



Grâce à sa large expérience, l'auteur, responsable d'une équipe SOS-Enfants à Bruxelles créée en 1985, nous permet de bien prendre conscience de la maltraitance infantile. Ainsi, il en aborde les aspects épidémiologiques et psycho-sociaux avant de se pencher sur les compétences du bébé et sur les différents types de traumatisme et de stress. Sont également détaillés les retentissements cliniques et la question de la transmission intergénérationnelle du cycle de la maltraitance.

LA MALTRAITANCE SUR LE JEUNE ENFANT



Emmanuel de Becker
Pédopsychiatre, UCLouvain

Pour introduire

Comme le rappellent des auteurs tels qu'Orlinsky, Rønnestad, Willutzki, Silberschatz ou encore Curtis, une constante en psychothérapie est caractérisée par une relation co-créée par un patient et un professionnel, utilisée avec efficacité comme source d'influence positive corrective (1-3). Si cette attitude générale prend des accents *sui generis* selon notamment l'épistémologie du clinicien, divers autres paramètres vont intervenir, comme les éléments de sa personnalité, la mise en résonance avec des spécificités du patient et de son environnement, les aspects contre-transférentiels liés aux parcours et aux évolutions propres,... Les subjectivités de part et d'autre interfèrent, se rencontrent et se complètent, pour entretenir ce qui est communément appelé l'intersubjectivité (4). Ainsi, tout clinicien cherche à établir un lien constructif et de confiance dans la perspective de répondre à la demande, d'analyser les plaintes et de soulager les souffrances exprimées ou enfouies. Ce n'est pas toujours aussi simple et évident.

Certaines situations confrontent le professionnel dans sa conception propre de la relation thérapeutique, ses repères et ses assises, au point parfois de le déstabiliser (5). Les maltraitements infanto-juvéniles appartiennent à celles-ci. Sans être exhaustifs, parcourons certains aspects spécifiques au jeune enfant lorsqu'il est l'objet d'actes inadéquats (négligence par exemple) et/ou transgressifs (abus sexuel par exemple). Quand bien même la vulnérabilité varie individuellement, étant notamment liée à la personnalité, à l'histoire et au contexte du sujet, plus celui-ci est jeune, plus les retentissements sont potentiellement dommageables.

Les données épidémiologiques confirment que la maltraitance est une problématique très fréquente. Ainsi, si 5 adolescents sur 1.000 sont maltraités, comparativement 15 enfants âgés de moins de 3 ans sur 1.000 sont victimes de maltraitance (6). Ces chiffres montrent combien plus on peut intervenir tôt dans l'histoire d'un individu, plus on peut orienter différemment sa destinée et probablement limiter les retentissements des événements traumatiques. Par ailleurs, une grande majorité des victimes ne parlent pas de la violence subie durant l'enfance. Ceci étant, la révélation permet dans 60% des cas l'arrêt ou la réduction de la maltraitance (6, 7). Mais qu'en est-il lorsqu'il s'agit d'un bébé? Même si les statistiques sociales paraissent imprécises, elles indiquent toute l'importance d'intervenir dans une perspective de mettre fin à la maltraitance ainsi que d'aider, de soigner la victime et son entourage.

Les compétences du bébé

Depuis les années 1950, un intérêt croissant a concerné l'ajustement parental, les modalités de l'attachement, les enjeux des interactions parents-enfant(s), l'intersubjectivité,... ainsi que les compétences du bébé.

