltraitants, notamment une grossesse non désirée, non suivie ou déniée, l'âge et le sexe de l'enfant, ainsi que le fait d'être un enfant prématuré ou handicapé (Lafourture & Gilbert, 2016; Rey-Salmon, 2008). Les jeunes

enfants sont plus à risque d'être exposés à des violences physiques, tandis que les taux de violence sexuelle ont tendance à augmenter à partir de la puberté (Krug, 2002). Concernant le sexe de l'enfant, les filles sont plus à risque d'être victimes d'infanticide, de violences sexuelles, ou de négligence émotionnelle ou physique. Les garçons sont, quant à eux, plus exposés aux violences physiques sévères (Krug, 2002). Les prématurés, les jumeaux et les enfants handicapés présentent un risque accru d'être victimes de violence physique et de négligence (Krug, 2002). Par ailleurs, le tempérament de l'enfant, notamment lorsqu'il est qualifié de difficile, est lié à la survenue des comportements parentaux maltraitants ou inadaptés, tels que des punitions déraisonnables, des réactions émotionnelles négatives ou ambivalentes (Lafortune & Gilbert, 2016).

2.1.3 Les liens entre l'attachement et la maltraitance infantile

L'attachement peut être défini comme le lien émotionnel qui s'établit entre l'enfant et sa figure de référence afin d'assurer à l'enfant que ses besoins de soins et de protection seront comblés (Bowlby, 1969). L'attachement a un sens spécifique. C'est un lien ou un engagement entre l'enfant et une figure d'attachement qui repose sur le besoin fondamental de sécurité et de protection. L'attachement remplit une fonction biologique essentielle en promouvant la protection et la survie de l'enfant (Prior & Glaser, 2010). Cet attachement au *caregiver* principal sert de base de sécurité, permettant à l'enfant d'explorer son environnement. Au fur et à mesure que ses besoins sont satisfaits par l'adulte, l'enfant développe un sentiment de sécurité et de confiance (Bonneville-Baruchel, 2018; Bowlby, 1969; Prior & Glaser, 2010; Tereno et al., 2007). Même dans un contexte de maltraitance, les enfants tendent à établir des liens avec les adultes qui s'occupent d'eux. La qualité des traitements reçus influence la qualité de la relation d'attachement, mais n'en détermine pas l'existence ou l'intensité (Main & Solomon, 1990; Tereno et al., 2007).

La théorie de l'attachement (Bowlby, 1969) explique que les attentes de l'enfant concernant la sensibilité, la disponibilité et la réactivité de sa figure d'attachement conduisent à la formation de différents styles d'attachement, qui influenceront sa manière d'entrer en relation avec autrui (Bonneville-Baruchel, 2018; Dehghan Manshadi et al., 2023; Dixon et al., 2005b). Sur la base de leurs expériences précoces, le plus souvent avec leurs parents, les enfants développent un ensemble d'attentes et de croyances sur leurs futures interactions sociales (Bonneville-Baruchel, 2018; Dixon et al., 2005b). Au fil des échanges quotidiens, les enfants apprennent à discerner si leurs *caregivers* sont prévisibles et réactifs, ou erratiques et

indisponibles. Ces interactions permettent à l'enfant de mieux se comprendre lui-même ainsi que les autres dans le cadre relationnel (Muller et al., 2012). Ces premières expériences façonnent les capacités de mentalisation de l'enfant, influençant son image de soi et des autres, ainsi que sa manière d'entrer en relation (Capaldo & Perrella, 2018). Ainsi, l'enfant crée des représentations mentales de son propre fonctionnement, de celui de ses figures d'attachement, et de la relation entre ces deux, ce qui lui permet d'anticiper les interactions futures. Ces schémas organisent les comportements sociaux et émotionnels de l'enfant. Au cours du développement, l'attachement évolue d'une organisation essentiellement comportementale chez l'enfant à une organisation cognitive et émotionnelle chez l'adulte (Ducatteeuw, 2018). Ainsi, les enfants maltraités peuvent voir leurs figures d'attachement comme insensibles et indisponibles, et ils peuvent se voir eux-mêmes comme non désirables, indignes d'amour et incapables d'attirer l'attention et les soins nécessaires. Ces représentations mentales précoces orientent leurs relations ultérieures (Bonneville-Baruchel, 2018; Dixon et al., 2005b; Muller et al., 2012).

En général, l'enfant développe soit un attachement sûre, soit un attachement insûre, ce dernier pouvant être subdivisé en 3 types d'attachement insûre. Les attachements insûres entravent une exploration optimale de l'environnement par l'enfant, compromettent la confiance en soi et l'impression de maîtrise de l'environnement qui sont importants pour le développement de l'enfant. Néanmoins, il s'agit d'une adaptation saine de l'enfant aux comportements de l'adulte. Le type d'attachement est une stratégie visant à maintenir une proximité avec la figure d'attachement afin de satisfaire le besoin de sécurité et de protection de l'enfant (Ducatteeuw, 2018; Prior & Glaser, 2010). Quatre types d'attachement sont à distinguer : l'attachement sûre, insûre évitant, insûre ambivalent-résistant et insûre désorganisé-désorienté (Ainsworth et al., 1978; Bonneville-Baruchel, 2018; Main & Hesse, 1990; Main & Solomon, 1990). Chaque type d'attachement est associé à la manière plus ou moins sensible, appropriée et rapide dont la figure d'attachement répond aux besoins de l'enfant (Bonneville-Baruchel, 2018).

Premièrement, l'attachement sûre est caractérisé par une recherche spontanée de proximité et de contact avec le *caregiver*. L'enfant ne ressent que peu d'anxiété et est rapidement apaisé. L'adulte est perçu comme une source de réconfort fiable, ce qui permet à l'enfant de développer un sentiment de confiance et de sécurité (Bonneville-Baruchel, 2018; Prior & Glaser, 2010; Tereno et al., 2007). Ce type d'attachement est lié à des contacts

physiques fréquents, une sensibilité aux signaux de l'enfant, une ambiance contrôlée et prévisible, ce qui permet à l'enfant d'inférer les conséquences de ses propres actions et un plaisir mutuel ressenti par le *caregiver* et l'enfant (Prior & Glaser, 2010; Tereno et al., 2007). Dans l'attachement sécurisé, l'enfant utilise l'adulte comme base de sécurité pour l'exploration et proteste en cas de départ de ce dernier. Lors du retour de l'adulte, l'enfant recherche sa proximité, se rassure et repart ensuite vers l'exploration. Le *caregiver* répond à l'enfant de façon appropriée, rapide et cohérente. Ce style d'attachement offre une meilleure résistance de l'individu face à des événements stressants et permet une résilience accrue (Ducatteeuw, 2018; Tereno et al., 2007). Les adultes qui ont un type d'attachement sécurisé ont généralement reçu des soins fiables dans leur enfance, ont une vision positive de soi et des autres et n'ont pas de difficultés à dépendre d'autres personnes (Erozkan, 2016).

Deuxièmement, l'attachement insécurisé évitant se caractérise par un évitement du contact et de la proximité à la figure de référence. Dans l'attachement insécurisé de type évitant, l'échange affectif est pauvre dans les interactions de l'enfant avec son environnement. L'enfant se montre indépendant tant physiquement qu'émotionnellement des figures d'attachement, offrant une image désaffectée. Un départ du *caregiver* ne provoque pas de détresse visible, et le retour ne suscite pas de réaction marquée (Ducatteeuw, 2018). Les enfants évitants ont tendance à cacher leur souffrance émotionnelle, à éviter la vulnérabilité et à manquer de confiance envers autrui (Ainsworth et al., 1978; Bonneville-Baruchel, 2018; Prior & Glaser, 2010; Tereno et al., 2007). L'évitement est associé à un rejet chronique communiqué par des réactions au contact corporel proche, une colère contenue et un ajustement généralement compulsif chez la figure d'attachement (Tereno et al., 2007). L'adulte est souvent absent pendant les détresses émotionnelles et apporte peu de réponses adéquates au stress de l'enfant, incitant celui-ci à l'indépendance ou le rejetant (Ducatteeuw, 2018). L'hypothèse a été avancée que le relatif manque d'expressivité émotionnelle, caractéristique des mères d'enfants évitants, peut être attribué à un effort des mères pour contrôler leur colère envers l'enfant. L'ajustement compulsif pourrait rendre la mère moins consciente des signaux du bébé et, par conséquent, moins apte à répondre efficacement (Ainsworth et al., 1978; Tereno et al., 2007). Les adultes ayant un attachement évitant ont reçu des soins non réactifs de leurs *caregivers*, ce qui les amène à se considérer comme autosuffisants parce qu'ils ont appris qu'ils ne peuvent pas compter sur d'autres personnes (Erozkan, 2016).

Troisièmement, les enfants insécurisés ambivalents vivent une ambivalence constante entre le désir de proximité et la colère envers leur figure d'attachement. Ils peinent à se calmer, résistent à leur besoin de réconfort et ont intérieurisé l'image d'un *caregiver* inconsistant (Bonneville-Baruchel, 2018). Ils sont incapables d'utiliser efficacement le *caregiver* comme base sécurisante et sont difficiles à apaiser (Ducatteeuw, 2018). Ils réagissent aux départs de leur figure d'attachement avec une détresse immédiate et intense. Ils démontrent explicitement de la résistance aux interactions et au contact, mais également des comportements de recherche de proximité (Prior & Glaser, 2010). Le comportement alterne entre la recherche de proximité et le rejet de la figure d'attachement, entre une recherche de contact et des moments de colère à l'attention de l'adulte. Ce dernier, souvent peu disponible, présente une incohérence dans ses réponses à l'enfant, alternant comportements appropriés et négligences (Ducatteeuw, 2018). Il y a un manque de confiance évident vis-à-vis de la figure d'attachement (Tereno et al., 2007). En tant qu'adultes, les soins incohérents qu'ils ont reçus leur compliquent de prévoir les réponses possibles des autres personnes concernant leurs besoins de sécurité et de confort. Ainsi, les adultes avec un attachement insécurisés ambivalents désirent l'intimité et la proximité avec d'autres personnes, mais ils craignent d'être rejetés ou de ne pas recevoir ce dont ils ont besoin. Ils alternent entre des comportements d'approche et d'évitement (Erozkan, 2016).

Dernièrement, les enfants ayant un type d'attachement désorienté-désorganisé ont été confronté à des figures d'attachement très angoissées ou effrayantes (Bonneville-Baruchel, 2018; Tereno et al., 2007). L'adulte *caregiver* alterne ici entre une attitude affectueuse rassurante et un comportement effrayant, incohérent ou encore maltraitant (Ducatteeuw, 2018). L'enfant est incapable de faire face à des situations de stress parce que la figure d'attachement est à la fois source d'anxiété et de sécurité (Bonneville-Baruchel, 2018; Tereno et al., 2007). Par conséquent, l'enfant ne peut ni s'attacher et mettre en place des stratégies sécurisantes, ni détourner son attention et mettre en place des stratégies évitantes (Main & Hesse, 1990). Ces enfants peuvent avoir des comportements bizarres parce qu'ils manquent de stratégie cohérente et organisée pour faire face au stress et à la détresse (Prior & Glaser, 2010). Ils peuvent avoir des mouvements stéréotypés en situation de stress, ou se figer. Sans stratégie d'attachement cohérente, leurs comportements sont désorganisés, désorientés, voire contradictoires (Ducatteeuw, 2018). Le type d'attachement désorienté-désorganisé est associé à la maltraitance infantile, à la négligence, à la monoparentalité, au risque maternel de difficultés parentales et à des soins insensibles ou intrusifs (Bonneville-Baruchel, 2018; Prior & Glaser, 2010). Les

enfants maltraités sont plus à risque de développer un type d'attachement insécurisé ou désorganisé (Baer & Martinez, 2006).

La qualité de l'attachement dépend principalement de la capacité du *caregiver* à être réceptif et disponible pour répondre aux besoins physiologiques et psychologiques de l'enfant, une aptitude qui est elle-même influencée par la qualité de l'attachement que le parent a vécu durant sa propre enfance (Capaldo & Perrella, 2018). L'attachement précoce au *caregiver* joue un rôle crucial dans la création de relations saines avec les pairs, partenaires et enfants dans le futur (Erozkan, 2016). Ainsi, les modèles d'attachement parentaux peuvent influencer la relation d'attachement avec leur propre enfant. Selon la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969), un attachement insécurisé peut réduire les barrières psychologiques à la violence en affaiblissant l'orientation protectrice des parents et en renforçant une vision négative de l'enfant, associée à des comportements moins favorables à l'égard de l'enfant et à une mauvaise gestion de la colère (Lo et al., 2019; Newcomb & Locke, 2001). Les parents avec un style d'attachement insécurisé risquent de fournir des soins moins sensibles, en raison de difficultés de régulation émotionnelle (Lo et al., 2019). Il est estimé qu'environ la moitié du style d'attachement d'un enfant peut être expliqué par celui du parent (Newcomb & Locke, 2001). Par conséquent, les personnes ayant subi des abus dans leur enfance risquent de devenir parents sans les compétences nécessaires pour développer des relations saines, augmentant le risque de maltraitance. Elles peuvent avoir des difficultés à entrer en relation avec leurs enfants et à développer des modèles d'attachement sécurisants (Dixon et al., 2005b).

2.1.4 La transmission intergénérationnelle de la maltraitance

Le comportement des parents est influencé par leurs expériences vécues durant l'enfance. En élevant leurs enfants, les parents tendent à reproduire les pratiques éducatives de leurs propres parents, ce qui signifie qu'ils élèvent souvent leurs enfants de manière semblable à celle dont ils ont eux-mêmes été élevés (Assink et al., 2018; Putallaz et al., 1998; Van IJzendoorn, 1992). Dans la littérature scientifique, cette continuité intergénérationnelle dans les comportements parentaux est souvent appelée transmission intergénérationnelle. Celle-ci concerne à la fois les comportements parentaux positifs et les pratiques parentales abusives (Assink et al., 2018). Il est généralement admis que des parents ayant subi de la maltraitance durant leur enfance sont plus à risque de maltraiter à leur tour leurs propres enfants (Berlin et al., 2011; Lafontaine & Gilbert, 2016; Langevin et al., 2021). Les recherches montrent en effet qu'un vécu d'abus dans l'enfance augmente la probabilité que le parent reproduise ces

expériences à travers un environnement familial chaotique ou violent. Ces parents peuvent également manifester une incapacité à répondre adéquatement aux besoins affectifs de leur enfant (Lafortune & Gilbert, 2016).

La transmission intergénérationnelle de la maltraitance découle d'interactions complexes entre des facteurs de risque, de protection et de médiation. Ces facteurs de risque sont influencés par la qualité des relations interpersonnelles au sein de la famille. Des relations sécurisantes peuvent protéger contre les facteurs de stress passés ou présents et encourager des stratégies d'adaptation positives (Dixon et al., 2005b; Van Wert et al., 2019). Inversement, des relations instables et un attachement insécurisé ne jouent pas ce rôle protecteur et peuvent favoriser l'émergence de comportements violents et maltraitants (Dixon et al., 2005b; Erozkan, 2016).

Des facteurs de protection, tels qu'un soutien émotionnel adéquat, la psychothérapie, des relations stables et un environnement familial sécurisant vécu durant l'enfance ou au début de l'âge adulte, peuvent aider à prévenir la transmission intergénérationnelle de la maltraitance (Dixon et al., 2005b; Holt et al., 2008; Langevin et al., 2021; Van Wert et al., 2019). Toutefois, des recherches ont mis en évidence que les parents ayant un passé de maltraitance présentent souvent une qualité d'interaction plus faible avec leur enfant, nourrissent des attentes plus irréalistes à son égard et ont tendance à attribuer plus fréquemment des intentions négatives à son comportement. Les parents ayant vécu de la maltraitance dans l'enfance sont plus à risque de faire preuve d'un mauvais comportement parental tel que des réponses et punitions agressives que les parents n'ayant pas de tels antécédents (Berlin et al., 2011; Dixon et al., 2005b).

Par ailleurs, les antécédents de maltraitance infantile augmentent la probabilité qu'un adulte violent soit présent dans le foyer familial. Une enfance marquée par la violence accroît le risque d'être attiré par des partenaires violents ou, à l'inverse, de développer soi-même des comportements violents à l'âge adulte (Banyard et al., 2003; Dixon et al., 2005a). La présence d'un partenaire violent dans le foyer familial augmente le risque que l'enfant soit maltraité (Banyard et al., 2003; Dixon et al., 2005a; Holt et al., 2008). De plus, l'exposition de l'enfant à la violence dirigée contre d'autres membres de la famille peut être considérée comme une forme d'abus émotionnel qui peut avoir des conséquences délétères (Greene et al., 2020; Holt et al., 2008).

D'autres mécanismes de transmission sont liés aux conséquences de la maltraitance, telles que l'altération des compétences sociales et interpersonnelles de l'enfant, des problèmes d'agression, de régulation des affects et d'empathie (Assink et al., 2018; Newcomb & Locke, 2001). Ces processus peuvent favoriser l'émergence de modèles relationnels et de traits de personnalité qui prédisposent à des comportements parentaux maltraitants (Newcomb & Locke, 2001). D'autres conséquences possibles incluent le développement de troubles mentaux, une faible estime de soi, une détresse psychologique en lien avec le vécu d'abus, ou encore la présence de traits de personnalité impulsifs, antisociaux ou d'une déficience intellectuelle (Dixon et al., 2005a; Lafourture et al., 2017). Le plus souvent, ces problématiques s'accumulent, complexifiant la prise en charge clinique (Lafourture et al., 2017).

En conclusion, une enfance abusive peut augmenter le risque de reproduction de la maltraitance d'une génération à l'autre. Les parents ayant été victimes de maltraitance durant leur enfance sont plus susceptibles de devenir parents jeunes, de souffrir de troubles mentaux et de vivre avec un partenaire violent (Dixon et al., 2005b). Ces facteurs de risque sont associés à un style parental inadéquat, caractérisé par des comportements de rejet, de contrôle excessif ou d'intrusion, des attributions négatives, des perceptions irréalistes de l'enfant, et une mauvaise qualité des soins (Dixon et al., 2005b; Greene et al., 2020). Ces éléments font que les parents ayant eux-mêmes été maltraités présentent un risque plus élevé de reproduire cette maltraitance (Dixon et al., 2005b). Cependant, il est essentiel de souligner que la majorité des parents ayant été victimes de maltraitance dans leur enfance ne maltraitent pas leurs propres enfants (Assink et al., 2018; Dixon et al., 2005b; Greene et al., 2020). Cela met en lumière l'importance des facteurs de protection et du soutien thérapeutique dans la prévention de la transmission intergénérationnelle.