Évoquons succinctement quelques éléments de socialisation en soulignant combien le bébé possède des activités sociales innées. Dès les premiers mois, il est capable d'imitations – immédiates et différées de 24 heures –, d'actions corporelles faciales. Vers 6 mois, l'enfant est capable de saisir la direction que porte le regard et, entre 9 et 18 mois, l'attention visuelle conjointe se développe en corrélation avec le pointage. À 8 mois, un bébé marque des préférences à l'égard des personnes qui agissent de manière positive et pro-sociale et se manifeste négativement envers celles qui adoptent des attitudes antisociales. Margoni et Surian ont

le plus rapide durant les 2 premières années de la vie. Chez le bébé, les conduites exploratoires et à risque contribuent à façonner le cerveau, les expériences précoces jouant un rôle dans la connectivité neuronale. Plus l'ajustement parental est adéquat à l'égard de l'enfant, les interactions riches et réciproques, plus le développement du cerveau est favorisé (9). Concrètement, quand une mère répond dans les 90 secondes, la plupart des enfants cessent de pleurer. Lorsque ceux-ci sont autorisés à pleurer longtemps, ils tendent avec le temps à crier plus souvent et plus longtemps. D'où l'importance de repérer les mères dépressives ou dans l'incapacité de s'ajuster au jeune enfant!

Tout clinicien cherche à établir un lien constructif et de confiance pour analyser les plaintes et soulager les souffrances exprimées ou enfouies.

montré que des nourrissons âgés de moins de 10 mois sont capables de détecter les relations de dominance au sein d'un groupe social (8). Des bébés de 17 mois distinguent les leaders des tyrans quand ils sont confrontés à différents protagonistes interagissant avec un personnage dominant qui était soit un leader soit un tyran. Bien avant la 2^e année de la vie, l'enfant peut déjà différencier les relations de pouvoir fondées sur le respect (*leader*) de celles qui sont fondées sur la peur (*tyran*). Rappelons ainsi l'attribution implicite des états mentaux.

Par ailleurs, l'activité ludique est capitale pour le développement de l'identité et de la socialisation. Ainsi, le jeu du «faire semblant» se développe à partir de 9 mois. Soulignons que le processus de myélinisation est essentiellement post-natal et est

Les traumatismes

Quelle que soit sa forme, la maltraitance envers l'enfant génère par essence un traumatisme. Pour avoir une portée traumatique, l'événement doit représenter une menace, réelle, hypothétique ou imaginée, pour l'intégrité de la personne, dépasser ses potentialités réactionnelles et adaptatives, et survenir de manière soudaine, imprévue. Il s'accompagne de sentiments d'effroi, de terreur, d'impuissance, de solitude, d'abandon,... L'individu expérimente un vécu où la mort, la sienne ou celle d'un tiers, fait partie du domaine du possible (10, 11). On distingue différents types de traumatisme.

Le type 1, appelé «traumatisme simple», se rapporte à un événement unique, limité dans le temps, induit par un agent

stressant aigu. C'est l'exemple de l'accident, d'une catastrophe naturelle ou d'une agression physique. Le traumatisme de type 2 correspond à une situation qui se répète ou qui menace de se reproduire. Il s'agit de contextes stressants chroniques, voire abusifs comme les faits de guerre, les violences intrafamiliales, les traumatismes affectant les professionnels des soins d'urgence, ... Soulignons que, si initialement un traumatisme est toujours de type 1, des mécanismes d'adaptation de plus en plus pathologiques vont apparaître avec le maintien du contexte dysfonctionnel. Solomon et Heide ont spécifié un 3^e type pour décrire les conséquences d'événements multiples, envahissants et violents débutant à un âge précoce et présents durant une longue période (12, 13). Comme le souligne Josse, l'inceste et les diverses maltraitements infligés aux enfants en sont des illustrations typiques (14). On décrit également le «traumatisme complexe» résultant d'une victimisation chronique, d'un assujettissement d'un sujet, tel un jeune enfant, sous l'emprise d'un auteur d'actes traumatogènes (15, 16).

En se référant à une lecture psychodynamique, on considère que l'individu victime d'un événement traumatisant n'a pas la capacité de rattacher celui-ci à une chaîne signifiante. Lors du traumatisme, le «réel de la mort», en d'autres termes une image de sa propre mort jusque-là inimaginable, fait effraction dans le psychisme. Au-delà de l'acte lui-même, l'image traumatique traverse le pare-excitation et se fixe au niveau du refoulement originaire.