2.2 Les capacités de mentalisation

Dans la littérature, la mentalisation est généralement conçue et définie comme la capacité à percevoir et interpréter ses propres états mentaux ainsi que ceux d'autrui. Ces états mentaux incluent les pensées, les émotions, les attentes, les besoins, les désirs, les motivations et les intentions en lien avec les paroles ou gestes exprimés (Achim & Terradas, 2015; Dubé et al., 2019; Fournier et al., 2019; Urfer et al., 2014). La mentalisation correspond ainsi à un processus mental qui aide à identifier, attribuer et inférer les états mentaux sous-jacents à ses propres comportements ou ceux d'autrui à partir d'indices internes ou externes (Badoud et al.,

2017; Berthelot et al., 2013; Terradas et al., 2019). Il s'agit d'une capacité dynamique qui est sensible au degré d'activation émotionnelle et qui permet à l'individu de comprendre, de prévoir et de donner du sens à ses propres comportements ainsi qu'à ses relations interpersonnelles (Badoud et al., 2017; Berthelot et al., 2013; Terradas et al., 2019). Elle joue un rôle essentiel dans la régulation des émotions et des comportements (Berthelot et al., 2013; Terradas et al., 2019). La mentalisation implique également que l'individu reconnaît qu'il peut y avoir des différences entre ses propres états mentaux et ceux d'autrui et que ses états mentaux ne sont pas des représentations fiables de la réalité externe (Achim & Terradas, 2015; Chabot et al., 2015).

Il est généralement admis que le développement de la capacité de mentalisation s'effectue dans le cadre des premières relations d'attachement, notamment entre l'enfant et ses figures parentales (Badoud et al., 2017; Fournier et al., 2019; Terradas et al., 2019; Urfer et al., 2014). La qualité de la relation d'attachement entre le parent et l'enfant va avoir un impact sur le développement de la capacité de mentalisation, ainsi que sur la confiance que l'enfant va acquérir en l'information qui lui est transmise. Une relation d'attachement sûre va ainsi favoriser chez l'enfant la confiance en ses propres croyances et expériences, ainsi que sa confiance vis-à-vis d'autrui, et par conséquent le bon développement de la mentalisation. Cependant, si la relation d'attachement est insûre, l'enfant peut développer des difficultés à faire confiance à soi-même ou à autrui et le bon développement de la mentalisation peut être inhibé (Berthelot et al., 2013; Fournier et al., 2019; Urfer et al., 2014).

Au-delà d'une relation d'attachement sûre, développer la mentalisation requiert que le parent reflète de manière cohérente, fréquente et explicite les états mentaux de l'enfant. Il s'agit pour le parent de reconnaître, de nommer et de commenter les émotions vécues par l'enfant, pour lui permettre d'en prendre conscience et d'en organiser l'expérience (Chabot et al., 2015; Terradas et al., 2019). Le reflet des états mentaux entre le parent et l'enfant joue un rôle primordial dans le développement de la mentalisation. Le parent sait ainsi diriger l'attention de l'enfant sur l'existence et la signification de ses états mentaux. Ces reflets des états mentaux aident l'enfant à organiser son expérience et à savoir ce qu'il ressent (Terradas et al., 2019). Il est supposé que ce développement serait inhibé chez des enfants qui vivent et grandissent dans des environnements dysfonctionnels et des relations d'attachement qui sont insûres (Terradas et al., 2019). Des expériences traumatiques pourraient causer chez l'enfant une aversion à explorer ses états mentaux et ceux d'autrui, ce qui va négativement affecter le développement des capacités de mentalisation. Par conséquent, l'enfant reste dans des stades précoces de la

mentalisation qui se caractérisent par des distorsions cognitives par rapport à soi-même, au regard d'autrui et à ses relations interpersonnelles (Terradas et al., 2019).

2.2.1 Le développement normal de la mentalisation

Fonagy et al. (2004) ont proposé un modèle du développement normal de la capacité de mentalisation qui s'organise en quatre stades (Chabot et al., 2015; Dubé et al., 2019). Le premier stade débute vers l'âge de trois mois, lorsque l'enfant commence à percevoir qu'il est un être distinct des autres et développe les bases de la différenciation entre soi et autrui. En parallèle, la socialisation lui permet de comprendre progressivement qu'il peut influencer le comportement des autres par la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale (Chabot et al., 2015; Dubé et al., 2019). Aux alentours des neuf mois, l'enfant entre dans le stade téléologique. À ce stade, le bébé est centré sur les attributs physiques des personnes et des objets qui l'entourent, donc l'interprétation d'une action se base sur les conséquences physiques visibles. L'enfant ne considère pas encore les intentions ou les états mentaux sous-jacents aux actions (Dubé et al., 2019; Fournier et al., 2019). Ensuite, vers l'âge de deux ans, l'enfant va développer deux modes prémentalisans, les modes d'équivalence psychique et de pensée fictif (Chabot et al., 2015; Dubé et al., 2019). Ces modes de pensée permettent à l'enfant d'établir une relation entre son expérience interne et la réalité externe, et ainsi l'aident à comprendre ses propres états mentaux et ceux d'autrui (Chabot et al., 2015; Dubé et al., 2019^o . Le mode de pensée d'équivalence psychique est marqué par le fait que l'enfant sait difficilement faire la distinction entre son monde interne et la réalité externe. Dans ce stade du développement, les mondes interne et externe sont interchangeables. L'enfant considère ses pensées et émotions comme étant totalement équivalentes à la réalité externe. Son monde interne est perçu comme un reflet fidèle du monde extérieur, ce qui complique la différenciation entre subjectivité et réalité (Achim & Terradas, 2015; Fournier et al., 2019; Urfer et al., 2014). À l'inverse, dans le mode de pensée fictif, l'enfant s'échappe dans un monde imaginaire qu'il perçoit comme complètement séparé de la réalité. Il va inventer une réalité qui lui appartient et qui est séparée du monde externe. Dans ce stade du développement, l'enfant sera incapable de faire coexister son monde interne, la réalité externe et le monde qu'il a inventé. Ces modes prémentalisans se développent parallèlement avant de s'intégrer et de laisser place au mode de pensée réflexif vers l'âge de cinq ans (Achim & Terradas, 2015; Fournier et al., 2019; Urfer et al., 2014). C'est à ce moment que l'enfant commence à comprendre que ses sentiments, pensées et intentions ne sont que des représentations de la réalité externe et non son reflet fidèle. Il prend conscience

que les autres ont des pensées, des sentiments et une réalité interne qui peuvent différer de la sienne (Terradas et al., 2019).

2.2.2 Le développement pathologique de la mentalisation

Terradas et al. (2019) supposent que les expériences vécues dans l'enfance, notamment les soins maternels reçus, influencent la capacité ultérieure des parents à mentaliser, ainsi qu'à prendre soin de leurs propres enfants. Ainsi, les adultes ayant grandi dans des environnements insécurisants ou dysfonctionnels risquent d'avoir une capacité de mentalisation limitée. Cette difficulté les rend moins aptes à offrir à leur enfant une reconnaissance cohérente, régulière et marquée de ses états mentaux, compromettant dès lors le développement de la mentalisation chez ce dernier (Terradas et al., 2019). Fournier et al. (2019) décrivent trois figures de fonctionnement parental possibles lorsque la capacité de mentalisation est déficiente. Dans chacun de ces cas, l'enfant reste figé à un stade prémentalisateur, ce qui nuit à son développement socio-affectif.

D'abord, il peut prédominer chez certains parents un mode téléologique de fonctionnement psychique caractérisé par une absence de prise en compte des états mentaux, tant chez soi que chez l'enfant (Urfer et al., 2014). Dans ce cas, le parent se focalise sur l'expérience physique, concrète et réelle quand il reflète son état interne à l'enfant. Le reflet de l'expérience interne, psychique ou mentale est négligé. Ce parent peut également rencontrer des difficultés significatives au niveau de la régulation de son comportement et de ses affects, ce qui expose l'enfant à un risque accru de maltraitance. Dans ce contexte, l'enfant développera une représentation mentale de ses états internes qui sera semblable à celle de son parent et donc très proche de ses sensations physiques. Son fonctionnement psychique se caractérise par une régulation affective axée sur le physique, l'action, l'agressivité ou la surexcitation, ainsi qu'une compréhension de lui-même et d'autrui qui se base sur l'observable, le physique (Dubé et al., 2019; Terradas et al., 2019).

Ensuite, pour d'autres parents, un fonctionnement selon le mode d'équivalence psychique peut prédominer, ayant comme conséquence qu'ils éprouvent des difficultés à différencier leurs propres états mentaux de ceux de l'enfant (Achim & Terradas, 2015; Urfer et al., 2014). Dans ce cas, la personne croit que son expérience subjective de la réalité est la seule et unique réalité. Elle est incapable d'envisager une autre perspective parce qu'elle est convaincue que chacun partage ses états mentaux (Berthelot et al., 2013; Chabot et al., 2015).

Par conséquent, lorsque le parent est en détresse, il présume que l'enfant l'est également et inversement. Il est supposé que ces difficultés soient le résultat d'un manque de différenciation entre le moi et le non-moi chez le parent. Ce dernier peut avoir tendance à refléter la détresse de l'enfant sans modulation. Dans ce contexte, l'enfant comprend que les états mentaux sont contagieux. Le parent peut peiner à se mettre à la place de son enfant et, par conséquent, peut lui attribuer des états mentaux adultes sans considérer son niveau de développement (Terradas et al., 2019). Il se peut alors que, par la suite, l'enfant projette ses émotions sur les autres et qu'il soit convaincu de savoir ce que les autres pensent (Dubé et al., 2019; Fournier et al., 2019).

Enfin, certains parents adoptent un fonctionnement selon le mode de pensée fictif. Ils peinent à refléter adéquatement les états mentaux de leur enfant car ils rencontrent des difficultés à identifier et traiter leurs propres expériences affectives (Achim & Terradas, 2015; Urfer et al., 2014). Ils peuvent avoir des tendances d'évitement à réfléchir à leurs propres émotions, de favoriser l'intellectualisation, la rationalisation et l'évitement dans l'interaction avec l'enfant, ainsi qu'un détachement de l'expérience affective de celui-ci, surtout dans des moments émotionnels (Terradas et al., 2019). Chez l'enfant, un fonctionnement selon le mode de pensée fictif peut survenir lorsque l'attitude du parent lui laisse croire que ses états mentaux et expériences affectives ne sont pas liés au monde externe ni à ses propres sensations. L'enfant peut être amené à croire que les autres ne comprennent pas ou ne s'intéressent pas à son monde interne. Chez ces enfants, la régulation affective se fera en dehors de leurs relations avec autrui et à travers un discours totalement déconnecté de leur monde interne (Terradas et al., 2019).

2.2.3 La mentalisation parentale

La mentalisation parentale fait référence à la capacité d'un parent à interpréter le comportement de son enfant en fonction des états mentaux de ce dernier et à comprendre que son enfant peut vivre les situations différemment de lui (Dehghan Manshadi et al., 2023; Slade, 2005). Les capacités de mentalisation sont cruciales en contexte parental, car elles exigent des parents qu'ils imaginent l'expérience subjective de leur enfant, tout en étant conscients de leurs propres affects et de leur impact sur la relation parent-enfant (Berthelot et al., 2019). Parallèlement, la mentalisation parentale permet également aux parents de réfléchir à leurs propres croyances, sentiments et pensées, et d'être conscients de la manière dont leurs propres états mentaux peuvent influencer et être façonnés par leurs interactions avec leur enfant (Wang, 2022).

La mentalisation est considérée comme un soutien aux réponses sensibles des mères, dans la mesure où elle leur permet de s'imaginer le vécu affectif de leur enfant, tout en facilitant l'inhibition des réponses impulsives dans les situations de détresse (Bérubé-Beaulieu et al., 2017; Fonagy & Target, 1997; Fonagy & Target, 2006). Elle permet aux parents de faire la distinction entre leur propre vie émotionnelle et celle des autres, sans qu'ils se sentent submergés ni incapables d'y réfléchir (Bérubé-Beaulieu et al., 2017; Fonagy & Target, 2006). Les parents ayant de bonnes capacités de mentalisation seraient moins susceptibles d'être envahis par un sentiment de détresse et pourraient plus facilement maintenir une perspective centrée sur les besoins de l'enfant (Bérubé-Beaulieu et al., 2017). Un parent ayant de bonnes capacités de mentalisation, capable de donner un sens aux comportements de son enfant en termes d'expérience interne et affective, permettrait à celui-ci de développer le sentiment que ses propres états internes sont bien compris. Cela permet d'assurer qu'il trouve réconfort au sein de leur relation et qu'il puisse développer un attachement sécurisé (Bérubé-Beaulieu et al., 2017; Fonagy et al., 1995).

En revanche, les parents ayant un attachement insécurisé montrent souvent un manque d'intérêt et de curiosité sincères pour les états mentaux de leur enfant, associé à une incapacité à accéder son monde subjectif (Luyten et al., 2017). Ces parents peuvent se montrer excessivement certains de connaître les états mentaux de leur enfant, ce qui peut, à l'extrême, conduire à l'hypermentalisation, qui peut être très intrusive (Luyten et al., 2017). Dans ce cas, le parent ne reconnaît pas les limites inhérentes à la compréhension des états mentaux d'autrui et nie l'opacité de ces derniers (De Palma et al., 2023). L'hypermentalisation décrit le fait que la personne fait des déductions trop complexes sur les états mentaux des autres. En d'autres termes, la personne sur-infère les états mentaux des autres en allant bien au-delà de ce qu'indiquent les indices sociaux observables, ce qui conduit finalement à une mauvaise interprétation des informations sociales. La personne utilise des états mentaux pour expliquer les actions de l'autre, mais ces états mentaux sont sur-attribués (Kalpakci et al., 2015).

À l'opposé, les parents peuvent faire preuve d'une hypomentalisation marquée, voire d'une alternance entre hypermentalisation et hypomentalisation. Dans ce cas, les états mentaux sont perçus comme totalement opaques, voire totalement absents. L'hypomentalisation renvoie ainsi à une compréhension déficiente ou limitée des états mentaux de l'enfant (De Palma et al., 2023; Luyten et al., 2017). D'une part, cette incompréhension peut être liée à un manque de reconnaissance des influences du développement psychologique de l'enfant sur les états

mentaux, c'est-à-dire la réalisation que les états mentaux de l'enfant peuvent changer avec le temps (Luyten et al., 2017). D'autre part, l'incompréhension peut découler d'une compréhension erronée des influences du développement, comme l'attribution d'états mentaux peu plausibles aux enfants ou bien la croyance erronée que les nourrissons n'ont pas d'univers émotionnel (Luyten et al., 2017).

Les parents ayant un attachement insécurisé ont tendance à recourir à des modes de pensée prémentalistes vis-à-vis de la subjectivité de leur enfant, caractérisés par des attributions déformées et souvent malveillantes. Ils peuvent construire des récits très improbables à propos des comportements de leur enfant, qui n'ont que peu ou pas de rapport avec ses véritables états mentaux, ce qui est souvent typique de l'hypomentalisation (Luyten et al., 2017). À l'inverse, ils peuvent devenir excessivement certains de ce que leur enfant ressent, pense ou désire, ce qui est typique de l'hypermentalisation. Enfin, ils peuvent également revenir à un mode purement téléologique d'interprétation des comportements, dans lequel seuls les comportements objectifs et orientés vers un but sont considérés comme capables d'influencer de manière significative les états mentaux (Luyten et al., 2017).

2.2.4 La mentalisation et la maltraitance infantile

Un lien entre le vécu de maltraitance infantile et le développement de capacités de mentalisation plus faibles a été établi par plusieurs recherches (Urfer et al., 2014; Yang & Huang, 2024). L'exposition précoce à des expériences de maltraitance peut avoir des effets néfastes sur les capacités de mentalisation des individus, et ainsi nuire à leur aptitude, une fois devenus parents, à percevoir leurs enfants comme des êtres dotés d'une vie intérieure propre (Dehghan Manshadi et al., 2023; Urfer et al., 2014). Le vécu de maltraitance infantile est associé aux difficultés de régulation émotionnelle qui sont elles-mêmes liées à des capacités de mentalisation altérées. La régulation émotionnelle et les capacités de mentalisation des parents sont des facteurs médiateurs importants dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance (Wang, 2022). La capacité d'un parent à donner un sens aux comportements de son enfant en fonction de ses états internes permettrait de mieux réguler ses propres réactions, favorisant ainsi une parentalité plus sensible (Bérubé-Beaulieu et al., 2017). À l'inverse, n'ayant pas l'habileté de se distancier de leur propre expérience affective pour réfléchir à celle de leur enfant, les parents ayant des capacités de mentalisation faibles sont plus à risque d'émettre des comportements insensibles et d'avoir des pratiques parentales inadéquates lorsqu'ils sont eux-mêmes envahis par des affects négatifs (Bérubé-Beaulieu et al., 2017).

Toutefois, certains adultes parviennent à développer de bonnes capacités de mentalisation malgré une histoire marquée par des événements de vie défavorables, ce qui constitue un facteur important de résilience. En effet, la mentalisation joue un rôle central dans l’élaboration d’un récit cohérent du traumatisme, ce qui est essentiel pour le rétablissement (Berthelot et al., 2019). Si la maltraitance durant l’enfance interfère avec le développement de la mentalisation (Berthelot et al., 2013), une capacité de mentalisation préservée apparaît néanmoins comme un facteur de protection déterminant dans le contexte de maltraitance. La capacité à réfléchir en termes d’états mentaux limiterait notamment le recours à des comportements défensifs rigides et favoriserait un sens cohérent d’identité (Berthelot et al., 2014; Fonagy et al., 1994). Ainsi, de bonnes capacités de mentalisation peuvent non seulement jouer un rôle protecteur, mais elles représentent également une cible thérapeutique pertinente dans la prévention de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance (Berthelot et al., 2014, 2019).

2.3 Le sentiment de compétence parentale

L'estime de soi joue un rôle central dans la construction de la perception de soi, et elle varie selon les rôles sociaux que la personne assume et la valeur qu'elle accorde à ces rôles. À l'âge adulte, les rôles les plus significatifs sont souvent l'activité professionnelle, le mariage et la parentalité. Dans ce dernier cas, nous parlons plus précisément du sentiment de compétence parentale (Trudelle & Montambault, 1994). Aujourd’hui, il est largement reconnu qu'un parent qui se sent bien dans son rôle, et qui se perçoit comme un parent adéquat, est généralement plus efficace (Baiverlin et al., 2020). D'ailleurs, selon Trudelle et Montambault (1994), la compétence d'une personne dans un domaine serait en partie déterminée, ou du moins influencée, par son sentiment de compétence.

L'image de soi comme parent, et donc le concept de soi parental, se construit à partir d'un ensemble d'attitudes, de sentiments, d'attentes, d'expériences, de conflits et de croyances liés à l'éducation et à la relation avec l'enfant (Baiverlin et al., 2020; Mouton & Roskam, 2015; Roskam et al., 2015; Trudelle & Montambault, 1994). Le sentiment de compétence parentale renvoie ainsi à la perception subjective qu'ont les parents de leurs compétences parentales, donc de leur capacité à influencer positivement le développement de leur enfant, gérer efficacement leurs responsabilités parentales, et à faire face aux défis de la parentalité (Blavier et al., 2020; Dehghan Manshadi et al., 2023; Martinez-Torteya et al., 2018; Razurel et al., 2011). Le

sentiment de compétence parentale fait référence à la confiance en soi et au sentiment d'efficacité des parents dans leur rôle parental (Dehghan Manshadi et al., 2023; Razurel et al., 2011). Cette image de soi influence par la suite la manière dont le parent évalue son comportement, prend des décisions et explique ses émotions. Elle est également modulée par la qualité de la relation avec l'enfant, le partenaire ou encore d'autres figures significatives de l'environnement social (Baiverlin et al., 2020; Trudelle & Montambault, 1994).

Le sentiment de compétence parentale (SCP) se divise en deux dimensions. Il découle à la fois de l'auto-efficacité et de la satisfaction par rapport au rôle parental (Johnston & Mash, 1989). La première dimension, le sentiment d'efficacité parentale (SEP), reflète l'aspect instrumentale de la parentalité, c'est-à-dire le degré perçu de compétence et d'habileté à résoudre des problèmes liés à l'éducation de l'enfant (Blavier et al., 2020; Trudelle & Montambault, 1994). Ce sentiment repose sur les croyances que le parent entretient quant à sa capacité à être efficace, et il est positivement associé au développement de l'enfant dans les domaines du comportement, de l'apprentissage et de la santé mentale (Bandura, 1997). Un individu qui se perçoit comme étant capable de résoudre des problèmes liés à sa fonction de parent va avoir un SEP élevé. La seconde dimension, le sentiment de satisfaction parentale (SSP), concerne la dimension affective du rôle parental et donc la frustration, l'anxiété et la motivation ressentie (Blavier et al., 2020; Trudelle & Montambault, 1994). La satisfaction parentale reflète le plaisir et l'épanouissement que les parents tirent de leur rôle parental. Des niveaux faibles de satisfaction parentale ont été associés à des pratiques parentales dysfonctionnelles et à davantage de problèmes comportementaux chez les enfants (Gilmore & Cuskelly, 2024).

Le SCP a des conséquences concrètes sur les pratiques parentales puisque moins le parent est confiant, moins il se sent satisfait dans son rôle parental et moins il se sent efficace. Au contraire, un SCP élevé va avoir un effet positif sur les pratiques parentales et le développement de l'enfant. D'ailleurs, plus le SCP est élevé, plus l'impact du parent sur le développement de l'enfant est positif (Bernadat & Wendland, 2021; Dehghan Manshadi et al., 2023; Roskam et al., 2015). Un SCP élevé est en lien avec des pratiques de soutien positives, une satisfaction parentale supérieure, un stress parental et une dépression moindres (Meunier & Roskam, 2009). Renforcer le sentiment de compétence des parents semble donc essentiel. En effet, il influence directement les pratiques parentales et, par conséquent, le bien-être de l'enfant (Mouton & Roskam, 2015; Roskam et al., 2015). De plus, il est fondamental de considérer

l'histoire personnelle du parent, notamment ses expériences vécues durant l'enfance, car elles façonnent profondément son concept de soi parental et son style éducatif (Bernadat & Wendland, 2021).

2.3.1 Le sentiment de compétence parentale et la maltraitance infantile

Les expériences de maltraitance vécues durant l'enfance ont des effets considérables sur la génération suivante, notamment en contribuant à un cycle de maltraitance et de violence intrafamiliale. Ces effets semblent s'exercer, entre autres, à travers une altération du sentiment de compétence parentale et des pratiques parentales (Baiverlin et al., 2020; Banyard et al., 2003; Greene et al., 2020; Wang, 2022). Plusieurs études menées auprès de mères, mais également auprès de parents en général, ont montré que les adultes ayant vécu de la maltraitance durant l'enfance présentent un sentiment d'auto-efficacité et de satisfaction parentale diminué (Bailey et al., 2012; Baiverlin et al., 2020; Caldwell et al., 2011). De plus, des recherches indiquent que l'effet de la maltraitance infantile sur la perception de soi parentale, en particulier chez les mères, est médié par leur santé mentale (Caldwell et al., 2011; Delhalle & Blavier, 2023; Martinez-Torteya et al., 2018). Ainsi, les antécédents de maltraitance dans l'enfance affectent négativement le sentiment de compétence parentale à l'âge adulte (Baiverlin et al., 2020; Banyard et al., 2003). Ils semblent non seulement influencer la santé physique et psychologique des individus, mais également leurs comportements parentaux ultérieurs (Bailey et al., 2012; Baiverlin et al., 2020; Banyard et al., 2003; Caldwell et al., 2011; Mouton & Roskam, 2015). Par exemple, dans une étude menée auprès de mères d'enfants d'âge préscolaire, Mouton et Roskam (2015) ont observé que le manque de confiance en leurs compétences parentales favorisait des sentiments de frustration et d'irritation. Cela pouvait entraîner des comportements parentaux négatifs tels que la critique, les moqueries dévalorisantes ou encore le recours aux punitions physiques. Par conséquent, les parents ayant été victimes de maltraitance durant l'enfance seraient plus à risque d'adopter des pratiques parentales abusives ou négligentes. Les expériences de maltraitance dans l'enfance pourraient donc altérer les pratiques parentales et un sentiment de compétence parental affaibli peut être un facteur médiateur (Bailey et al., 2012; Baiverlin et al., 2020; Banyard et al., 2003; Caldwell et al., 2011).

Notons cependant que la majorité des études sur ce sujet portent principalement sur les mères. Bien que certains travaux incluent également les pères, leur participation reste souvent limitée, ce qui compromet les possibilités de comparaison entre les genres. En outre, de nombreuses recherches se concentrent sur les parents de jeunes enfants, en particulier les

nourrissons ou enfants d'âge préscolaire, tandis que d'autres ne précisent pas l'âge de l'enfant, ce qui limite la portée des résultats obtenus.

2.3.2 Le sentiment de compétence parentale et la mentalisation

Différentes études ont trouvé que les capacités de mentalisation des parents d'enfants d'âge préscolaire sont liées à leur sentiment de compétence parentale (Nijssens et al., 2018; Rostad & Whitaker, 2016). Dans une étude menée auprès de parents iraniens d'enfants âgés de 5 à 13 ans, Dehghan Manshadi et al. (2023) ont observé que les comportements parentaux visant à favoriser la mentalisation chez l'enfant, tels que l'identification et la compréhension des émotions, l'expression émotionnelle appropriée ou encore la régulation des réponses affectives, sont négativement influencés par l'histoire de maltraitance infantile des parents. Ces auteurs soulignent également que les pensées et sentiments d'un parent à l'égard de son enfant sont façonnés par son style d'attachement, ses représentations mentales et ses croyances, donc des expériences précoces de mauvais traitements peuvent profondément perturber le fonctionnement intellectuel, émotionnel et comportemental du parent envers lui-même et envers son enfant (Dehghan Manshadi et al., 2023). Par ailleurs, il a été montré que les parents ayant un haut niveau de mentalisation parentale adoptent un style parental plus positif, caractérisé par une implication plus marquée, une meilleure communication avec l'enfant et une relation plus chaleureuse. Ces qualités sont associées à une satisfaction parentale accrue et à un meilleur sentiment de compétence parentale (Dehghan Manshadi et al., 2023; Gordo et al., 2020; Rostad & Whitaker, 2016). À l'inverse, un faible niveau de mentalisation parentale peut amener les parents à se percevoir comme moins compétents et à éprouver moins de satisfaction dans leur rôle (Gordo et al., 2020; Rostad & Whitaker, 2016).

Une étude menée auprès des mères d'enfants âgés de 10 et 14 mois montre qu'une meilleure capacité de mentalisation permet aux mères de se sentir plus à l'aise et confiantes dans leur rôle parental (Kelly et al., 2005). De même, Rostad et Whitaker (2016), dans une recherche auprès de parents américains d'enfants de 0 à 6 ans, soulignent que les parents ayant une mentalisation élevée entretiennent des interactions plus positives avec leurs enfants, ce qui renforce leur satisfaction parentale. À l'inverse, Gordo et al. (2020) ont observé que les mères d'enfants de 2 à 36 mois ayant une perception négative de leurs compétences parentales (par exemple, lorsqu'elles ne se sentent pas capables d'apaiser leur enfant) sont moins enclines à persévérer dans leurs efforts éducatifs. Ce retrait renforce ensuite leur perception négative, générant un cercle vicieux d'inefficacité et de frustration parentale (Gordo et al., 2020).

Il convient de noter que la majorité des études se concentrent sur les mères d'enfants d'âge préscolaire, et que très peu de recherches ont été menées auprès de parents francophones d'enfants âgés de 6 à 12 ans. Dès lors, ce projet de recherche vise à combler ce manque dans la littérature scientifique, en explorant les liens entre les capacités de mentalisation et le sentiment de compétence parentale dans une population encore peu étudiée.

2.3.3 Liens entre maltraitance, mentalisation et sentiment de compétence parentale

Selon une étude menée auprès de mères d'enfants de moins de 18 ans, les expériences de maltraitance durant l'enfance ont un effet direct et négatif sur le sentiment de compétence parentale (Caldwell et al., 2011). En plus de cet effet direct, certaines recherches menées auprès de parents iraniens et américains mettent en évidence un effet indirect négatif, médié par les capacités de mentalisation parentale (Dehghan Manshadi et al., 2023; Rostad & Whitaker, 2016). Par exemple, Rostad et Whitaker (2016) ont démontré que la mentalisation parentale permet aux parents d'enfants âgés de 3 ans en moyenne de comprendre les comportements de leur enfant en termes d'états mentaux, leur conférant ainsi du sens et une certaine prévisibilité (Rostad & Whitaker, 2016; Slade, 2005). Cette capacité de compréhension permet aux parents de répondre de manière plus appropriée aux besoins sous-jacents aux comportements de l'enfant, favorisant ainsi des interactions plus positives et une relation de meilleure qualité. En outre, cela se traduit par une satisfaction parentale accrue (Rostad & Whitaker, 2016). En influençant les pensées, les émotions et les comportements parentaux (Sharp & Fonagy, 2008), la mentalisation pourrait donc également avoir un impact positif sur la perception de leur compétence parentale.

Cependant, selon Dehghan Manshadi et al. (2023), chez les parents ayant vécu de la maltraitance dans leur enfance, cette capacité semble altérée, ce qui contribue à une diminution de leur sentiment de compétence parentale. Plus précisément, ces auteurs identifient trois dimensions de la mentalisation parentale susceptibles d'être affectées : la pré-mentalisation, la certitude à l'égard des états mentaux, ainsi que l'intérêt et la curiosité pour les expériences internes de l'enfant (Dehghan Manshadi et al., 2023; Luyten et al., 2017).

D'abord, la pré-mentalisation se réfère à une difficulté à comprendre et à interpréter les états mentaux de l'enfant, marquée par une résistance à la mentalisation. Cette posture se manifeste par une tendance à adopter une vision malveillante et négative de l'enfant, à fusionner ses propres affects avec ceux de l'enfant, et à ne pas reconnaître la distinction entre soi et l'autre

(Dehghan Manshadi et al., 2023; Luyten et al., 2017). Cette attitude peut exacerber les sentiments négatifs d'incompétence parentale parce que les parents ne peuvent pas distinguer leurs expériences de celles de leur enfant et considèrent les deux comme un tout (Dehghan Manshadi et al., 2023).

Ensuite, la certitude excessive ou l'incertitude extrême à l'égard des états mentaux constituent deux formes dysfonctionnelles de mentalisation. Une hypermentalisation (certitude excessive) implique que le parent croit savoir avec exactitude ce que pense ou ressent l'enfant, ce qui peut être intrusif. À l'inverse, une hypomentalisation (certitude insuffisante) traduit une incapacité à formuler des hypothèses sur l'expérience mentale de l'enfant. Ces deux pôles sont fréquemment observés chez les parents ayant vécu de la maltraitance (Dehghan Manshadi et al., 2023; Luyten et al., 2017).

Enfin, le facteur d'intérêt et de curiosité renvoie à la disposition du parent à explorer les expériences internes de l'enfant, à s'interroger activement sur son point de vue, et à maintenir une ouverture réflexive face à ses émotions (Dehghan Manshadi et al., 2023; Luyten et al., 2017). Ces deux dernières dimensions jouent un rôle crucial pour permettre au parent de distinguer ses propres affects de ceux de son enfant, notamment dans des situations stressantes (Dehghan Manshadi et al., 2023).

Un vécu de maltraitance infantile fait que l'individu est plus à risque de rester dans un stade de prémentalisation, ce qui peut négativement impacter son SCP. Similairement, la certitude sur les états mentaux ainsi que l'intérêt et la curiosité pour les états mentaux des autres sont négativement affectés par des antécédents de maltraitance, ce qui peut avoir comme conséquence une diminution du sentiment de compétence parentale (Dehghan Manshadi et al., 2023; Rostad & Whitaker, 2016). Les personnes qui ont vécu des expériences traumatisantes sont mentalement plus susceptibles de ressentir des émotions négatives, lorsqu'elles sont exposées à des situations stressantes. Élever un enfant peut être l'une des situations les plus stressantes et les plus difficiles susceptibles de déclencher des sentiments négatifs. Ils sont ainsi plus susceptibles d'éprouver des sentiments de honte et de culpabilité dans cette situation que les parents qui n'ont pas vécu ce type d'expérience, ce qui peut affaiblir leur sentiment de compétence parentale (Dehghan Manshadi et al., 2023). Toutefois, des capacités de mentalisation préservées permettraient aux parents de reconnaître la séparation entre leur propre vécu émotionnel et celui de leur enfant, de penser aux expériences internes de l'enfant et d'être curieux à leur point de vue, et ainsi de réduire les réponses défensives ou négatives, tout en

renforçant le sentiment de compétence (Dehghan Manshadi et al., 2023; Luyten et al., 2017; Rostad & Whitaker, 2016).

En résumé, la mentalisation pourrait jouer un rôle médiateur entre les antécédents de maltraitance infantile et le sentiment de compétence parentale (Dehghan Manshadi et al., 2023). Pourtant, très peu d'études à ce jour ont exploré ce lien possible, en particulier chez les parents d'enfants âgés de 6 à 12 ans. De plus, la majorité des recherches sont menées dans des contextes culturels anglo-saxons ou non francophones, et portent davantage sur les mères de jeunes enfants. Ce projet vise ainsi à combler ces lacunes en étudiant les liens entre maltraitance infantile, mentalisation et sentiment de compétence parentale chez une population de parents francophones d'enfants âgés de 6 à 12 ans.

3 La conception de la recherche

Dans le cadre de cette étude, nous viserons à étudier les liens entre le vécu de maltraitance infantile, le développement des capacités de mentalisation et le sentiment de compétence parentale à l'âge adulte.

3.1 Les hypothèses

3.1.1 Première hypothèse

Le premier objectif de notre étude est d'étudier le lien entre la maltraitance infantile et les capacités de mentalisation. De ce fait, notre première hypothèse est que les personnes ayant vécu de la maltraitance infantile ont de moins bonnes capacités de mentalisation. Nous supposons donc qu'il existe un lien entre le vécu de maltraitance infantile et l'hypomentalisation.

Plusieurs recherches scientifiques ont établi un lien significatif entre les expériences de maltraitance durant l'enfance et un développement altéré des capacités de mentalisation (Urfer et al., 2014; Yang & Huang, 2024). En particulier, les résultats convergents de diverses études suggèrent que ces expériences sont spécifiquement associées à l'hypomentalisation dans des échantillons communautaires d'adultes (Yang & Huang, 2024). L'exposition à la maltraitance durant l'enfance semble compromettre la capacité ultérieure à reconnaître et à comprendre les états mentaux d'autrui, en particulier dans le contexte de la parentalité. Ces difficultés peuvent empêcher les parents de percevoir leurs enfants comme des individus distincts, dotés de pensées, d'émotions et d'intentions propres (Dehghan Manshadi et al., 2023; Urfer et al., 2014). De plus, la régulation émotionnelle et la mentalisation parentale jouent un rôle crucial dans les processus de transmission intergénérationnelle de la maltraitance (Wang, 2022). En effet, les parents ayant des faibles capacités de mentalisation ont davantage tendance à adopter des comportements insensibles et des pratiques parentales inappropriées, en particulier lorsqu'ils sont submergés par des émotions négatives (Bérubé-Beaulieu et al., 2017). Inversement, la capacité à mentaliser, c'est-à-dire à réfléchir aux états mentaux d'autrui, favorise une régulation émotionnelle plus efficace, limite le recours aux mécanismes défensifs rigides, et contribue à une identité personnelle plus cohérente (Berthelot et al., 2014; Fonagy et al., 1994). Ainsi, des compétences accrues en mentalisation peuvent constituer un facteur de protection crucial face aux effets délétères de la maltraitance infantile, et représentent un levier d'intervention clinique

pertinent pour prévenir la transmission intergénérationnelle de la maltraitance (Berthelot et al., 2014, 2019).

3.1.2 Deuxième hypothèse

Le deuxième objectif de cette étude consiste à examiner la relation entre le vécu de maltraitance infantile et le sentiment de compétence parentale à l'âge adulte. Nous émettons l'hypothèse que les parents ayant été victimes de maltraitance dans leur enfance présentent un sentiment de satisfaction parentale moindre que les parents n'ayant pas été maltraités et que cet effet est d'autant plus marqué chez les mères que chez les pères.

Les expériences précoces de maltraitance peuvent avoir des conséquences profondes et durables, en particulier sur le fonctionnement parental des victimes à l'âge adulte. Plusieurs études ont mis en évidence que ces antécédents favorisent la transmission intergénérationnelle de la violence, notamment en affectant négativement le sentiment de compétence parentale et les pratiques éducatives (Baiverlin et al., 2020; Banyard et al., 2003; Greene et al., 2020; Wang, 2022). En effet, les adultes ayant subi de la maltraitance pendant l'enfance rapportent fréquemment une diminution de leur auto-efficacité parentale ainsi que de leur satisfaction dans leur rôle de parent (Bailey et al., 2012; Baiverlin et al., 2020; Caldwell et al., 2011). Les antécédents de maltraitance infantile nuiraient ainsi au développement d'un sentiment de compétence parentale (Baiverlin et al., 2020; Banyard et al., 2003). Par ailleurs, certaines études suggèrent que cet impact peut différer selon le sexe du parent. Par exemple, Baiverlin et al. (2020) ont observé que les hommes ayant vécu de la maltraitance durant l'enfance tendent à présenter un niveau de satisfaction parentale plus élevé que les femmes ayant connu les mêmes expériences.

3.1.3 Troisième hypothèse

Le troisième objectif de notre étude est d'examiner le lien entre les capacités de mentalisation et le sentiment de compétence parentale. Nous postulons que plus les capacités de mentalisation sont faibles, plus le sentiment de satisfaction parentale est moindre.