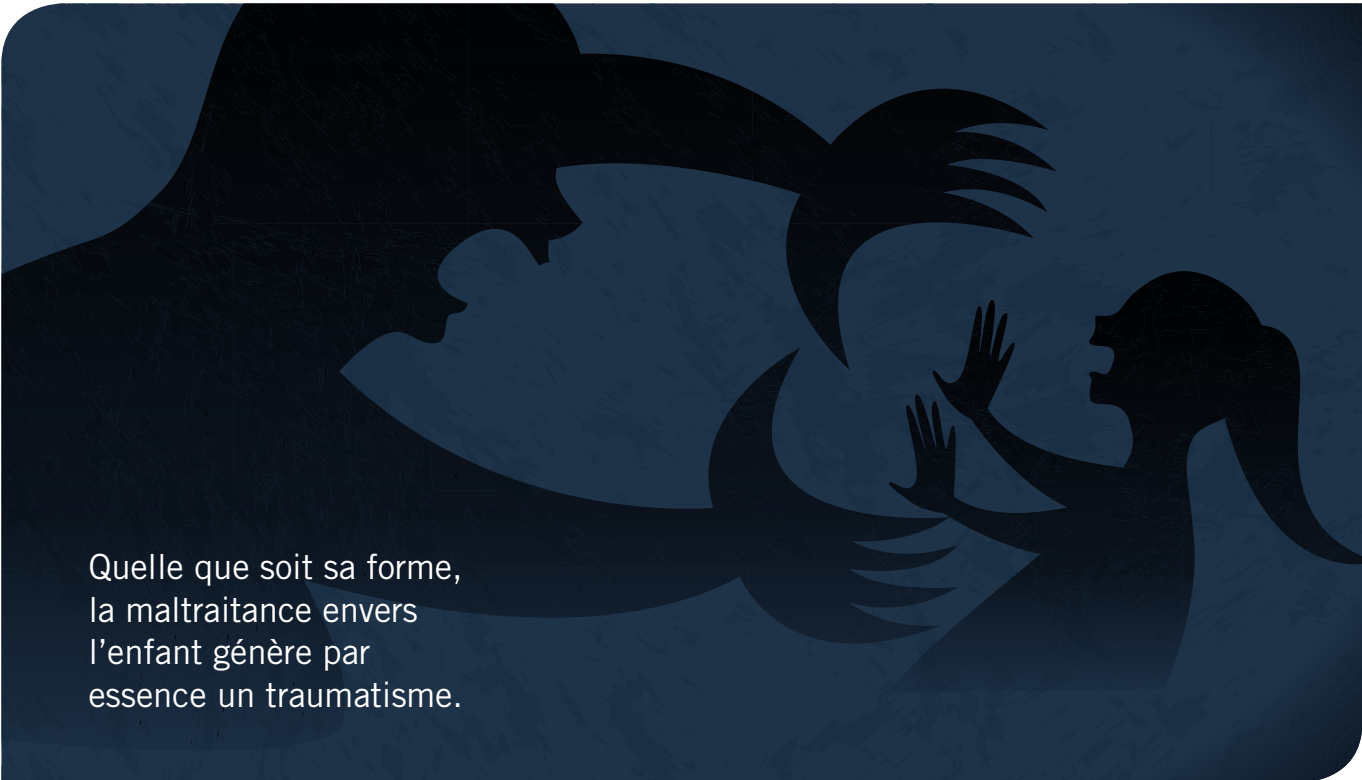
Tout environnement
maltraitant induit
certaines
manifestations
psychopathologiques
chez le jeune enfant.

Le trauma repousse les représentations, les signifiants et les émotions qui y sont associées. L'expérience de victimisation corollaire au vécu d'effraction, de «choixification», est d'autant plus intense que le jeune enfant ne dispose pas encore

des mécanismes de sauvegarde psychique pour faire face et métaboliser l'événement traumatique.

On retrouve différentes notions rattachées à la maltraitance, comme celles de destructivité et de traumatismes primaire et secondaire. Ce dernier terme nous semble inapproprié car il ne définit que la chronologie. On devrait utiliser celui de traumatisation seconde, étant donné qu'elle survient après la cessation des faits transgressifs dans l'ordre du temps, sans être nécessairement d'importance secondaire (17). En soi, elle correspond à une charge de souffrance morale, de perturbations intrapsychiques et relationnelles que l'enfant subit de par les multiples retentissements socio-familiaux apparaissant après l'arrêt de la maltraitance. Elle peut prendre des proportions plus puissantes et plus durables que les déséquilibres provoqués directement par l'agression elle-même.

Aujourd'hui plus que jamais, la maltraitance sexuelle infantile représente l'agression traumatogène la plus socialement inacceptable. Pour l'illustrer, il suffit



Quelle que soit sa forme,
la maltraitance envers
l'enfant génère par
essence un traumatisme.

d'entendre les témoignages des individus incarcérés pour des délits à caractère sexuel sur mineurs d'âge, agressés par les co-détenus tant ils sont perçus comme des «monstres à détruire».

Près de la moitié des enfants maltraités vont reproduire, à l'âge adulte, le cycle de la maltraitance.

Quoiqu'il en soit, la maltraitance n'engendre pas toujours de perturbations visibles à court ou à long terme; nous rencontrons autant de trajectoires individuelles à l'issue de la transgression qu'il existe d'individus dans leur singularité. Certains connaîtront la résilience, tandis que d'autres seront intensément affectés par le trauma. Soulignons combien les effets de celui-ci peuvent être différés dans le temps, voire «sauter» les générations.

La transmission du traumatisme

Qu'en est-il du risque de transmission intergénérationnelle de la maltraitance? En parcourant la littérature, on constate que près de la moitié des enfants maltraités vont reproduire, à l'âge adulte, le cycle de la maltraitance (18, 19). On évoque parfois la tendance des parents à apporter à l'éducation de leurs enfants les problèmes non résolus de leur propre enfance (20). Des «fantômes dans la chambre de l'enfant» jettent des ombres d'expériences menaçantes dans le passé des parents qui peuvent se transformer en menaces pour le présent de leurs enfants. Cela implique qu'ils sont susceptibles d'engendrer des lignes transgénérationnelles de douleur, de rage, de défaite, de haine et d'agression. Les expériences relationnelles traumatiques vécues durant l'enfance comportent un risque élevé de perturber la capacité parentale et d'adopter des comportements maltraitants envers l'enfant.

Le cycle de la maltraitance surviendrait quand les facteurs de risque sont plus nombreux que les facteurs de protection.

On estime que différentes combinaisons de facteurs de risque et de protection peuvent être impliquées dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Différents paradigmes éclairent ce phénomène de répétition. La perspective écologique soutient l'idée d'un modèle complexe impliquant les différents niveaux concernés, à savoir l'enfant, sa famille, l'entourage et la société. Le concept de traumatisme psychologique complexe a été avancé pour faire état des multiples impacts de la maltraitance vécue durant l'enfance (21). Ainsi, lorsque le système d'attachement est perturbé durant l'enfance, le fonctionnement psychique du jeune sujet est envahi par l'anxiété qui développe un attachement insécure de type désorganisé. Il manifeste une vulnérabilité face à la détresse et une difficulté à se socialiser. Le traumatisme psychologique complexe est habituellement marqué par un trouble dissociatif qui peut être compris comme un mécanisme de défense se manifestant par des comportements automatisés, une fragmentation émotionnelle et une altération d'identité face à la réalité indicible.



Bien avant l'âge de 2 ans, l'enfant peut déjà différencier les relations de pouvoir fondées sur le respect (leader) de celles qui sont fondées sur la peur (tyran).