La littérature scientifique suggère une association significative entre les capacités de mentalisation des parents et le sentiment de compétence parentale (Nijssens et al., 2018; Rostad & Whitaker, 2016). En effet, plusieurs études montrent que des parents présentant un haut niveau de mentalisation sont plus à même d'adopter un style parental positif, caractérisé par

une plus grande sensibilité, une meilleure communication et une implication accrue auprès de leurs enfants (Dehghan Manshadi et al., 2023; Gordo et al., 2020; Rostad & Whitaker, 2016). Ces comportements parentaux positifs renforcerait à leur tour le sentiment de compétence et de satisfaction dans le rôle parental. À l'inverse, un faible niveau de mentalisation peut entraver la capacité du parent à donner du sens aux comportements de l'enfant, en lien avec ses états mentaux, et générer un sentiment d'insatisfaction ou d'inefficacité parentale (Gordo et al., 2020; Rostad & Whitaker, 2016). Selon Kelly et al. (2005), une meilleure capacité de mentalisation permettrait aux parents, et en particulier aux mères, de se sentir plus à l'aise et plus compétents dans leur rôle auprès de jeunes enfants.

Dans ce contexte, la mentalisation apparaît comme un facteur déterminant de la perception que les parents ont de leur efficacité et de leur satisfaction dans leur rôle, en facilitant des interactions parent-enfant plus positives et plus compréhensives (Rostad & Whitaker, 2016). Ce lien nous semble central pour mieux comprendre les facteurs contribuant au bien-être parental et à la qualité des relations familiales.

3.1.4 Quatrième hypothèse

Notre dernière hypothèse postule que l'effet du vécu de maltraitance infantile sur le sentiment de compétence parentale dépend des capacités de mentalisation du parent. Nous supposons que les parents ayant vécu de la maltraitance infantile présentent des capacités de mentalisation altérées, ce qui influence négativement leur sentiment de compétence parentale.

En effet, plusieurs études ont mis en évidence un effet direct et négatif de la maltraitance subie durant l'enfance sur le sentiment de compétence parentale (Caldwell et al., 2011). D'autres travaux suggèrent également un effet indirect négatif, médié par la mentalisation (Dehghan Manshadi et al., 2023; Rostad & Whitaker, 2016). La mentalisation permet aux parents de comprendre les comportements et les actions de leurs enfants en les interprétant à travers leurs états mentaux, ce qui rend ces comportements plus compréhensibles et prévisibles (Rostad & Whitaker, 2016; Slade, 2005). Cette compréhension favorise des interactions parent-enfant plus positives, une relation de meilleure qualité et une satisfaction accrue dans le rôle parental (Rostad & Whitaker, 2016). La mentalisation influence ainsi les pensées, émotions et comportements des parents (Sharp & Fonagy, 2008), et pourrait donc jouer un rôle clé dans leur sentiment de compétence parentale. Toutefois, chez les parents ayant été victimes de

maltraitance durant l'enfance, cette capacité serait souvent altérée, ce qui contribue à une perception plus négative de leurs compétences parentales (Dehghan Manshadi et al., 2023).

3.2 L'échantillon et le recrutement

Bien que de nombreuses recherches aient exploré les liens entre la maltraitance infantile, le développement des capacités de mentalisation et le sentiment de compétence parentale, elles se concentrent majoritairement sur les mères enceintes ou de jeunes enfants, notamment d'âge préscolaire. Ce travail vise à combler ce manque dans la littérature en s'intéressant à une population encore peu étudiée : les mères et pères d'enfants d'âge scolaire, soit de 6 à 12 ans. Or, cette période du développement de l'enfant représente une phase cruciale, qui mérite une attention accrue, d'autant plus que les recherches avec les pères restent rares et que l'entrée de l'enfant en enseignement primaire ou secondaire peut être un facteur de stress. Cette étude prend la forme d'une recherche quantitative, diffusée en ligne auprès de parents issus d'une population tout-venant. Le recrutement s'est effectué via les réseaux sociaux et en collaboration avec des écoles primaires qui ont accepté de partager l'étude en ligne avec les parents de leurs élèves.

Les participants ont été informés qu'ils pouvaient interrompre leur participation à tout moment sans justification et que l'ensemble de leurs réponses seraient anonymisées afin de garantir le respect de leur intégrité et de leur vie privée. Par ailleurs, ce projet de mémoire a reçu un avis favorable et a été validé par le Comité d'éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation. Cette recherche s'inscrit dans le cadre du projet de thèse de Manon Delhalle, s'intéressant à l'effet de la maltraitance infantile sur la parentalité. L'étude en ligne a été réalisée en collaboration avec Lionel Samain. Son mémoire porte sur la thématique suivante : « Comment le vécu de maltraitance(s) infantile(s) impacte le sentiment de compétence parentale, au travers de la manifestation de symptômes du TSPT simple et complexe tels que formulés dans la CIM-11. ».

3.3 La méthodologie

La présente recherche vise à évaluer les liens entre le vécu de maltraitance infantile, le sentiment de compétence parentale et les capacités de mentalisation chez les parents. Afin de répondre à cette question de recherche, trois outils psychométriques ont été sélectionnés. Le *Childhood Trauma Questionnaire – Short Form* (Bernstein et al., 2003) permet d'évaluer le vécu de maltraitance infantile. Le *Questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale* (Terisse & Trudelle, 1988) permet d'évaluer le sentiment de compétence parentale. Enfin, les capacités de mentalisation sont mesurées à l'aide du *Reflective Functioning Questionnaire* (Moulton-Perkins et al., 2011). Avant l'administration de ces instruments, les participants seront invités à compléter un questionnaire sociodémographique. L'analyse des données recueillies sera de nature quantitative.

3.3.1 Questionnaire sociodémographique

Une brève anamnèse sociodémographique a été administrée à chaque parent participant à l'étude, afin de mieux caractériser la population étudiée. Ce questionnaire visait à recueillir des informations essentielles telles que l'âge et le sexe du parent, le nombre d'enfants, leur âge et sexe, l'état civil, le niveau d'études, ainsi que la situation professionnelle. Ces données ont permis de mettre en relation les résultats obtenus aux différents questionnaires avec certaines variables contextuelles issues de l'anamnèse. Les questions étaient soit à choix multiples, soit ouvertes nécessitant une réponse brève.

3.3.2 Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (Bernstein et al., 2003)

Afin d'évaluer le vécu traumatisant infantile chez les parents, nous avons utilisé le *Childhood Trauma Questionnaire – Short Form* (CTQ-SF) créé par Bernstein et Fink en 1994. Il s'agit d'un instrument d'auto-évaluation rétrospectif permettant d'identifier et de mesurer les expériences de maltraitance et de négligence vécues durant l'enfance. Ce questionnaire peut être administré aussi bien à des adolescents qu'à des adultes. La version originale du CTQ comporte 28 items répartis en quatre facteurs : abus physique et émotionnel, négligence émotionnelle, abus sexuel et négligence physique (Bernstein et al., 1994).

Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé la version abrégée, composée de 28 items, validée par les mêmes auteurs (Bernstein et al., 2003). Cette version courte regroupe cinq types de maltraitance : la négligence émotionnelle, la négligence physique, l'abus physique,

l'abus psychologique et l'abus sexuel. Chacun de ces cinq facteurs est évalué à travers cinq items. Les participants indiquent la fréquence à laquelle ils ont vécu chaque situation à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points, allant de 1 = « jamais vrai » à 5 = « très souvent vrai ». Un score globalement élevé suggère une exposition fréquente et potentiellement cumulative à divers types de maltraitance (Bernstein et al., 2003). Les maltraitances intrafamiliales sont principalement mesurées à travers les items relatifs à la négligence émotionnelle, la négligence physique, la maltraitance physique et psychologique. Les items portant sur l'abus sexuel couvrent à la fois les abus intrafamiliaux et extrafamiliaux (Bernstein et al., 2003; Delhalle et al., 2024b).

Les scores obtenus aux différentes échelles de maltraitance peuvent être interprétés de deux manières. Premièrement, nous distinguons quatre degrés de sévérité allant de « minime » à « extrême ». Plus le score est élevé, plus la sévérité de l'abus ou de la négligence est importante. Deuxièmement, l'analyse peut se faire de façon dichotomique différenciant les « victimes » et les « non-victimes ». Les points de coupure déterminant si le participant est « victime » ou « non-victime » divergent selon le type de maltraitance et ont été déterminés par des experts. Le tableau 1 ci-dessous présente les différents points de coupure par type de maltraitance. Ils correspondent à la somme des scores de 1 à 5 pour chaque facteur.

Tableau 1 : Points de coupure pour chaque niveau de sévérité en fonction du type de maltraitance (Bernstein et al., 2003)

	Nulle	Légère	Modérée	Sévère
Négligence émotionnelle	≤ 9	14	17	≥ 18
Négligence physique	≤ 7	9	12	≥ 13
Maltraitance physique	≤ 7	9	12	≥ 13
Maltraitance psychologique	≤ 8	12	15	≥ 16
Abus sexuels	≤ 5	7	12	≥ 13

Le Childhood Trauma Questionnaire présente de bonnes qualités psychométriques, comme le démontre le tableau 2 ci-dessous, avec notamment un niveau élevé de fidélité et de validité, mais également avec une excellente consistance interne variant de 0,68 à 0,91 pour la version française de l'échelle validée par Paquette et al. (2004). La stabilité temporelle évaluée par test-retest, variant de 0,73 et 0,94, est également très bonne (Bernstein et al., 1994; Paquette et al., 2004). En d'autres termes, le CTQ-28 constitue un outil fiable, cohérent, stable et valide, mesurant le concept souhaité : le vécu de maltraitance infantile. Dans ce tableau se trouve

également le point de coupure établi par Paquette et al. (2004), qui détermine si une personne est « victime » ou « non victime » pour chaque type de maltraitance.

Tableau 2 : Données psychométriques relatives à la version courte du CTQ (Paquette et al., 2004, p. 208)

	Nombre d'items	Alpha	Test-retest (p < 0,01)	Numéro des items	Point de coupure
Négligence émotionnelle	5	0,91	0,91	4, 26, 41, 53, 70	≥ 16
Négligence physique	5	0,68	0,93	3, 9, 17, 23, 66	≥ 14
Maltraitance physique	5	0,82	0,75	31, 33, 38, 44, 47	≥ 11
Maltraitance psychologique	5	0,88	0,73	14, 30, 43, 52, 64	≥ 16
Abus sexuels	5	0,87	0,76	36, 54, 58, 61, 69	≥ 11

3.3.3 Reflective Functioning Questionnaire (Moulton-Perkins et al., 2011)

Afin d'évaluer les capacités de mentalisation, nous avons choisi d'utiliser le *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ). Ce questionnaire auto-rapporté est composé de 54 items, formulés sous forme d'affirmations telles que : « Les pensées des gens sont un mystère pour moi » ou encore « J'aime bien réfléchir aux raisons derrière mes actions ». Les participants sont invités à indiquer leur degré d'accord sur une échelle de Likert à 7 points, allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord ». La version utilisée dans cette recherche, le RFQ-54, a été développée par Moulton-Perkins et al. (2011). Elle permet une évaluation plus fine et multidimensionnelle des différentes facettes de la mentalisation. Bien que cette version n'ait pas encore fait l'objet d'une validation officielle en langue française (Müller et al., 2022), des études antérieures rapportent une consistance interne satisfaisante, avec un alpha de Cronbach de 0.82 (Moulton-Perkins & Rogoff, 2011; cités par Cucchi, 2016).

Il existe également des versions plus courtes du questionnaire : une à 46 items, et une abrégée à 8 items (RFQ-8) (Badoud et al., 2015; Fonagy et al., 2016). Cette dernière comprend deux sous-échelles principales : l'incertitude concernant les états mentaux qui fait référence à l'hypomentalisation et la certitude excessive qui fait référence à l'hypermentalisation.

Dans notre étude, nous avons choisi d'administrer la version longue RFQ-54 afin d'obtenir une mesure plus détaillée des capacités de mentalisation. Toutefois, dans le but d'explorer plus spécifiquement les effets de l'hypo- et de l'hypermentalisation, nous avons également extrait les 8 items correspondant à la version abrégée RFQ-8, inclus dans la version

longue. Les scores des sous-échelles RFQ_u et RFQ_c seront calculés conformément aux recommandations de Fonagy et al. (2016), impliquant notamment un recodage inversé des items d'incertitude avant le calcul des moyennes des items de chaque sous-échelle.

3.3.4 Questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale (Terrisse & Trudelle, 1988)

Le Questionnaire d'Auto-Évaluation de la Compétence Éducative Parentale (QAECEP) (Terrisse & Trudelle, 1988) est une adaptation francophone de la *Parenting sense of competence scale* (PSOC) développée par Gibaud-Wallston et Wandersman (1978). Ce questionnaire vise à évaluer le sentiment de compétence parentale, c'est-à-dire la perception qu'ont les parents de leur capacité à influencer positivement le comportement et le développement de leur enfant.

Deux versions distinctes, selon le sexe du parent, sont proposées. Le QAECEP comporte deux composantes principales : le sentiment d'efficacité et le sentiment de satisfaction. D'une part, le sentiment d'efficacité reflète la perception qu'ont les parents de leur compétence, leur habileté à résoudre des problèmes et leur aptitude liée au rôle parental. Cette composante comprend 7 items à renverser. D'autre part, le sentiment de satisfaction renvoie au degré de frustration, d'anxiété et de motivation ressenti par les parents dans leur rôle éducatif. Cette composante comprend 10 items. Le score global est la somme des deux sous-échelles, fournissant une mesure du sentiment de compétence parentale. Le questionnaire est auto-administré, les parents répondant eux-mêmes aux items (Bernadat & Wendland, 2021; Trudelle & Montambault, 1994). Le participant répond sur une échelle de Likert en 6 points allant de « tout à fait d'accord (1) » à « tout à fait en désaccord (6) ». Un score pour chaque sous-dimension évaluée, ainsi qu'un score global du sentiment de compétence parentale, sont obtenus. Le score total pour le sentiment de compétence parentale peut varier de 16 à 96, celui du sentiment d'efficacité parentale peut aller de 7 à 42 et celui du sentiment de satisfaction parentale peut fluctuer de 9 à 54. Plus le score est haut, plus le sentiment de compétence parentale est élevé. Dès lors, un sentiment de compétence parentale positif est caractérisé par des scores élevés (Bernadat & Wendland, 2021).

Le QAECEP a fait l'objet d'une validation de contenu, ainsi que d'une normalisation culturelle par un jury d'experts. Lors de la traduction du questionnaire, seuls 5 items ont gardé une traduction littérale (items 5, 10, 11 et 14), les autres ayant été adaptés à la langue française.

Une pré-étude avec 25 parents issus de milieux socio-économiques variés a confirmé la bonne compréhension des items. Une version père et une version mère ont été élaborées.

Le QAECEP était largement utilisé dans la recherche francophone sans validation psychométrique formelle. Plus récemment, l'étude de Delhalle et al. (2024a) a comblé cette lacune en réalisant une analyse factorielle confirmatoire sur deux échantillons indépendants de mères francophones, confirmant la validité discriminante et la validité de construit du questionnaire. Cette étude propose une version révisée en trois facteurs, sans trois items qui manquent de spécificité. Cette version du QAECEP évalue trois composantes du SCP : le sentiment d'efficacité du parent (5 items), le sentiment de satisfaction du parent (6 items) et l'intérêt envers le rôle de parent (2 items) (Delhalle et al., 2024a). Ce modèle alternatif à 3 facteurs a montré une cohérence interne acceptable et a démontré un bon ajustement avec les données (Delhalle et al., 2024a). Les items 2, 6 et 7 de la version de Terrisse et Trudelle (1988) ont été retirés parce qu'ils manquent de spécificité. Ils recommandent également quelques modifications à la traduction française du PSOC et à l'utilisation du concept de « bon parent ». Leurs résultats soutiennent l'utilisation du QAECEP comme mesure du sentiment de compétence parentale (Delhalle et al., 2024a).

Pour notre étude, les participants ont été invités à répondre en considérant un seul enfant âgé de 6 à 12 ans.

4 Résultats

Ce chapitre propose une description des données descriptives de notre échantillon ainsi qu'une présentation et analyse des données liées à la question de recherche et aux hypothèses.

4.1 Données descriptives de l'échantillon

4.1.1 Données sociodémographiques de l'échantillon

Notre échantillon est composé de 97 participants, dont 85 (87.6 %) sont des mères et 12 sont des pères (12.4 %). La moyenne d'âge des parents recrutés est de 40.7 (E-T = 5.45), le plus jeune ayant 24 ans et le plus âgé ayant 55 ans. Les participants devaient être parents d'au moins un enfant de 6 à 12 ans. Pour les enfants, 52 (53,6 %) parents ont répondu aux questionnaires par rapport à leur fils, alors que 45 (46,4 %) parents ont répondu par rapport à leur fille. La moyenne d'âge des enfants est de 8,72 (E-T = 1.95). L'ensemble des données sociodémographiques est présenté dans le tableau 3.

Tableau 3 : Données sociodémographiques des parents de notre échantillon

Variable	Modalité	n	%
Sexe des parents	Femme	85	87.6
	Homme	12	12.4
Sexe des enfants	Fille	45	46.4
	Garçon	52	53.6
Statut matrimonial	Célibataire	6	6.2
	Marié	46	47.4
	Divorcé	6	6.2
	Séparé	5	5.2
	Veuf	1	1
	Famille recomposée	6	6.2
	En couple	27	27.8
Nationalité	Belge	62	63.9
	Français	27	27.8
	Italien	2	2.1
	Suisse	1	1
	Autre	5	5.2
Niveau d'éducation	Primaire	11	11.3
	Secondaire (7 ^e comprise)	19	19.6
	Supérieur (Cycle court)	36	37.1
	Supérieur (Cycle long)	27	27.8
	Doctorat	4	4.1

Structure familiale	Hétéroparentale Homoparentale Monoparentale Recomposée Autre	69 4 14 9 1	71.1 4.1 14.4 9.3 1
Situation professionnelle	Employé Enseignant Cadre Parent au foyer Profession libérale Ouvrier Sans activité Autre	47 12 10 8 8 3 3 6	48.5 12.4 10.3 8.2 8.2 3.1 3.1 6.2

4.1.2 Statistiques descriptives

Pour commencer, le CTQ est divisé en cinq facteurs : l'abus émotionnel, l'abus physique, l'abus sexuel, la négligence émotionnelle et la négligence physique. Nous avons testé la normalité de ces variables à l'aide du test de Shapiro-Wilk (voir Annexe p. 76). Les résultats affirment une absence de normalité pour la distribution des variables composant le CTQ. En suivant ces différents facteurs, nous obtenons les résultats (voir Annexe p. 76) ci-contre : au sein de notre échantillon ($n=97$), les moyennes sont de 10.4 pour l'abus émotionnel ($E-T = 5.72$), 6.78 pour l'abus physique ($E-T = 3.74$), 7.40 pour l'abus sexuel ($E-T = 5.38$), 12.4 pour la négligence émotionnelle ($E-T = 5.6$), et enfin 8.23 pour la négligence physique ($E-T = 4.28$).