En lien avec des expériences traumatiques précoces, la dissociation se distingue des mécanismes de refoulement et de clivage, impliquant une connotation de déconstruction, de désagrégation et de division du psychisme. Selon la théorie de l'attachement, la dissociation ferait écho à la défaillance des modèles internes opérants (MIO), que constituent les représentations mentales que le sujet a de lui-même, de l'autre et des patterns interactionnels. Ces MIO, s'étayant sur les expériences avec les figures d'attachement significatives (*caregivers*), représentent des schèmes cognitifs et sont utilisés par l'enfant comme guides internes pour l'exploration du monde extérieur, pour gérer et exprimer les affects, pour interpréter et anticiper les sentiments d'autrui. Chez les enfants victimes de maltraitance, les MIO sont perturbés, empreints de représentations négatives de soi, des autres et de soi en relation avec les autres (20). Dans cette perspective, la transmission intergénérationnelle de la maltraitance serait autant une répétition de la violence subie qu'une reproduction de modèles relationnels, ceux-ci étant intériorisés sous la forme de MIO.

À côté des facteurs de risque, des éléments permettent d'endiguer le cycle de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Ces facteurs de protection sont essentiellement représentés par l'existence d'interactions positives se manifestant, entre autres, par un lien significatif durant l'enfance et l'adolescence avec l'un ou l'autre adulte. En soi, le facteur de protection «mobilisateur» est donc celui qui assure une fonction de tiercéité. Il peut s'agir d'un parent ou d'un membre de la famille élargie, adéquat et soutenant, ou encore d'un professionnel avec lequel un lien de confiance est établi. L'engagement dans le réseau social constitue un élément d'étayage non négligeable. L'expérience

thérapeutique positive ainsi que les relations interpersonnelles constructives ont des effets favorables sur le fonctionnement parental de l'ancienne victime de maltraitance durant l'enfance. Si la qualité du lien transférentiel est capitale, il apparaît que la consistance, la cohérence et la constance du cadre de l'intervention sont tout aussi nécessaires. En complément et sur la base de la théorie de l'attachement, on considère que la relation devient significative lorsque le potentiel de changement touche les MIO. La perspective thérapeutique vise à aider l'individu à ne pas reproduire les patterns interactionnels dysfonctionnels vécus durant l'enfance, en travaillant sur les MIO des victimes de maltraitance.



Les atteintes liées à la sécrétion de cortisol et d'adrénaline se situent dans l'hippocampe, le cortex préfrontal médian et le noyau amygdalien.

Le stress

À côté des traumatismes, on rencontre la notion de stress, fort usitée à l'heure actuelle, traduisant l'ensemble des réponses face aux pressions et contraintes issues de l'environnement. On distingue le stress de l'anxiété, celle-ci reflétant l'état émotionnel alors que le stress constitue un mécanisme réactionnel de survie: l'organisme se mobilise sur le plan psycho-physiologique pour échapper au danger. Autant ce processus est utile et nécessaire dans certaines circonstances, autant, s'il se maintient et devient chronique, il se transforme en stress toxique (22). Ainsi, une sécrétion importante et continue de cortisol, l'une des hormones du stress, dès la 20^e semaine de vie *in utero* crée des répercussions dommageables sur

l'enfant. Le «stress toxique précoce», aussi appelé «stress psycho-social chronique», engendre des conséquences objectivables au niveau du cerveau en développement (diminution de la taille des hémisphères) ainsi que des conséquences observables (par exemple une hyperactivité à tout stimulus stressant).

Les atteintes liées à la sécrétion de cortisol et d'adrénaline se situent dans l'hippocampe, le cortex préfrontal médian et le noyau amygdalien. Ces zones sont capitales entre autres pour la mémorisation cognitive (apprentissages), l'intégration des émotions, les comportements d'attachement, la mémoire affective. Cliniquement, le stress chronique génère à terme des développements psychopathologiques:

il prédispose à l'intolérance à la frustration, enraye les mécanismes de contention de la violence et rend le sujet vulnérable aux événements stressants. Précisons que si l'état de stress perdure, la sécrétion de cortisol s'épuise, or cette hormone stimule la vigilance nécessaire entre autres pour les apprentissages. Par contre, la production de l'adrénaline est maintenue, ce qui fixe l'enfant sous tension et le conduit potentiellement à l'auto- ou à l'hétéro-agressivité.

Les retentissements cliniques de la maltraitance

Tout environnement maltraitant induit certaines manifestations psychopathologiques chez le jeune enfant. Les *adverse childhood experiences* concernent l'ensemble des contextes de négligence et

d'abus qui se déroulent durant l'enfance, qui peuvent être dus à de nombreuses causes, comme les expériences de discontinuité (séparation, incarcération,...), la maladie mentale du parent, l'utilisation de toxiques, la violence conjugale... Schmid fait état des développements hétérotopiques post-traumatiques selon les âges (23). Durant la petite enfance, on retrouve les troubles de la régulation émotionnelle et de l'attachement. Chez l'enfant plus âgé, sont observés les troubles du comportement, les somatisations, le trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité. Sont fréquemment présents à l'adolescence les troubles dissociatifs, l'abus de toxiques, les troubles anxio-dépressifs, les automutilations, ainsi que les idéations et les actes suicidaires. En période de transition (15-25 ans), les troubles de personnalité et la bipolarité sont davantage constatés.

Plus le traumatisme intervient tôt dans la vie du sujet, plus il porte à conséquences. Le trauma organise le fonctionnement général du psychisme, d'autant que le sujet ne dispose pas encore du langage pour exprimer en mots ce qu'il ressent ou que, même lorsqu'il dispose du langage, la possibilité d'expression ne lui est pas offerte. Des confusions entre imaginaire et réalité alimentent le surgissement d'images effrayantes, de pensées quasi hallucinatoires troublant les repères spatio-temporels. L'enfant peut également être sidéré au point où son développement est entravé. Face à l'enfant qui n'a pas encore accès à la parole, l'adulte omet parfois la portée de ses gestes. Un bébé qui est exposé à la violence conjugale, sans être directement frappé, en étant par exemple calfeutré dans les bras de sa mère, ne peut qu'intérioriser la violence parentale.

Keren appuie l'importance des troubles de stress post-traumatique chez l'enfant entre la naissance et l'âge de 3 ans, en

montrant par exemple que le fait d'assister à une scène de violence familiale, en particulier si la figure d'attachement principale est frappée (la mère le plus souvent), représente l'événement le plus stressant qui soit (25). Par extension, un climat menaçant autour de la figure d'attachement, tant au niveau physique que psychique, constitue un facteur de stress majeur pour un jeune enfant. Quelques symptômes non spécifiques traduisent un trauma du nourrisson, et l'on observe généralement une perturbation du fonctionnement global se traduisant par une hyperactivité ou un retrait, des cris ou des pleurs excessifs, un faible appétit, un petit poids, des problèmes digestifs, des troubles du sommeil,...



On peut également constater une détresse à la séparation, une vigilance figée, avec un enfant qui présente un aspect engourdi, voire choqué ou en retrait de l'environnement. On note également une perte de comportement ludique et engageant, une diminution des sourires et babillages. Le contact visuel est plus instable, le nourrisson est difficile à apaiser et il peut également manifester une régression dans les habiletés physiques (ramper, marcher, s'asseoir, manipuler les objets,...).