Ensuite, la moyenne du sentiment de compétence parentale des parents de notre échantillon est de 65.0 ($E-T = 14.6$). Le QAECEP a été calculé selon deux échelles : le sentiment d'efficacité et le sentiment de satisfaction. Les moyennes et écarts-types de ces variables sont présentés dans le tableau 4. Les résultats indiquent que la distribution de la variable « Sentiment de compétence parentale total » s'écarte de la normalité ($W = 0.97$, $p = .03$), comme les sous-dimensions « Sentiment d'efficacité parentale » ($W = 0.97$, $p = .02$) et « Sentiment de satisfaction parentale » ($W = 0.97$, $p = .02$), qui présentent également une distribution non normale (voir Annexe, p. 76).

Enfin, le RFQ a été calculé selon deux échelles : la certitude (RFQ_c) et l'incertitude (RFQ_u). Les moyennes et écarts-types de ces variables sont présentés dans le tableau 4. Les résultats du test de normalité de Shapiro-Wilk affirment que la distribution des deux variables est anormale (voir Annexe p. 76).

Tableau 4 : Données descriptives (moyenne, écart-type) de notre échantillon pour les différents questionnaires

Test	Catégorie	Moyenne	Écart-type
CTQ	CTQ_total	54.0	17.8
	Abus émotionnel	10.4	5.72
	Abus physique	6.78	3.74
	Abus sexuel	7.40	5.38
	Négligence émotionnelle	12.4	5.60
	Négligence physique	8.23	4.28
QAECEP	Sentiment d'efficacité	26.8	6.59
	Sentiment de satisfaction	35.5	10.7
	Sentiment de compétence parentale	65.0	14.6
RFQ	RFQ_c	1.07	0.73
	RFQ_u	1.32	0.52

4.2 Analyses préliminaires liées aux variables sociodémographiques

Avant de procéder aux analyses principales, des analyses préliminaires ont été menées afin d'examiner l'influence potentielle de certaines variables sociodémographiques sur les variables centrales de l'étude, à savoir les scores aux questionnaires CTQ, QAECEP et RFQ. Toutes les variables ont été considérées lors des analyses, mais nous allons présenter ci-dessous que les variables pour lesquelles des effets significatifs ont été trouvés. Parmi ces variables se trouvent le sexe, l'âge, le niveau d'éducation et la situation familiale.

4.2.1 Effet de l'âge des parents

L'effet de l'âge des parents sur les scores aux différents questionnaires et à leurs sous-échelles a été examiné à l'aide de corrélations de Spearman en raison de la distribution anormale des variables dépendantes.

Les résultats indiquent qu'il n'existe pas de corrélation significative entre l'âge et le score total au CTQ ($\rho = -.09$, $p = .37$). En revanche, une corrélation négative significative a été observée avec la sous-dimension d'abus émotionnel ($\rho = -.25$, $p = .02$), d'intensité modérée. Aucune autre sous-dimension du CTQ présente de lien significatif avec l'âge (voir tableau 5).

Tableau 5 : Corrélations entre l'âge du parent, le score total au CTQ et les sous-dimensions

Variable	CTQ total	Abus émotionnel	Abus physique	Abus sexuel	Négligence émotionnel	Négligence physique
Âge du parent	-.09 ($p = .37$)	.25 ($p = .02$)	-.04 ($p = .68$)	.02 ($p = .85$)	.16 ($p = .12$)	-.01 ($p = .95$)

Concernant le QAECEP, l'âge n'est pas significativement corrélé au score total ($\rho = .12$, $p = .25$), ni aux deux sous-échelles que sont le sentiment d'efficacité et le sentiment de satisfaction (voir tableau 6).

Tableau 6 : Corrélations entre l'âge des parents, le score total au QAECEP et ses sous-dimensions

Variable	Sentiment de compétence parentale	Sentiment d'efficacité	Sentiment de satisfaction
Âge du parent	.12 ($p = .25$)	.003 ($p = .98$)	.15 ($p = .14$)

Enfin, une corrélation négative significative a été relevée entre l'âge et le score d'hypomentalisation ($\rho = -.28$, $p = .005$), également d'intensité modérée. Aucune corrélation significative n'a été observée avec l'hypermentalisation ($\rho = .18$, $p = .08$). Ces résultats sont repris dans le tableau 7.

Tableau 7 : Corrélations entre l'âge des parents, l'hypomentalisation et l'hypermentalisation

Variable	Hypomentalisation (RFQ_u)	Hypermentalisation (RFQ_c)
Âge du parent	-.28 ($p = .005$)	.18 ($p = .08$)

Ces résultats suggèrent que l'âge pourrait avoir un effet modérateur sur certaines dimensions spécifiques des traumas vécus, notamment l'abus émotionnel, ainsi que sur le fonctionnement réflexif, en particulier l'hypomentalisation.

4.2.2 Effet du sexe des parents

Afin d'examiner si le sexe des parents influençait les scores aux différents questionnaires, des comparaisons de moyennes ont été réalisées à l'aide de tests de Mann-Whitney, en raison de l'anormalité des distributions observée pour les variables dépendantes.

Les résultats indiquent qu'il n'existe pas de différence significative entre les femmes et les hommes pour la majorité des sous-échelles du CTQ. Toutefois, une différence significative a été observée au niveau de la sous-échelle d'abus physique ($U = 335$, $p = .02$), avec une taille d'effet modérée ($r = .34$). La sous-échelle de négligence physique montre quant à elle une tendance proche du seuil de significativité ($p = .06$), également accompagnée d'une taille d'effet modérée ($r = .32$). Aucune différence significative n'a été observée pour les autres sous-échelles, ni pour le score total au CTQ (voir tableau 8).

Tableau 8 : Résultats du test de Mann-Whitney pour les différences de scores au CTQ selon le sexe

Variable	U de Mann-Whitney	p	Taille de l'effet (r)
CTQ total	416	0.31	0.18
Abus émotionnel	496	0.88	0.03
Abus physique	335	0.02	0.34
Abus sexuel	469	0.55	0.08
Négligence émotionnelle	503	0.94	0.01
Négligence physique	345	0.06	0.32

Les différences de scores au QAECEP selon le sexe ont également été examinées à l'aide du test de Mann-Whitney. Aucun résultat statistiquement significatif n'a été observé pour les différentes dimensions mesurées (voir tableau 9). Le score total du QAECEP ne diffère pas significativement entre les sexes ($U = 431, p = .39, r = .16$). De même, les sous-échelles sentiment d'efficacité ($U = 495, p = .87, r = .03$) et sentiment de satisfaction ($U = 407, p = .26, r = .20$) ne présentent pas de différences significatives.

Tableau 9 : Résultats du test de Mann-Whitney pour les différences de scores au QAECEP selon le sexe

Variable	U de Mann-Whitney	p	Taille de l'effet (r)
QAECEP total	431	0.39	0.16
Sentiment d'efficacité	495	0.87	0.03
Sentiment de satisfaction	407	0.26	0.20

L'analyse des différences selon le sexe pour les variables RFQ_u et RFQ_c a été réalisée à l'aide du test de Mann-Whitney. Les résultats indiquent une différence significative pour la variable RFQ_u, c'est-à-dire l'hypomentalisation ($U = 289, p = .01$), avec une taille d'effet modérée à forte ($r = .43$), suggérant que les scores d'hypomentalisation diffèrent selon le sexe. En revanche, aucune différence significative n'a été observée pour la variable RFQ_c (hypermentalisation) ($U = 510, p = 1.000$). Ces résultats sont repris dans le tableau 10.

Tableau 10 : Résultats du test de Mann-Whitney pour les différences de scores au RFQ selon le sexe

Variable	U de Mann-Whitney	p	Taille de l'effet (r)
RFQ_u	289	0.01	0.43
RFQ_c	510	1.00	0.001

Pour conclure, ces résultats suggèrent que le sexe pourrait influencer certaines dimensions spécifiques, notamment l'abus physique et l'hypomentalisation, ce qui justifie son inclusion comme covariable dans les analyses principales portant sur ces dimensions.

4.2.3 Effet du niveau d'éducation

L'effet du niveau d'éducation sur les scores aux questionnaires a été examiné à l'aide du test de Kruskal-Wallis, en raison de la distribution anormale des données.

Les résultats indiquent qu'aucune différence significative n'a été observée entre les groupes de niveau d'éducation pour les scores du CTQ et ses sous-échelles ($p > .05$ dans tous les cas). Concernant le QAECEP, une différence significative a été relevée pour le score total ($\chi^2 = 9.87, p = .04, \varepsilon^2 = .10$) ainsi que pour la sous-échelle de satisfaction ($\chi^2 = 9.85, p = .04, \varepsilon^2 = .10$). Ces résultats suggèrent que le niveau d'éducation pourrait influencer ces dimensions. En revanche, la sous-échelle d'efficacité ne montre pas de différence significative (voir tableau 11). Par ailleurs, aucune différence significative n'a été observée pour les scores au RFQ, qu'il s'agisse de l'hypomentalisation ($p = .997$) ou de l'hypermentalisation ($p = .991$), avec des tailles d'effet négligeables. Tous les résultats de ces analyses sont repris dans le tableau 11 ci-dessous.

Tableau 11 : Résultats de l'analyse de Kruskal-Wallis selon le niveau d'éducation pour les scores aux questionnaires

Variable	χ^2	ddl	p	ε^2
CTQ total	7,34	4	0,12	0,08
Abus émotionnel	7,19	4	0,13	0,07
Abus physique	7,65	4	0,11	0,08
Abus sexuel	4,13	4	0,39	0,04
Négligence émotionnelle	5,41	4	0,25	0,06
Négligence physique	4,26	4	0,37	0,05
QAECEP total	9,87	4	0,04	0,10
Sentiment d'efficacité	7,27	4	0,12	0,08
Sentiment de satisfaction	9,85	4	0,04	0,10
RFQ_u	0,16	4	0,997	0,0001
RFQ_c	0,28	4	0,99	0,003

4.2.4 Effet de la situation familiale

L'effet de la situation familiale sur les scores aux questionnaires a été examiné à l'aide du test de Kruskal-Wallis, en raison de l'anormalité de la distribution des variables dépendantes.

Les résultats montrent qu'aucune différence significative n'a été observée pour les scores globaux du CTQ, du QAECEP ou des sous-échelles du RFQ ($p > .05$), à l'exception d'une dimension du CTQ (voir tableau 12). La sous-échelle de négligence émotionnelle présente quant à elle une différence significative ($\chi^2 = 16.93, p = .01, \epsilon^2 = .18$), indiquant que la situation familiale pourrait influencer cette forme particulière de vécu traumatique.

Tableau 12 : Résultats de l'analyse de Kruskal-Wallis selon la situation familiale pour les scores aux questionnaires

Variable	χ^2	ddl	p	ϵ^2
CTQ total	10.03	6	0.12	0.10
Abus émotionnel	6.60	6	0.36	0.07
Abus physique	11.27	6	0.08	0.12
Abus sexuel	6.88	6	0.33	0.07
Négligence émotionnelle	16.93	6	0.01	0.18
Négligence physique	4.44	6	0.62	0.05
QAECEP total	8.29	6	0.22	0.09
Sentiment d'efficacité	5.51	6	0.48	0.06
Sentiment de satisfaction	9.96	6	0.13	0.10
RFQ_u	6.26	6	0.40	0.07
RFQ_c	9.54	6	0.15	0.10

4.3 Analyses liées à la question de recherche et aux hypothèses

4.3.1 Première hypothèse

Notre première hypothèse était que les personnes ayant vécu de la maltraitance infantile présentent de moins bonnes capacités de mentalisation. Nous avons donc supposé l'existence d'un lien entre le vécu de maltraitance infantile et l'hypomentalisation.

Pour tester cette hypothèse, des corrélations de Spearman ont d'abord été réalisées. Les résultats indiquent que l'hypomentalisation (mesurée par le score RFQ_u) est significativement corrélée à certaines sous-dimensions de la maltraitance infantile, notamment l'abus émotionnel

($\rho = .26, p = .01$) et la négligence émotionnelle ($\rho = .22, p = .03$). Ces corrélations sont d'intensité modérée. Par ailleurs, une corrélation significative a été observée entre le score total de maltraitance (CTQ_total) et l'hypomentalisation ($\rho = .21, p = .04$). Tous les résultats de l'analyse sont repris dans le tableau 13.

Tableau 13 : Corrélations entre types d'abus vécus par le parent et hypomentalisation

	CTQ total	Abus émotionnel	Abus physique	Abus sexuel	Négligence émotionnelle	Négligence physique
RFQ_u	.21 ($p = .04$)	.26 ($p = .01$)	-.03 ($p = .81$)	.06 ($p = .56$)	.22 ($p = .03$)	.14 ($p = .16$)

Une première régression linéaire multiple a été conduite afin d'évaluer si le score total de maltraitance infantile permettait de prédire le niveau d'hypomentalisation, en contrôlant pour le sexe et l'âge du parent ainsi que le nombre d'enfants. Le modèle s'est avéré significatif, $F(4, 92) = 4.73, p = .002, R^2 = .17, R^2$ ajusté = .13, indiquant que 13.4 % de la variance du score RFQ_u sont expliqués par l'ensemble des prédicteurs. Au niveau individuel, le score total de maltraitance, le sexe du parent et le nombre d'enfants ne sont pas des prédicteurs significatifs (voir tableau 14). L'âge du parent est significativement associé à l'hypomentalisation ($\beta = -0.23, t = -2.26, p = .03$). Cela indique qu'un âge plus élevé est associé à un score plus faible sur l'échelle d'hypomentalisation et donc à des capacités de mentalisation plus adaptées.

Tableau 14 : Régression linéaire multiple du score total de maltraitance, de l'âge, du sexe du parent et du nombre d'enfants sur l'hypomentalisation

	β	B	t	p
CTQ_total	0.18	0.005	1.80	.08
Sexe du parent	0.51	0.26	1.69	.09
Age du parent	-0.23	-0.02	-2.26	.03
Nombre d'enfants	0.15	0.07	1.54	.13

Une seconde régression linéaire multiple a été réalisée. Elle avait comme but d'évaluer la contribution spécifique de chaque sous-type de maltraitance (abus émotionnel, abus physique, abus sexuel, négligence émotionnelle, négligence physique), tout en contrôlant pour le sexe et l'âge du parent ainsi que le nombre d'enfants. Le modèle global s'est avéré significatif, $F(8, 88) = 3.10, p = .004, R^2 = .22, R^2$ ajusté = .15, indiquant que 14.9 % de la variance du score RFQ_u sont expliqués par ce modèle. Cependant, aucun prédicteur individuel ne ressort comme significatif (voir tableau 15).

Ces résultats suggèrent que, bien que le modèle global soit statistiquement significatif, aucune variable prise isolément ne contribue de manière significative à la prédiction du niveau d'hypomentalisation. Il est possible que l'effet soit partagé entre plusieurs variables ou que des interactions non prises en compte soient en jeu.

Tableau 15 : Régression linéaire multiple de chaque sous-type de maltraitance, de l'âge, du sexe du parent et du nombre d'enfants sur l'hypomentalisation

	<i>β</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Abus émotionnel	0.13	0.01	0.83	.41
Abus physique	-0.23	-0.03	-1.57	.12
Abus sexuel	0.03	0.003	0.21	.84
Négligence émotionnelle	0.12	0.01	0.74	.46
Négligence physique	0.15	0.02	0.87	.39
Sexe du parent	0.46	0.24	1.48	.14
Age du parent	-0.18	-0.02	-1.67	.10
Nombre d'enfants	0.11	0.05	1.15	.25

En complément, nous avons réalisé les mêmes analyses pour l'hypermentalisation. Des corrélations de Spearman ont d'abord été réalisées afin de voir s'il existe un lien entre le vécu de maltraitance et l'hypermentalisation (voir tableau 16). Les résultats indiquent que l'hypermentalisation (mesurée par le score RFQ_c) est significativement corrélée à certaines sous-dimensions de la maltraitance infantile, notamment l'abus émotionnel ($\rho = -.22, p = .03$), la négligence émotionnelle ($\rho = -.28, p = .01$) et la négligence physique ($\rho = -.25, p = .01$). Ces corrélations sont d'intensité modérée. Par ailleurs, une corrélation significative a été observée entre le score total de maltraitance (CTQ_total) et l'hypermentalisation ($\rho = -.28, p = .01$).

Tableau 16 : Corrélations entre types d'abus vécus par le parent et hypermentalisation

	CTQ total	Abus émotionnel	Abus physique	Abus sexuel	Négligence émotionnelle	Négligence physique
RFQ_c	<i>-.28</i> (<i>p = .01</i>)	<i>-.22</i> (<i>p = .03</i>)	.02 (<i>p = .87</i>)	-.08 (<i>p = .44</i>)	<i>-.28</i> (<i>p = .01</i>)	<i>-.25</i> (<i>p = .01</i>)

Une première régression linéaire multiple a été conduite afin d'évaluer si le score total de maltraitance infantile permettait de prédire le niveau d'hypermentalisation, en contrôlant pour le sexe et l'âge du parent ainsi que le nombre d'enfants. Le modèle s'est avéré significatif, $F(4, 92) = 3.00, p = .02, R^2 = .12, R^2 \text{ ajusté} = .08$, indiquant que 8 % de la variance du score RFQ_c sont expliqués par l'ensemble des prédicteurs. Au niveau individuel, le score total de maltraitance montre une tendance significative ($\beta = -0.23, t = -2.24, p = .03$). Aucun des autres prédicteurs n'est significativement associé à l'hypermentalisation (voir tableau 17).

Tableau 17 : Régression linéaire multiple du score total de maltraitance, de l'âge, du sexe du parent et du nombre d'enfants sur l'hypermentalisation

	<i>β</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
CTQ_total	-0.23	-0.009	-2.24	.03
Sexe du parent	0.23	0.17	0.73	.47
Age du parent	0.18	0.02	1.70	.09
Nombre d'enfants	-0.14	-0.09	-1.39	.18

Une seconde régression linéaire multiple a été réalisée. Son but était d'évaluer la contribution spécifique de chaque sous-type de maltraitance (abus émotionnel, abus physique, abus sexuel, négligence émotionnelle, négligence physique), toujours en contrôlant pour le sexe et l'âge du parent ainsi que le nombre d'enfants. Le modèle global s'est avéré non significatif, $F(8, 88) = 1.71, p = .11, R^2 = .13, R^2$ ajusté = .06, indiquant que 5.56% de la variance du score RFQ_c sont expliqués par ce modèle. Par ailleurs, aucun prédicteur individuel ne ressort comme significatif (voir tableau 18).

Tableau 18 : Régression linéaire multiple de chaque sous-type de maltraitance, de l'âge, du sexe du parent et du nombre d'enfants sur l'hypermentalisation

	<i>β</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Abus émotionnel	-0.03	-0.004	-0.17	.87
Abus physique	0.13	0.03	0.85	.40
Abus sexuel	-0.14	-0.02	-0.96	.34
Négligence émotionnelle	-0.19	-0.02	-1.08	.28
Négligence physique	-0.03	-0.01	-0.18	.86
Sexe du parent	0.32	0.23	0.97	.34
Age du parent	0.17	0.02	1.54	.13
Nombre d'enfants	-0.14	-0.09	-1.35	.18

4.3.2 Deuxième hypothèse

Notre hypothèse était que les parents ayant vécu de la maltraitance infantile ont un sentiment de satisfaction parentale moindre que ceux n'ayant pas été maltraités et que cet effet est d'autant plus présent chez les mères que chez les pères.

Afin d'examiner cette hypothèse, des corrélations de Spearman ont été effectuées entre le score total de maltraitance (CTQ_total) ainsi que ses sous-dimensions, et le niveau de satisfaction parentale mesurée par le QAECEP. Les résultats n'ont révélé aucune corrélation significative entre la satisfaction parentale et les sous-types de maltraitance (tous $p > .05$). De même, aucune association significative n'a été observée entre le score total de maltraitance et la satisfaction parentale ($\rho = -.131, p = .199$). En complément, des corrélations ont été effectuées

entre les types de maltraitance vécue, le sentiment de compétence parentale et le celui d'efficacité parentale. Aucune corrélation significative n'a été trouvée (voir tableau 19).

Tableau 19 : Corrélations entre les types de maltraitance vécue et le sentiment de satisfaction, d'efficacité et de compétence parentale

	CTQ total	Abus émotionnel	Abus physique	Abus sexuel	Négligence émotionnelle	Négligence physique
Sentiment de satisfaction	-.11 (<i>p</i> = .28)	-.13 (<i>p</i> = .20)	.09 (<i>p</i> = .38)	.05 (<i>p</i> = .66)	-.14 (<i>p</i> = .18)	-.02 (<i>p</i> = .82)
Sentiment d'efficacité	-.16 (<i>p</i> = .11)	-.14 (<i>p</i> = .18)	-.05 (<i>p</i> = .60)	.03 (<i>p</i> = .77)	-.09 (<i>p</i> = .36)	-.06 (<i>p</i> = .58)
Sentiment de compétence parentale	-.15 (<i>p</i> = .16)	-.14 (<i>p</i> = .16)	.06 (<i>p</i> = .58)	.06 (<i>p</i> = .58)	-.15 (<i>p</i> = .13)	-.05 (<i>p</i> = .66)

Une régression linéaire multiple a été conduite afin de déterminer si le vécu de maltraitance infantile pouvait prédire le niveau de satisfaction parentale, en contrôlant pour l'âge et le sexe du parent ainsi que le nombre d'enfants. Le modèle n'était pas significatif, $F(4, 92) = 0.95, p = .44, R^2 = .04, R^2 \text{ ajusté} = -.002$, ce qui indique que ces variables n'expliquent pas significativement la variance du sentiment de satisfaction parentale dans cet échantillon. Aucun des prédicteurs individuels n'a eu d'effet significatif (voir tableau 20).

Tableau 20 : Régression linéaire multiple du score total de maltraitance, du nombre d'enfants, de l'âge et du sexe du parent sur le sentiment de satisfaction.

	β	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
CTQ_total	-0.08	-0.05	-0.73	.47
Sexe du parent	-0.31	-3.27	-0.94	.35
Age du parent	0.08	0.16	0.76	.45
Nombre d'enfants	0.13	1.17	1.22	.23

Les résultats obtenus ne soutiennent pas l'hypothèse selon laquelle le vécu de maltraitance infantile est associé à une moindre satisfaction parentale. Ni les analyses corrélationnelles, ni la régression multiple n'ont révélé d'effets significatifs. Le modèle de régression n'a expliqué qu'une part négligeable de la variance de la satisfaction parentale, et aucun des prédicteurs (score de maltraitance, sexe, âge, nombre d'enfants) ne s'est avéré significatif. Ces résultats suggèrent que, dans cet échantillon, les antécédents de maltraitance infantile ne semblent pas influencer la manière dont les parents évaluent leur satisfaction dans leur rôle parental.

Ensuite, lors d'analyses complémentaires, une deuxième régression linéaire multiple a été conduite. L'objectif était de déterminer si le vécu de maltraitance infantile pouvait prédire le sentiment de compétence parentale (score total au QAECEP), en contrôlant pour l'âge et le sexe du parent ainsi que le nombre d'enfants. Le modèle n'était pas significatif, $F(4, 92) = 0.82$, $p = .51$, $R^2 = .03$, $R^2 \text{ ajusté} = -.007$, ce qui indique que ces variables n'expliquent pas significativement la variance du sentiment de compétence parentale dans cet échantillon. Aucun des prédicteurs individuels n'a eu d'effet significatif (voir tableau 21).

Tableau 21 : Régression linéaire multiple du score total de maltraitance, du nombre d'enfants et de l'âge et du sexe du parent sur le sentiment de compétence parentale

	β	B	t	p
CTQ_total	-0.09	-0.07	-0.87	.39
Sexe du parent	-0.25	-3.60	-0.76	.45
Age du parent	0.06	0.15	0.52	.61
Nombre d'enfants	0.14	1.69	1.29	.20

Enfin, une dernière régression linéaire multiple a été conduite afin de déterminer si le vécu de maltraitance infantile pouvait prédire le niveau d'efficacité parentale, en contrôlant pour l'âge et le sexe du parent ainsi que le nombre d'enfants. Le modèle n'était pas significatif, $F(4, 92) = 0.54$, $p = .71$, $R^2 = .02$, $R^2 \text{ ajusté} = -.02$, ce qui indique que ces variables n'expliquent pas significativement la variance du sentiment d'efficacité parentale dans cet échantillon. Aucun des prédicteurs individuels n'a eu d'effet significatif (voir tableau 22).

Tableau 22 : Régression linéaire multiple du score total de maltraitance, du nombre d'enfants, de l'âge et du sexe du parent sur le sentiment d'efficacité

	β	B	t	p
CTQ_total	-0.08	-0.03	-0.79	.43
Sexe du parent	-0.15	-1.004	-0.47	.64
Age du parent	-0.03	-0.03	-0.25	.80
Nombre d'enfants	0.14	0.79	1.32	.19

4.3.3 Troisième hypothèse

Le troisième objectif de notre étude était d'examiner le lien entre les capacités de mentalisation et le sentiment de compétence parentale. Nous avons postulé que plus les capacités de mentalisation sont faibles, plus le sentiment de satisfaction parentale est moindre.

Pour cette hypothèse, une corrélation de Spearman a été réalisée dans le but d'identifier un lien potentiel entre l'hypomentalisation et le sentiment de satisfaction parentale. Les résultats

ne montrent aucune corrélation significative entre le score RFQ_u et le sentiment de satisfaction ($\rho = 0.04$, $p = .72$). Des analyses complémentaires ont été réalisées afin d'examiner un lien potentiel entre hypomentalisation et sentiment de compétence parentale ou sentiment d'efficacité. Par ailleurs, nous avons examiné si un lien entre l'hypermentalisation et ces trois variables existait. Les résultats n'ont montré aucune corrélation significative entre ces variables (voir tableau 23).

Tableau 23 : Résultats des corrélations entre hypomentalisation, hypermentalisation, le QAECEP total et ses sous-dimensions

	Sentiment de satisfaction	Sentiment d'efficacité	Sentiment de compétence parentale
RFQ_u	.04 ($p = .72$)	.001 ($p = .995$)	.03 ($p = .78$)
RFQ_c	.16 ($p = .12$)	-.02 ($p = .87$)	.13 ($p = .21$)

Une analyse de régression linéaire a ensuite été réalisée afin d'examiner dans quelle mesure les capacités de mentalisation (RFQ_u), le sexe du parent, l'âge du parent et le nombre d'enfants permettent de prédire le sentiment de satisfaction parentale. Les résultats indiquent que le modèle de régression n'est pas significatif, $F(4, 92) = 0.95$, $p = .44$, $R^2 = .04$, R^2 ajusté = $-.002$. Cela suggère que les variables incluses dans le modèle n'expliquent pas de manière significative la variance du sentiment de satisfaction parentale dans cet échantillon. Aucun des prédicteurs individuels n'a montré d'effet significatif (voir tableau 24).

Tableau 24 : Régression linéaire multiple du score RFQ_u, du nombre d'enfants et de l'âge et du sexe du parent sur le sentiment de satisfaction

	β	B	t	p
RFQ_u	0.08	1.67	0.73	.47
Sexe du parent	-0.31	-3.36	-0.96	.34
Age du parent	0.12	0.23	1.08	.28
Nombre d'enfants	0.10	0.95	0.98	.33

Une analyse complémentaire a ensuite été réalisée afin d'examiner dans quelle mesure l'hypermentalisation (RFQ_c), le sexe du parent, l'âge du parent et le nombre d'enfants permettent de prédire le sentiment de satisfaction parentale. Les résultats indiquent que le modèle de régression n'est pas significatif, $F(4, 92) = 0.91$, $p = .46$, $R^2 = .04$, R^2 ajusté = $-.004$. Cela suggère que les variables incluses dans le modèle n'expliquent pas de manière significative la variance du sentiment de satisfaction parentale dans cet échantillon. Aucun des prédicteurs individuels n'a montré d'effet significatif (voir tableau 25).

Tableau 25 : Régression linéaire multiple du score RFQ_c, du nombre d'enfants et de l'âge et du sexe du parent sur le sentiment de satisfaction

	β	B	t	p
RFQ_c	0.06	0.94	0.61	.55
Sexe du parent	-0.30	-3.19	-0.92	.36
Age du parent	0.08	0.21	0.77	.44
Nombre d'enfants	0.06	0.97	1.22	.23

En conclusion, les résultats n'appuient pas l'hypothèse selon laquelle une plus faible capacité de mentalisation serait associée à une moindre satisfaction parentale. Ni les corrélations, ni les régressions n'ont révélé d'association significative entre les variables.

4.3.4 Quatrième hypothèse

Notre dernière hypothèse postulait que l'effet du vécu de maltraitance infantile sur le sentiment de compétence parentale dépendrait des capacités de mentalisation du parent. Plus précisément, nous supposons que les parents ayant vécu des expériences de maltraitance infantile présenteraient des capacités de mentalisation plus faibles, ce qui influencerait négativement leur sentiment de compétence parentale.

Afin d'examiner cette hypothèse, des corrélations de Spearman ont d'abord été réalisées. Une corrélation positive significative a été observée entre le score total de maltraitance (CTQ) et l'hypomentalisation (RFQ_u) (voir hypothèse 1). Ce résultat soutient l'idée selon laquelle un vécu plus important de maltraitance infantile est associé à des capacités de mentalisation plus faibles. En revanche, aucune corrélation significative n'a été relevée entre les autres variables (voir hypothèses 2 et 3).

Pour approfondir ces résultats, une régression linéaire multiple a été conduite afin d'évaluer dans quelle mesure la maltraitance infantile (CTQ) et les capacités de mentalisation (RFQ_u) prédisaient le sentiment de compétence parentale. Le modèle s'est avéré non significatif, $F(2, 94) = 0.43, p = .65, R^2 = .01, R^2 \text{ ajusté} = -.01$, indiquant que ces variables n'expliquent pas la variance du sentiment de compétence parentale dans cet échantillon. Aucun des prédicteurs individuels n'a eu d'effet significatif (voir tableau 26).

Tableau 26 : Régression linéaire multiple du score RFQ_u et du vécu de maltraitance sur le sentiment de compétence parentale

	β	B	t	p
RFQ_u	0.05	1.37	0.46	.65
CTQ_total	-0.09	-0.08	-0.88	.38

Des analyses complémentaires ont été réalisées. Comme testé auparavant (voir hypothèse 1), il existe une corrélation significative entre l'hypermentalisation et le vécu de maltraitance infantile. Une régression linéaire multiple a été conduite afin d'évaluer dans quelle mesure le vécu de maltraitance infantile (CTQ) et l'hypermentalisation prédisaient le sentiment de compétence parentale. Le modèle s'est avéré non significatif, $F(2, 94) = 0.32, p = .73, R^2 = .007, R^2 \text{ ajusté} = -.01$, indiquant que ces variables ne permettent pas de prédire le sentiment de compétence parentale dans cet échantillon. Aucun des prédicteurs individuels n'a eu d'effet significatif (voir tableau 27).

Tableau 27 : Régression linéaire multiple du score RFQ_c et du vécu de maltraitance sur le sentiment de compétence parentale

	β	B	t	p
RFQ_c	0.07	1.90	0.63	.53
CTQ_total	-0.11	-0.09	-1.07	.29

Des analyses complémentaires ont été menées afin d'examiner l'effet des différentes sous-dimensions du RFQ sur le sentiment de satisfaction et d'efficacité. Aucune de ces analyses de régression a révélé de résultats statistiquement significatifs ($p > .05$).

Pour conclure, ces résultats soutiennent partiellement notre hypothèse. Comme attendu, un vécu plus important de maltraitance infantile est associé à une hypomentalisation plus marquée. Toutefois, ni les capacités de mentalisation ni le vécu de maltraitance apparaissent liés au sentiment de compétence parentale, et le modèle de régression avec ces deux variables ne permet pas d'expliquer la variance du sentiment de compétence parentale. Ces données ne permettent donc pas de confirmer une influence des capacités de mentalisation sur la relation entre la maltraitance infantile et le sentiment de compétence parentale.

5 Discussion

La présente étude visait à explorer les impacts de la maltraitance vécue durant l'enfance par les parents sur leurs capacités de mentalisation et leur sentiment de compétence parentale. Pour ce faire, nous avons mené une recherche quantitative auprès d'un échantillon de parents issus de la population générale, en diffusant un questionnaire en ligne composé de mesures standardisées. La littérature se concentre principalement sur le vécu des mères de jeunes enfants (nourrissons ou enfants d'âge préscolaire). C'est pourquoi nous avons choisi d'inclure dans l'échantillon de notre étude des mères et des pères d'enfants âgés de 6 à 12 ans, une période de l'enfance encore peu explorée.

Les sections suivantes seront consacrées à la discussion de nos quatre hypothèses à la lumière de la littérature existante, à l'analyse des forces et limites de notre recherche, ainsi qu'aux implications cliniques et perspectives pour des études futures qui en découlent.

5.1 Discussion des hypothèses

5.1.1 Première hypothèse

Notre première hypothèse postulait que le vécu de maltraitance infantile serait associé à une altération des capacités de mentalisation, et plus précisément à une augmentation de l'hypomentalisation. Cette hypothèse s'appuie sur des travaux antérieurs montrant que les expériences relationnelles précoces, en particulier lorsqu'elles sont marquées par la maltraitance, perturbent le développement des compétences socio-affectives, dont la mentalisation fait partie (Fonagy et al., 2002; Sharp & Fonagy, 2008).

Nos résultats confirment partiellement cette hypothèse. En effet, certaines formes de maltraitance, notamment l'abus émotionnel et la négligence émotionnelle, sont significativement associées à un niveau plus élevé d'hypomentalisation. Ces résultats s'inscrivent dans la lignée des travaux d'Ensink et al. (2015), qui ont mis en évidence une diminution du fonctionnement réflexif chez les mères ayant un antécédent de traumatisme infantile, en particulier lorsque celui-ci implique une absence de validation émotionnelle. Ce type de maltraitance semble altérer la capacité de l'enfant à se sentir reconnu par l'autre, ce qui nuit au développement de la capacité à se représenter ses propres états mentaux et ceux d'autrui.

Nous observons également une corrélation entre le score global de maltraitance et un niveau accru d'hypomentalisation. Ce constat est appuyé par les résultats de Berthelot et al. (2019), qui soulignent que l'exposition à plusieurs formes de maltraitance constitue un facteur de risque accru pour le développement de difficultés de mentalisation. Le cumul d'expériences de maltraitance pourrait compromettre le développement de stratégies de régulation émotionnelle efficaces et favoriser une tendance à l'évitement ou à la déconnexion des états mentaux (Fonagy & Luyten, 2009). Toutefois, lorsqu'on isole chaque type de maltraitance dans les analyses de régression, les relations ne sont pas systématiquement significatives. Cela suggère que ce n'est pas tant la nature spécifique de l'abus, mais plutôt son intensité, sa chronicité ou son accumulation, qui influence négativement les capacités de mentalisation. Cette perspective rejoint les conclusions récentes de Yang et Huang (2024), qui, dans une méta-analyse, ont mis en évidence une association modérée entre maltraitance infantile et mentalisation, avec des variations selon le type d'abus, mais également selon des facteurs développementaux comme l'âge.

Un autre élément crucial mis en lumière dans nos résultats concerne justement l'âge des participants. Plus les parents étaient âgés, plus leurs scores d'hypomentalisation étaient faibles. Cette tendance laisse supposer que les capacités de mentalisation peuvent continuer à se développer au fil du temps, grâce à l'expérience, à la maturation affective et à l'accumulation de ressources personnelles et interpersonnelles. Cette idée correspond aux travaux de Yang et Huang (2024). Ceux-ci suggèrent que les effets négatifs de la maltraitance sur la mentalisation tendent à être plus marqués chez les enfants et adolescents que chez les adultes. Cela pourrait témoigner d'un potentiel de récupération développementale.

Pour l'hypermentalisation, nos analyses indiquent que certaines sous-dimensions de la maltraitance infantile sont associées à une tendance à surinterpréter les états mentaux d'autrui. Toutefois, aucun type de maltraitance ne se distingue comme un prédicteur significatif de cette forme de mentalisation dysfonctionnelle. Ce constat est cohérent avec les conclusions de Yang et Huang (2024), qui relèvent que les effets de la maltraitance sur l'hypermentalisation sont moins robustes et moins homogènes que ceux observés pour l'hypomentalisation. Une possible explication avancée par Fonagy et al. (2016) est que l'hypermentalisation pourrait être davantage liée à des contextes d'attachement désorganisé, plutôt qu'uniquement à la maltraitance, ce qui rend son lien plus complexe à isoler statistiquement.

Dans l'ensemble, nos résultats confirment que le vécu de maltraitance infantile représente un facteur de risque important pour le développement de la capacité de mentalisation, en particulier sous la forme d'hypomentalisation. Toutefois, ils soulignent également que ces effets peuvent être modulés par des facteurs développementaux, tels que l'âge, ou relationnels, comme la présence de figures d'attachement sécurisantes. Plusieurs auteurs, dont Berthelot et al. (2019), mettent en évidence que les altérations de la mentalisation peuvent s'atténuer à l'âge adulte, notamment chez les personnes issues de la population générale qui ont bénéficié de relations réparatrices. Cette plasticité s'expliquerait en partie par la présence de facteurs de protection comme le soutien d'un parent non maltraitant, une relation thérapeutique, un environnement sécurisant ou encore un partenaire amoureux empathique (Berthelot et al., 2015; Slade, 2005).