Pour les jeunes enfants, Carel parle d'empreinte pré-identificatoire de la charge excessive en stimuli, le bébé

n'ayant pas d'autre choix que d'être débordé (26). Berger, citant Roussillon, estime que le jeune enfant est alors «tout impuissant face au surgissement de l'image de son père (ou de sa mère, ou d'un frère aîné) violent en lui» (Berger, p.29, 2008) (27-29). Par «nécessité vitale», l'enfant n'a d'autre choix que de continuer à tenter de préserver le lien au(x) parent(s), paniqué, terrorisé par la peur de la violence, de l'abandon et du contact. On comprendra aisément que dans un tel contexte, le Moi ne se construira qu'au prix de la confusion et de la perturbation des différentes enveloppes constitutives (extérieur/intérieur; passé/présent; plaisir/souffrance; bon/mauvais;...).

À côté du trouble de stress post-traumatique, bien des cas de figure existent lorsque l'on se penche sur les diverses réorganisations de la personnalité ayant subi la maltraitance physique durant l'enfance. Divers paramètres de gravité interviennent, qu'ils soient liés intrinsèquement au sujet, qu'ils appartiennent au contexte socio-familial ou qu'ils touchent la nature des faits eux-mêmes. C'est ainsi, par exemple, que le patrimoine génétique participe à la création de la vulnérabilité psychique, générant de graves blessures morales au moment même de la maltraitance et ultérieurement. Inversement, il peut induire une prédisposition à la résilience. Plus que

tout, c'est la notion de plasticité cérébrale qui rend compte de ce paradigme, par l'influence des facteurs environnementaux sur le fonctionnement de l'encéphale. Ainsi, le cerveau apparaît comme une structure malléable dont le développement post-natal se réalise principalement sous l'effet de stimuli extérieurs. Rappelons aussi que les travaux sur l'épigénétique ont montré que les connexions synaptiques et l'expression de certains gènes se modifient en fonction des expériences vécues et des apprentissages réalisés. Dès lors, les arguments cliniques et biologiques concourent à une conception développementale des conséquences des traumatismes précoces et prolongés.

Pour conclure

Progressivement, à travers l'évolution des sociétés, le statut de l'enfant se voit davantage pris en compte. À la lumière des avancées dans les champs psychologiques et médicaux ainsi que dans

leurs intrications représentées par les neurosciences, la société est attentive aux plus jeunes et plus fragiles de la communauté humaine. C'est ainsi que se sont développées des initiatives dans l'aide et les soins spécifiques aux enfants et aux familles rencontrant des difficultés relationnelles au point de menacer leurs développement et épanouissement. Par les avancées, entre autres en neuro-imagerie, on sait que le cerveau se déploie au cours des premières années d'existence en fonction des interactions entre patrimoine génétique et expériences vécues. On ne peut ignorer la mémorisation et l'intégration des traumatismes précoces qui ont un impact décisif sur l'architecture des structures cérébrales. L'ensemble des interactions de la petite enfance ont une influence directe sur la manière dont s'établissent les liens entre les neurones et, en conséquence, sur les potentialités cognitives, affectives et relationnelles du futur adulte.

Certes demeurera toujours une marge d'arbitraire liée à la subjectivité et à l'alaïtoire de définitions impossibles à cerner. La distinction entre «mal» et «bien» traiter, que ce soit dans un moment de crise ou dans la chronicité, au-delà de certains relatifs culturels, ne peut reposer que sur une analyse «au cas par cas». Afin d'augmenter la validité, cette analyse devrait s'effectuer lors d'une évaluation fine et rigoureuse menée idéalement par des équipes pluridisciplinaires permettant le croisement de divers champs cliniques (30). Évaluer les dommages, soutenir l'élaboration de sens ainsi qu'accompagner la reconstruction narcissique représentent des visées diagnostiques et thérapeutiques pertinentes pour permettre une assimilation positive d'événements traumatiques au plus grand nombre de jeunes victimes.