Ainsi, même en présence de traumatismes précoce, les capacités de mentalisation ne sont pas figées. Elles peuvent continuer à se développer et à se renforcer tout au long de la vie, à condition que certaines conditions environnementales et relationnelles favorables soient réunies. Ces constats soulignent l'importance d'un accompagnement psychologique précoce et adapté pour soutenir les personnes ayant vécu des expériences de maltraitance dans leur développement affectif et réflexif.

5.1.2 Deuxième hypothèse

Notre deuxième hypothèse postulait que les parents ayant vécu de la maltraitance infantile présenteraient un sentiment de compétence parentale, plus spécifiquement de satisfaction parentale, plus faible que ceux n'ayant pas été maltraités. Nous supposons également que cet effet serait plus marqué chez les mères que chez les pères. Or, contrairement à nos attentes, les résultats n'ont révélé aucune association significative entre le vécu de maltraitance infantile et les différentes dimensions du sentiment de compétence parentale, qu'il s'agisse de la satisfaction, de l'efficacité ou du sentiment global de compétence. Ni les analyses corrélationnelles, ni les modèles de régression ont permis de mettre en évidence de lien, même après avoir contrôlé pour le sexe du parent, l'âge, ou encore le nombre d'enfants. De plus, aucune différence significative n'a été observée entre les mères et les pères en ce qui concerne le sentiment de compétence parentale en lien avec leur histoire de maltraitance.

Ces résultats contrastent avec ceux de plusieurs recherches antérieures suggérant qu'un antécédent de maltraitance dans l'enfance peut nuire au sentiment d'efficacité et de satisfaction

parentale à l'âge adulte (Bailey et al., 2012; Baiverlin et al., 2020; Caldwell et al., 2011). Par exemple, Bailey et al. (2012) ont montré que les mères ayant vécu de la maltraitance rapportaient un sentiment de compétence plus faible dans les premières années de vie de l'enfant. Caldwell et al. (2011) ont également relevé que les antécédents traumatisques pouvaient interférer avec le sentiment de contrôle parental, notamment chez les mères de jeunes enfants. Par ailleurs, la littérature scientifique suggère que cet impact peut différer selon le sexe du parent. Par exemple, Baiverlin et al. (2020) ont observé que les hommes ayant vécu de la maltraitance durant l'enfance tendent à présenter un niveau de satisfaction parentale plus élevé que les femmes ayant connu les mêmes expériences.

Plusieurs facteurs pourraient expliquer la divergence entre nos résultats et ceux de la littérature. D'une part, nous pouvons supposer que la nature auto-rapportée des mesures utilisées dans notre étude ait influencé les réponses des participants. Le sentiment de compétence parentale est une perception subjective qui peut être modulée par des biais de désirabilité sociale, surtout dans le cadre d'un questionnaire où le rôle de parent est central. Certains participants pourraient ainsi avoir tendance à idéaliser leur rôle ou à sous-estimer leurs difficultés, consciemment ou non. D'autre part, il est envisageable que certains parents ayant vécu de la maltraitance aient progressivement développé des stratégies de résilience leur permettant de construire une représentation positive d'eux-mêmes dans leur rôle parental. Cette hypothèse rejoint les travaux mettant en évidence des trajectoires de résilience chez les adultes ayant connu des traumatismes infantiles, notamment lorsqu'ils ont pu bénéficier d'un soutien social ou thérapeutique par la suite (Luthar et al., 2000; Narayan et al., 2021).

L'âge des enfants des participants pourrait également constituer un facteur explicatif. Notre échantillon est composé exclusivement de parents d'enfants âgés de 6 à 12 ans. Or, plusieurs études ayant montré un effet négatif du vécu de maltraitance sur le sentiment de compétence parentale portaient sur des parents de nourrissons ou d'enfants en bas âge (Bailey et al., 2012; Baiverlin et al., 2020). Nous pouvons supposer que les effets de la maltraitance soient plus saillants dans les premières années de la parentalité, une période marquée par des ajustements intenses et une forte vulnérabilité émotionnelle. Les parents de notre échantillon, ayant déjà traversé cette phase, auraient pu acquérir une plus grande confiance en leurs compétences, atténuant ainsi les effets de leur histoire personnelle. Cette hypothèse est cohérente avec l'idée d'un développement progressif du sentiment de compétence parentale au fil du temps et des expériences parentales (Albanese et al., 2019; Jones & Prinz, 2005).

Enfin, il convient de souligner que les instruments utilisés dans notre étude évaluent uniquement la perception subjective que les participants ont de leur compétence parentale, sans fournir d'indication sur leurs comportements effectifs avec leurs enfants. Or, certaines difficultés parentales, notamment liées à des traumatismes précoce, peuvent s'exprimer de manière implicite, dans des attitudes ou des comportements non verbalisés, et ainsi échapper aux mesures auto-rapportées.

En somme, bien que notre hypothèse n'ait pas été confirmée, les résultats obtenus soulignent la complexité des liens entre les antécédents de maltraitance et le sentiment de compétence parentale. Ils invitent à considérer le rôle modulateur de facteurs tels que l'âge des enfants, le moment de la parentalité, les ressources personnelles, et les modalités d'évaluation du sentiment de compétence. L'absence de lien direct ne signifie pas nécessairement une absence d'impact, mais pourrait témoigner d'un processus de résilience ou de réorganisation psychique au fil du temps.

5.1.3 Troisième hypothèse

Notre troisième hypothèse postulait que des capacités de mentalisation plus faibles seraient associées à un sentiment de satisfaction parentale diminué. Or, cette hypothèse n'a pas été confirmée par nos analyses. Aucun lien significatif n'a été identifié entre l'hypo- ou l'hypermentalisation et les différentes composantes du sentiment de compétence parentale, que ce soit la satisfaction, l'efficacité ou le sentiment général de compétence. Ces résultats vont à l'encontre de plusieurs travaux antérieurs ayant mis en évidence une association entre les capacités de mentalisation des parents et leur sentiment de compétence parentale (Gordo et al., 2020; Nijssens et al., 2018; Rostad & Whitaker, 2016).

Une première explication possible réside, une fois de plus, dans les caractéristiques spécifiques de notre échantillon. Notre étude portait sur des parents d'enfants âgés de 6 à 12 ans, alors que la majorité des recherches précédentes se sont intéressées à des parents, principalement des mères, d'enfants en bas âge ou d'âge préscolaire. Comme expliquer pour la deuxième hypothèse, nous pouvons supposer que les premières années de la parentalité, plus exigeantes sur le plan affectif et adaptatif, laissent davantage transparaître les effets des capacités de mentalisation sur le vécu parental. À mesure que les enfants grandissent, les parents peuvent avoir développé de nouvelles stratégies relationnelles et réflexives, ce qui pourrait atténuer le lien entre mentalisation et sentiment de compétence. Certaines recherches suggèrent

d'ailleurs que le sentiment de compétence parentale évolue au fil du développement de l'enfant, et peut notamment se renforcer avec l'expérience (Albanese et al., 2019; Jones & Prinz, 2005).

Par ailleurs, il est possible que, même si la mentalisation joue un rôle essentiel dans les interactions parent-enfant, notamment pour comprendre les besoins de l'enfant ou gérer les conflits, elle ne soit pas perçue par les parents eux-mêmes comme un élément central de leur compétence parentale. D'autres dimensions, telles que le soutien social, les croyances éducatives ou l'estime de soi, pourraient avoir une influence plus directe sur la manière dont les parents évaluent leur propre efficacité.

Enfin, une limite méthodologique considérable réside dans le choix de l'outil utilisé pour mesurer la mentalisation. Le RFQ, bien qu'efficace pour évaluer la mentalisation générale, ne cible pas spécifiquement la mentalisation dans le contexte parental. Il mesure la capacité à réfléchir aux états mentaux de soi-même et d'autrui de manière globale, mais pas la capacité à comprendre les états mentaux de son enfant dans les situations concrètes du quotidien. Or, cette forme spécifique de mentalisation, la mentalisation parentale, semble être davantage liée au sentiment de compétence dans le rôle de parent. D'ailleurs, les études ayant mis en évidence une association entre mentalisation et sentiment de compétence parentale ont utilisé des outils spécifiquement conçus pour évaluer la mentalisation parentale (Gordo et al., 2020; Rostad & Whitaker, 2016). Cette différence pourrait ainsi expliquer l'absence d'effet significatif dans notre étude.

Ces résultats invitent donc à nuancer l'idée d'un lien direct entre les capacités générales de mentalisation et le sentiment de compétence parentale. Il serait pertinent, dans de futures recherches, d'utiliser des outils mieux adaptés pour évaluer la mentalisation parentale de manière spécifique, afin de mieux comprendre son rôle dans l'expérience subjective de la parentalité, en tenant compte à la fois du développement de l'enfant et de l'expérience parentale.

5.1.4 Quatrième hypothèse

Notre quatrième hypothèse postulait que les capacités de mentalisation joueraient un rôle médiateur dans la relation entre le vécu de maltraitance infantile et le sentiment de compétence parentale. En d'autres termes, nous supposions que les expériences de maltraitance vécues dans l'enfance pourraient fragiliser le développement de la capacité de mentalisation, ce qui, à son tour, affecterait négativement le sentiment de compétence dans le rôle parental. Or, nos analyses n'ont pas permis de confirmer cette hypothèse. Aucune médiation significative

n'a été observée entre la maltraitance infantile et le sentiment de compétence parentale par le biais des dimensions de la mentalisation mesurées (hypomentalisation et hypermentalisation). Ces résultats doivent toutefois être interprétés à la lumière des observations faites dans nos trois hypothèses précédentes.

D'une part, notre première hypothèse a été partiellement confirmée, révélant un lien entre certaines formes spécifiques de maltraitance (notamment l'abus et la négligence émotionnels) et une tendance à l'hypomentalisation. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Berthelot et al. (2019) et de Yang et Huang (2024), qui soulignent le rôle central des expériences de maltraitance dans le développement des capacités de mentalisation. D'autre part, ni la maltraitance infantile (hypothèse 2), ni les capacités de mentalisation (hypothèse 3) ont montré de lien significatif avec les différentes dimensions du sentiment de compétence parentale. Ces résultats soulignent la complexité des relations entre ces variables et suggèrent que la mentalisation, dans notre étude, ne joue pas un rôle de médiateur aussi direct qu'attendu.

Plusieurs éléments peuvent contribuer à expliquer l'absence de médiation observée. D'abord, comme mentionné précédemment, notre échantillon se composait uniquement de parents d'enfants âgés de 6 à 12 ans. Nous pouvons supposer que ces parents ont eu le temps de développer des stratégies de résilience et d'adaptation qui atténuent les effets de leur vécu précoce sur leur fonctionnement parental (Luthar et al., 2000; Narayan et al., 2021). Ces processus pourraient avoir renforcé leur sentiment de compétence au fil du temps, rendant moins visibles les effets indirects de la maltraitance.

Ensuite, les outils utilisés pour évaluer la mentalisation et le sentiment de compétence parentale reposaient sur des mesures auto-rapportées. Or, ces instruments peuvent être sensibles à des biais de perception, de désirabilité sociale ou de représentations idéalisées du rôle parental (Jones & Prinz, 2005). De plus, le RFQ mesure la mentalisation générale, et non la mentalisation spécifique au contexte parental. Or, plusieurs auteurs soulignent que la mentalisation parentale, c'est-à-dire la capacité à réfléchir spécifiquement aux états mentaux de son enfant, est plus directement liée au vécu subjectif du rôle parental (Gordo et al., 2020; Rostad & Whitaker, 2016). L'absence de lien significatif dans notre étude pourrait donc être en partie attribuable à un écart entre l'outil utilisé et le type de mentalisation réellement impliqué dans l'expérience parentale.

Enfin, il convient de rappeler que d'autres facteurs, non mesurés dans notre étude, pourraient jouer un rôle de médiation ou de modulation, tels que le soutien social (Albanese et al., 2019), l'estime de soi, les styles d'attachement, ou encore les ressources psychologiques individuelles (Caldwell et al., 2011). Ces variables peuvent influencer la manière dont les individus surmontent les effets d'une enfance marquée par la maltraitance et se perçoivent dans leur rôle de parent.

Pour conclure, ces données invitent à poursuivre les recherches en mobilisant des outils plus ciblés et en tenant compte du moment du parcours parental, afin de mieux comprendre les mécanismes qui sous-tendent l'adaptation des parents ayant vécu de la maltraitance durant l'enfance.

5.2 Limites de l'étude et perspectives

Plusieurs limites doivent être considérées pour interpréter nos résultats. Les résultats nuancés de notre étude, ainsi que les limites identifiées, ouvrent la voie à plusieurs pistes de recherche à approfondir.

Tout d'abord, la taille modeste de l'échantillon, majoritairement féminin, avec peu de pères ayant vécu des maltraitances, a réduit la puissance statistique et a nécessité l'usage de tests non paramétriques, moins sensibles. Il serait donc pertinent de répliquer cette étude avec un échantillon plus large et plus équilibré. La faible représentation des pères dans notre échantillon limite la portée des conclusions concernant les différences selon le sexe, alors même que les enjeux de genre dans la parentalité méritent une attention particulière. Une meilleure répartition entre les hommes et les femmes testerait également plus finement l'impact du vécu de maltraitance selon le sexe du parent.

Ensuite, le recours aux données auto-rapportées expose à des biais, notamment de désirabilité sociale ou de rappel, en particulier sur des sujets sensibles comme la maltraitance infantile. L'approche rétrospective de cette variable ajoute une incertitude sur la précision des souvenirs des participants.

Par ailleurs, notre étude n'a pas intégré certaines variables contextuelles et psychologiques importantes. Nos résultats soulignent la nécessité d'intégrer d'autres variables contextuelles et psychologiques dans l'analyse du sentiment de compétence parentale. Des facteurs tels que la dépression parentale, le soutien social perçu, la qualité de la relation de

couple, ou encore les stratégies d'attachement, sont reconnus comme ayant un effet sur le vécu parental, mais n'ont pas été considérés dans notre étude. Leur inclusion dans de futurs modèles permettrait une compréhension plus globale du sentiment de compétence parentale.

La nature transversale de notre étude constitue également une limite. Ainsi, elle empêche de déterminer des liens causaux ou d'observer l'évolution des capacités de mentalisation et du sentiment de compétence au fil du temps. Des études longitudinales seraient nécessaires pour approfondir ces dimensions, notamment chez les parents ayant un passé traumatisque. Cela permettrait à la fois de mieux comprendre les trajectoires développementales de ces compétences, et d'évaluer l'effet potentiel d'interventions thérapeutiques ou psychoéducatives auprès de parents ayant vécu des traumatismes précoces.

De plus, l'absence de lien significatif entre mentalisation et sentiment de compétence parentale pourrait en partie s'expliquer par l'outil utilisé. Le RFQ, bien qu'efficace pour mesurer la mentalisation générale, ne saisit pas les spécificités de la mentalisation parentale, c'est-à-dire la capacité à penser les états mentaux de son enfant dans des contextes concrets du quotidien. Les recherches futures gagneraient à utiliser des outils spécifiquement conçus pour évaluer cette forme de mentalisation, afin de mieux comprendre les mécanismes en jeu.

Enfin, le fait que notre échantillon soit composé de parents d'enfants âgés de 6 à 12 ans nous laisse penser que ces derniers ont pu développer leurs compétences relationnelles au fil du temps, atténuant potentiellement l'impact des expériences adverses vécues dans l'enfance. Ces éléments, déjà discutés dans l'interprétation des hypothèses, constituent aussi des limites méthodologiques à considérer.

5.3 Implications cliniques

Les résultats de notre étude offrent plusieurs pistes utiles pour la pratique clinique, notamment pour l'accompagnement des parents ayant vécu des maltraitances durant leur enfance. Même si certaines hypothèses n'ont pas été confirmées, plusieurs constats enrichissent la réflexion sur l'évaluation et le soutien à la parentalité dans une perspective préventive.

D'abord, l'association entre certaines formes de maltraitance et l'hypomentalisation suggère que la maltraitance infantile pourrait fragiliser le développement de la mentalisation. Cela pourrait affecter la régulation émotionnelle, la gestion des conflits, ou la compréhension des besoins de l'enfant. Il pourrait être essentiel d'intégrer une évaluation des capacités de

mentalisation dans le suivi clinique des parents avec un passé traumatisant, notamment lorsqu'ils rencontrent des difficultés. Une approche combinant questionnaires, observations interactives et entretiens cliniques permettrait de mieux appréhender cette complexité.

Par ailleurs, l'absence de lien direct entre maltraitance infantile, mentalisation et sentiment de compétence parentale invite à considérer ces relations comme complexes et modulées par d'autres facteurs. Le sentiment de compétence semble dépendre d'une interaction entre facteurs contextuels (soutien social, qualité du couple, ressources socio-économiques) et personnels (estime de soi, représentations parentales) qui doivent systématiquement être explorés en clinique. De plus, notre échantillon composé de parents d'enfants de 6 à 12 ans laisse penser que ces derniers ont pu renforcer leurs compétences parentales au fil du temps, ce qui pourrait atténuer l'impact des antécédents traumatisants. Cela souligne l'importance d'interventions précoce auprès des jeunes parents, mais également d'un accompagnement continu adapté aux évolutions des besoins et ressources parentales.

Enfin, ces résultats appellent à une approche clinique préventive et bienveillante. Identifier un passé de maltraitance pourrait aider à comprendre certaines difficultés sans pour autant le réduire à un facteur prédictif rigide. Il nous semble crucial de valoriser les ressources et la résilience des parents, en leur offrant un espace sécurisé pour réfléchir à leur histoire et à son influence sur leur parentalité actuelle. Cela pourrait favoriser des liens parent-enfant plus apaisés et limiter le risque de transmission intergénérationnelle de la souffrance et de la maltraitance.

6 Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif d'examiner les liens entre le vécu de maltraitance infantile, les capacités de mentalisation à l'âge adulte et le sentiment de compétence parentale. L'enjeu de cette recherche était de mieux comprendre comment des expériences de maltraitance infantile peuvent influencer le vécu subjectif des parents dans leur rôle parental. Nos résultats ont mis en évidence une association significative entre certaines formes de maltraitance, notamment l'abus et la négligence émotionnels, et une mentalisation altérée. Ces données viennent soutenir l'idée selon laquelle le vécu de maltraitance infantile entrave le développement des capacités de mentalisation. En revanche, aucune relation significative n'a été observée entre la maltraitance infantile et le sentiment de compétence parentale, ni entre la mentalisation et ce sentiment. De plus, l'hypothèse d'un effet médiateur de la mentalisation dans la relation entre maltraitance et sentiment de compétence parentale n'a pas été confirmée.

Malgré ces résultats partiels, cette étude apporte des éléments significatifs en mettant l'accent sur une population encore peu explorée. Elle souligne aussi la complexité des interactions entre passé traumatisant, fonctionnement psychique et expérience parentale, soulignant l'importance de ne pas réduire ces dynamiques à des relations linéaires.

Plusieurs limites doivent être considérées, notamment la taille modeste de l'échantillon, la sous-représentation des pères, le recours aux données auto-rapportées, ainsi que l'utilisation d'un outil mesurant la mentalisation générale plutôt que parentale.

Ces constats ouvrent des perspectives de recherche intéressantes. Les études futures pourraient bénéficier de l'utilisation d'outils plus sensibles à la mentalisation parentale, ainsi que de l'inclusion de variables complémentaires telles que le soutien social, la santé mentale ou les stratégies d'attachement. Des approches longitudinales pourraient également permettre de mieux saisir l'évolution de ces liens dans le temps.

Sur le plan clinique, cette étude rappelle l'importance d'un accompagnement attentif à l'histoire développementale des parents, notamment dans une visée préventive. Offrir aux parents des espaces d'écoute et de réflexion sur leur vécu, renforcer leurs ressources psychiques et soutenir leur capacité à comprendre les états mentaux de leurs enfants peuvent contribuer à favoriser des expériences parentales plus sereines et plus sécurisantes.

7 Bibliographie

Achim, J., & Terradas, M. (2015). Le travail clinique en contexte pédopsychiatrique : L'apport de la mentalisation à la pratique d'aujourd'hui. *Filigrane : Écoutes psychanalytiques*, 24(2), 79–92. <https://doi.org/10.7202/1036532ar>

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation*. Routledge.

Albanese, A. M., Russo, G. R., & Geller, P. A. (2019). The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes. *Child: Care, Health and Development*, 45(3), 333–363. <https://doi.org/10.1111/cch.12661>

Assink, M., Spruit, A., Schuts, M., Lindauer, R., Van Der Put, C. E., & Stams, G.-J. J. M. (2018). The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 84, 131–145. <https://doi.org/10.1016/j.chab.2018.07.037>

Badoud, D., Luyten, P., Fonseca-Pedrero, E., Eliez, S., Fonagy, P., & Debbané, M. (2015). The French version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. *PLOS ONE*, 10(12), e0145892. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145892>

Badoud, D., Speranza, M., & Debbané, M. (2017). Vers un modèle du développement des dimensions de la mentalisation à l'adolescence. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 49–68. <https://doi.org/10.7202/1040160ar>

Baer, J., & Martinez, C. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24, 187–197. <https://doi.org/10.1080/02646830600821231>

Bailey, H. N., DeOliveira, C. A., Wolfe, V. V., Evans, E. M., & Hartwick, C. (2012). The impact of childhood maltreatment history on parenting: A comparison of maltreatment types and assessment methods. *Child Abuse & Neglect*, 36(3), 236–246. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2011.11.005>

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), Article 100150. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100150>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.

Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2003). The impact of complex trauma and depression on parenting: An exploration of mediating risk and protective factors. *Child Maltreatment*, 8(4), 334–349. <https://doi.org/10.1177/1077559503257106>

Berlin, L. J., Appleyard, K., & Dodge, K. A. (2011). Intergenerational continuity in child maltreatment: Mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Development*, 82(1), 162–176. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01547.x>

Bernadat, F.-A., & Wendland, J. (2021). Sentiment de compétence parentale, style d'attachement et caractéristiques sociodémographiques. *La psychiatrie de l'enfant*, 64(2), 59–78. <https://doi.org/10.3917/psy.642.0059>

Bernstein, D., 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., 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)

Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 200–212. <https://doi.org/10.1002/imhj.21499>

Berthelot, N., Ensink, K., & Normandin, L. (2013). Échecs de mentalisation du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 2(1), 9–15. <https://doi.org/10.3917/cnmi.131.0009>

Berthelot, N., Ensink, K., & Normandin, L. (2014). Mentalisation efficiente du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 3(1), 6–20. <https://doi.org/10.3917/cnmi.132.0006>

Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Lacharité, C., & Muzik, M. (2019). The protective role of mentalizing: Reflective functioning as a mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents. *Child Abuse & Neglect*, 95, 104065. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2019.104065>

Bérubé-Beaulieu, É., Ensink, K., & Normandin, L. (2017). Fonctionnement réflexif de la mère et attachement de l'enfant : Une étude prospective des liens avec la sensibilité et l'orientation mentale maternelle. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 7–28. <https://doi.org/10.7202/1040158ar>

Blavier, A., Fivet, M., Gallo, A., & Wertz, C. (2020). L'influence de l'abus sexuel dans l'enfance sur le sentiment de compétence parentale des mères : Analyse qualitative et quantitative. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 68(5), 244–250.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2020.05.004>

Bonneville-Baruchel, E. (2018). Troubles de l'attachement et de la relation intersubjective chez l'enfant maltraité. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 7(1), 6–28.
<https://doi.org/10.3917/cnmi.181.0006>

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Basic Books.

Caldwell, J. G., Shaver, P. R., Li, C.-S., & Minzenberg, M. J. (2011). Childhood maltreatment, adult attachment, and depression as predictors of parental self-efficacy in at-risk mothers. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(6), 595–616.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2011.595763>

Capaldo, M., & Perrella, R. (2018). Child maltreatment: An attachment theory perspective. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 6(1). <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2018.6.1822>

Chabot, A., Achim, J., & Terradas, M. M. (2015). La capacité de mentalisation de l'enfant à travers le jeu et les histoires d'attachement à compléter: Perspectives théorique et clinique. *La psychiatrie de l'enfant*, 58(1), 207–240.
<https://doi.org/10.3917/psy.e.581.0207>

Cucchi, A. (2016). Differences in mentalising ability in individuals presenting with eating disorders with and without self-harm: A comparative study. *Counselling Psychology Review*, 31(1), 38–49.

De Palma, M., Rooney, R., Izett, E., Mancini, V., & Kane, R. (2023). The relationship between parental mental health, reflective functioning coparenting and social emotional development in 0-3 year old children. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1054723>

Dehghan Manshadi, Z., Fallah, A., & Chavoshi, H. (2023). Childhood maltreatment and sense of parenting competence: The mediating role of parental reflective functioning and perceived social support. *Child Abuse & Neglect*, 135, 105949. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2022.105949>

Delhalle, M., & Blavier, A. (2023). Le sentiment de compétence parentale des mères victimes d'abus sexuel(s) infantile(s): Un modèle structural. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 71(5), 249–258. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.05.003>

Delhalle, M., Monseur, C., Knüppel, I., & Blavier, A. (2024a). Psychometric properties of the Parenting Sense of Competence Scale for a sample of French-speaking mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 33(1), 151–165. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02776-w>

Delhalle, M., Monseur, C., Knüppel, I., & Blavier, A. (2024b). Validation of the Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ SF) for a French speaking sample. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 17, 887–898. <https://doi.org/10.1007/s40653-024-00612-x>

Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2005a). 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. (2005b). 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>

Dubé, G., Terradas, M. M., Didier, O., Guillemette, R., & Achim, J. (2019). Empathie, mentalisation et comportements extériorisés chez les enfants d'âge scolaire hébergés en centre jeunesse: Une étude exploratoire. *Revue de psychoéducation*, 48(2), 347–371. <https://doi.org/10.7202/1066147ar>

Ducatteeuw, G. (2018). De victime à auteur: Impact des carences affectives et des traumatismes sexuels précoce sur le développement affectif et sexuel. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 7(1), 29–47. <https://doi.org/10.3917/cnmi.181.0029>

Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology*, 33(2), 203–217. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12074>

Erozkan, A. (2016). The link between types of attachment and childhood trauma. *Universal Journal of Educational Research*, 4(5), 1071–1079. <https://doi.org/10.13189/ujer.2016.040517>

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)

Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Routledge.

Fonagy, P., György, G., Jurist, E., & Target, M. (2004). The development of an understanding of self and agency. In *Attachment and self-regulation* (pp. 203–251). <https://doi.org/10.4324/9780429471643-8>

Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>

Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE*, 11(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(2), 231–257. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01160.x>

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 233–278). Analytic Press, Inc.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679–700.
<https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>

Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544–576.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.544>

Fournier, S., Terradas, M., & Guillemette, R. (2019). Traumas relationnels précoce, représentations d'attachement et mentalisation chez l'enfant: Mise à jour des connaissances et application au contexte de protection de la jeunesse. *La psychiatrie de l'enfant*, 62(2), 431–451. <https://doi.org/10.3917/psy.622.0431>

Gibaud-Wallston, J., & Wandersman, L. P. (1978). Development and utility of the Parenting Sense of Competence Scale.

Gilmore, L., & Cuskelly, M. (2024). The Parenting Sense of Competence Scale: Updating a classic. *Child: Care, Health and Development*, 50(1), e13173.
<https://doi.org/10.1111/cch.13173>

Gordo, L., Martínez-Pampliega, A., Iriarte Elejalde, L., & Luyten, P. (2020). Do parental reflective functioning and parental competence affect the socioemotional adjustment of children? *Journal of Child and Family Studies*, 29(12), 3621–3631.
<https://doi.org/10.1007/s10826-020-01840-z>

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>

Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 797–810. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2008.02.004>

Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167–175. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802_8

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>

Kalpakci, A., Vanwoerden, S., Elhai, J., & Sharp, C. (2015). The independent contributions of emotion dysregulation and hypermentalization to the “double dissociation” of affective and cognitive empathy in female adolescent inpatients with BPD. *Journal of Personality Disorders*, 29, 1–19. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_192

Kelly, K., Slade, A., & Grienberger, J. F. (2005). Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, 7(3), 299–311. <https://doi.org/10.1080/14616730500245963>

Krug, E. G. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. World Health Organization.

Laforest, J., Maurice, P., & Bouchard, L. M. (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-et-la-maltraitance-envers-les-enfants/facteurs-de-risque-de-la-maltraitance>

Lafortune, D., & Gilbert, S. (2016). Analyse critique de la littérature sur les enjeux de l'intervention auprès des parents à risque de maltraitance: Cibler le facteur générationnel? *Pratiques Psychologiques*, 22(2), 105–123.

<https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.11.003>

Lafortune, D., Gilbert, S., Lavallée, G., & Lussier, V. (2017). Maltraitance infantile et inertie des situations à risque: Essai de conceptualisation des résistances psychologiques parentales. *Bulletin de psychologie*, 549(3), 197–213.

Langevin, R., Marshall, C., & Kingsland, E. (2021). Intergenerational cycles of maltreatment: A scoping review of psychosocial risk and protective factors. *Trauma, Violence & Abuse*, 22(4), 672–688. <https://doi.org/10.1177/1524838019870917>

Lo, C. K. M., Chan, K. L., & Ip, P. (2019). Insecure adult attachment and child maltreatment: A meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 20(5), 706–719.

<https://doi.org/10.1177/1524838017730579>

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562.

<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>

Luyten, P., Nijssens, L., Fonagy, P., & Mayes, L. C. (2017). Parental reflective functioning: Theory, research, and clinical applications. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 70(1), 174–199. <https://doi.org/10.1080/00797308.2016.1277901>

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161–182). The University of Chicago Press.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). The University of Chicago Press.

Martinez-Torteya, C., Katsonga-Phiri, T., Rosenblum, K. L., Hamilton, L., & Muzik, M. (2018). Postpartum depression and resilience predict parenting sense of competence in women with childhood maltreatment history. *Archives of Women's Mental Health*, 21(6), 777–784. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0865-7>

Meunier, J.-C., & Roskam, I. (2009). Self-efficacy beliefs amongst parents of young children: Validation of a self-report measure. *Journal of Child and Family Studies*, 18(5), 495–511. <https://doi.org/10.1007/s10826-008-9252-8>

Moody, G., Cannings-John, R., Hood, K., Kemp, A., & Robling, M. (2018). Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: A systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health*, 18(1), 1164. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6044-y>

Moulton-Perkins, A., & Rogoff, S. (2011). Development and validation of a new self-report measure of mentalization: The 54-item Reflective Function Questionnaire. Paper presented at SRP and BACP conference.

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>

Muller, R. T., Thornback, K., & Bedi, R. (2012). Attachment as a mediator between childhood maltreatment and adult symptomatology. *Journal of Family Violence*, 27(3), 243–255. <https://doi.org/10.1007/s10896-012-9417-5>

Müller, S., Wendt, L. P., Spitzer, C., Masuhr, O., Back, S. N., & Zimmermann, J. (2022). A critical evaluation of the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ). *Journal of Personality Assessment*, 104(5), 613–627.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2021.1981346>

Narayan, A. J., Lieberman, A. F., & Masten, A. S. (2021). Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clinical Psychology Review*, 85, 101997. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101997>

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)

Nijssens, L., Bleys, D., Casalin, S., Vliegen, N., & Luyten, P. (2018). Parental attachment dimensions and parenting stress: The mediating role of parental reflective functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 27(6), 2025–2036.
<https://doi.org/10.1007/s10826-018-1029-0>

Office de la naissance et de l'enfance (ONE). (2014). *Les équipes SOS Enfants : À l'attention des professionnels*. [https://www.one.be/professionnel/brochuredetailpro/brochure/les-
equipes-sos-enfants/](https://www.one.be/professionnel/brochuredetailpro/brochure/les-equipes-sos-enfants/)

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2018). *Classification internationale des maladies, onzième révision (CIM-11)*. <https://icd.who.int/fr>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2022). *Violence à l'encontre des enfants*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2024). *Maltraitance des enfants*.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

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>

Perroud, N. (2014). Maltraitance infantile et mécanismes épigénétiques. *L'information psychiatrique*, 90(9), 733–739. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1260>

Prior, V., & Glaser, D. (2010). *Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement : Théorie, preuve et pratique*. De Boeck.

Putallaz, M., Costanzo, P. R., Grimes, C. L., & Sherman, D. M. (1998). Intergenerational continuities and their influences on children's social development. *Social Development*, 7(3), 389–427. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00074>

Razurel, C., Desmet, H., & Sellenet, C. (2011). Stress, soutien social et stratégies de coping : Quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares? *Recherche en soins infirmiers*, 106(3), 47–58. <https://doi.org/10.3917/rsi.106.0047>

Rey-Salmon, C. (2008). Diagnostiquer et signaler la maltraitance : Repères. *Laennec*, 56(1), 6–17. <https://doi.org/10.3917/lae.081.0006>

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>

Rostad, W. L., & Whitaker, D. J. (2016). The association between reflective functioning and parent-child relationship quality. *Journal of Child and Family Studies*, 25(7), 2164–2177. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0388-7>

Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17(3), 737–754. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x>

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269–281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>

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>

Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : Son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151–188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>

Terradas, M. M., Achim, J., Domon-Archambault, V., & Guillemette, R. (2019). Souffrances dans les liens parent-enfant : Réflexion théorique et clinique sur les pratiques éducatives fondées sur la mentalisation auprès des enfants victimes de maltraitance. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 8(1), 6–29. <https://doi.org/10.3917/cnmi.191.0006>

Terrisse, B., & Trudelle, D. (1988). Questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale (Q.A.E.C.E.P.), Adaptation et traduction du Parenting Sense of Competence.

Trudelle, D., & Montambault, E. (1994). Le sentiment de compétence parentale chez des parents d'enfants d'âge préscolaire. *Service social*, 43(2), 47–62.
<https://doi.org/10.7202/706656ar>

Urfer, F.-M., Achim, J., Terradas, M. M., & Ensink, K. (2014). Capacité de mentalisation parentale et problématiques pédopsychiatriques : Perspectives théorique et clinique. *Devenir*, 26(3), 227–251. <https://doi.org/10.3917/dev.143.0227>

Van IJzendoorn, M. H. (1992). Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in nonclinical populations. *Developmental Review*, 12(1), 76–99.
[https://doi.org/10.1016/0273-2297\(92\)90004-L](https://doi.org/10.1016/0273-2297(92)90004-L)

Van Wert, M., Anreiter, I., Fallon, B. A., & Sokolowski, M. B. (2019). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: A transdisciplinary analysis. *Gender and the Genome*, 3, 1–21. <https://doi.org/10.1177/2470289719826101>

Wang, X. (2022). Intergenerational effects of childhood maltreatment: The roles of parents' emotion regulation and mentalization. *Child Abuse & Neglect*, 128, 104940.
<https://doi.org/10.1016/j.chabu.2021.104940>

Yang, L., & Huang, M. (2024). Childhood maltreatment and mentalizing capacity: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 149, 106623.
<https://doi.org/10.1016/j.chabu.2023.106623>

Annexe

Tableau A1 : Résultats du test de Shapiro-Wilk pour la normalité des variables

Test	Catégorie	Shapiro-Wilk		
		Valeur W	Valeur p	Normalité
CTQ	CTQ_total	0.79	< .001	Absence de normalité
	Abus émotionnel	0.85	< .001	
	Abus physique	0.54	< .001	
	Abus sexuel	0.51	< .001	
	Négligence émotionnelle	0.93	< .001	
	Négligence physique	0.75	< .001	
QAECEP	Sentiment d'efficacité	0.97	0.02	Absence de normalité
	Sentiment de satisfaction	0.97	0.02	
	Sentiment de compétence parentale	0.97	0.03	
RFQ	RFQ_c	0.95	.001	Absence de normalité
	RFQ_u	0.93	< .001	

Résumé

Objectif : Ce mémoire visait à explorer les liens entre le vécu de maltraitance infantile, les capacités de mentalisation à l'âge adulte et le sentiment de compétence parentale. L'objectif était de mieux comprendre comment des expériences précoces de maltraitance peuvent influencer la perception subjective des parents dans leur rôle parental.

Méthode : Un ensemble de questionnaires a été administré à 97 parents d'enfants âgés de 6 à 12 ans, portant sur leur vécu de maltraitance infantile (CTQ-SF ; Bernstein et al., 2003), leurs capacités de mentalisation (RFQ ; Moulton-Perkins et al., 2011) et leur sentiment de compétence parentale (QAECEP ; Terrisse & Trudelle, 1988).

Résultats : Les analyses ont mis en évidence une association significative entre certaines formes de maltraitance, notamment l'abus et la négligence émotionnels, et une altération des capacités de mentalisation. Ces résultats soutiennent l'idée selon laquelle la maltraitance infantile peut entraver le développement de la mentalisation. En revanche, aucune relation significative n'a été observée entre le vécu de maltraitance et le sentiment de compétence parentale, ni entre la mentalisation et ce sentiment. L'hypothèse d'un effet médiateur de la mentalisation dans cette relation n'a pas été confirmée.

Conclusion : Cette étude, portant sur une population encore peu explorée, met en lumière la complexité des relations entre maltraitance infantile, capacités de mentalisation et sentiment de compétence parentale, et souligne la nécessité de ne pas les envisager comme de simples relations linéaires. Certaines limites doivent être prises en considération, notamment la taille restreinte de l'échantillon, la sous-représentation des pères, le recours à des données auto-rapportées et l'utilisation d'un outil évaluant la mentalisation générale plutôt que spécifiquement dans le contexte parental. Sur le plan clinique, ce travail souligne l'importance d'intégrer l'histoire développementale des parents dans les interventions liés à la parentalité, d'offrir aux parents des espaces d'écoute et de réflexion sur leur vécu, de renforcer leurs ressources psychiques et de soutenir leur capacité à comprendre les états mentaux de leurs enfants, afin de favoriser leur sentiment de compétence parentale.