Références

1. Orlinsky DE, Rønnestad MH. How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth. Washington, DC: American Psychological Association, 2005.
2. Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U. Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. Lambert, Ed., *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed. New York: Wiley, 2004.
3. Silberschatz G, Curtis JT. Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic progress. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:403-11.
4. Haesevoets Y-H. Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence De Boeck, Bruxelles, 2008.
5. de Becker E, Maertens M-A. Le devenir de l'enfant victime de maltraitance sexuelle. *Annales Médico-Psychologiques* 2015;173(9):805-14.
6. Child Maltreatment refers to substantiated victims. Source: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth, and Families, Children's Bureau, (2019). *Child Maltreatment*, 2017. Retrieved from <https://www.acf.hhs.gov/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>.
7. Cicchetti D, Valentino K. *Developmental Psychopathology*, Vol. 3: Risk, disorder, and adaptation, 2006, (2e éd.), Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
8. Margoni F, Surian L. Infants' evaluation of prosocial and antisocial agents: A meta-analysis. *Dev Psychol* 2018;54(8):1445-55.
9. Golse B., *Les destins du développement chez l'enfant*, Toulouse, ÉRÈS, coll. La vie de l'enfant, 2010.
10. Ogloff JRP, Cutajar MC, Mann E, Mullen P. Child sexual abuse and subsequent offending and victimisation: A 45 year follow-up study. *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice*. Canberra: Australian Institute of Criminology 2012; N° 440.
11. Cohen LR, Hien DA, Batchelder S. The impact of cumulative maternal trauma and diagnosis on parenting behavior. *Child Maltreatment* 2008;13(1):27-38.
12. Solomon E-P, Heide K-M Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma <https://doi.org/10.1177/0306624X99432007>.
13. Solomon E-P, Heide K-M The Biology of Trauma: Implications for Treatment <https://doi.org/10.1177/0886260504268119>.
14. Josse E Chapitre 21. Le traumatisme complexe, Pratique de la psychothérapie EMDR. sous la direction de Tarquinio Cyril, et al. Dunod, 2017, pp. 235-44.
15. De Bellis MD. Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Dev Psychopathol* 2001;13:539-64.
16. Courtois CA, Ford JD. Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. Dans Courtois C. A., Ford J. D. (Éds), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidenced-based guide*, 2009, (pp. 1-9). New York, NY: Guilford Press.
17. de Becker E, Hayez J-Y. La pédophilie. Collection Que penser de? Paris et Namur, éditions Jésuites, 2018.
18. Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Dev Psychopathol* 2011;23(2):453-76.
19. Mercier G. Rôle du traumatisme psychologique complexe dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et dans la qualité de la relation mère-enfant – Université du Québec (Trois-Rivières), doctorat en psychologie (D. PS.) juin 2012.
20. Dayan J. L'effet des traumatismes directs et indirects sur le nourrisson, conférence à l'Hudorf, Bruxelles 30/01/2020.
21. Cook A, Spinazzola J, Ford J, et al. Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals* 2005;35:390-8.
22. Dozio E, Feldmana M, Moro M-R. Transmission du traumatisme mère-bébé dans les interactions précoces, *Pratiques psychologiques* 2016; 22: 87-103.
23. Schmid M, Petermann F, Fegert JM. Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry* 2013;13:3.
24. Yehuda R, Lehrner A. Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry* 2018;17:243-57.
25. Keren M. Traumatisme précoce et jeune enfant: aspects cliniques et psychopathologiques, Sainte Justine, Montréal, 2005.
26. Carel A. Le jeune enfant violent: sources et devenir. Fondation de l'enfance, 2006.
27. Berger M. Les troubles du comportement cognitive. Approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent, Dunod, Paris, 2006.
28. Berger M. *Voulons-nous des enfants barbares?* Dunod, Paris, 2008.
29. Roussillon R. Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. in Furtos J., Laval C., La santé mentale en actes. De la clinique au politique, Paris, Érès, 2005, pp. 221-223.
30. Robin P. L'évaluation de la maltraitance: comment prendre en compte la perspective de l'enfant? Rennes: Editions PUR; 2013.