

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ À LA COMMISSION SPÉCIALE SUR LES DROITS DES ENFANTS ET LA
PROTECTION DE LA JEUNESSE**

**SOUTENIR LES PARENTS AYANT VÉCU DE MAUVAIS TRAITEMENTS OU DES TRAUMATISMES
DÉVELOPPEMENTAUX AFIN D'INTERROMPRE LES TRAJECTOIRES DE RISQUE
INTERGÉNÉRATIONNELLES**

PAR

NICOLAS BERTHELOT, PH.D.

12 DÉCEMBRE 2019

1. Présentation des auteurs

Nicolas Berthelot est psychologue clinicien et professeur titulaire à l'Université du Québec à Trois-Rivières depuis 2012. Il est détenteur d'un doctorat en psychologie (Ph.D) de l'Université Laval et a complété des postdoctorats à l'Université du Québec à Montréal et au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec sur le thème de la maltraitance envers les enfants. Ses recherches portent sur les trajectoires de risque et d'adaptation à la suite de traumatismes développementaux tels que l'abus et la négligence. Avec son équipe, il a développé le programme STEP, un programme d'accompagnement prénatal destiné aux adultes en attente d'un enfant et ayant vécu de mauvais traitements au cours de leur propre enfance. Dr Berthelot est l'auteur de plusieurs publications scientifiques dans le domaine de la maltraitance envers les enfants. Il est également membre de l'Ordre des Psychologues du Québec et possède une expérience clinique auprès des enfants, des adolescents et des adultes ayant vécu des traumatismes développementaux. Le professeur Berthelot est chercheur régulier au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDF), au Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS), au Centre de recherche CERVO et au Groupe de recherche et d'intervention auprès des enfants vulnérables et négligés (GRIN).

Julia Garon-Bissonnette, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, a également contribué à la préparation du mémoire par la recherche bibliographique et la vérification des sources. Les travaux de Mme Garon-Bissonnette portent sur l'exercice de la parentalité chez les adultes ayant vécu de mauvais traitements au cours de leur enfance et sur le développement de leurs enfants. Elle s'intéresse plus particulièrement aux facteurs de protection psychologiques susceptibles de contribuer à limiter les répercussions intergénérationnelles de la maltraitance.

2. Exposé général

2.1 Contexte général

La prévention de la maltraitance est reconnue comme une priorité par l'Organisation mondiale de la santé.¹ Or, les recherches récentes soulignent que les programmes existants auraient des retombées limitées en ce qui concerne le développement de l'enfant² et l'incidence de mauvais traitements.²⁻⁴ Ces constats nous obligent à reconsidérer nos pratiques en matière de prévention de la maltraitance et de soutien aux parents et aux familles en contexte de vulnérabilité.

Nous sommes d'avis que les innovations requises en matière de prévention de la maltraitance doivent **1-** s'édifier sur nos connaissances des facteurs qui placent l'enfant à risque d'être exposé à des traumatismes au cours de son développement, et **2-** aborder de manière personnalisée les défis rencontrés par les clientèles qui présentent ou subissent ces facteurs de risque. La recherche scientifique des 30 dernières années suggère que les parents ayant vécu de mauvais traitements ou d'autres formes de traumatismes développementaux (ex. vivre auprès d'un parent ayant un problème de santé mentale important) au cours de leur propre enfance représentent une clientèle qui est à la fois particulièrement vulnérable et particulièrement négligée par les services cliniques et psychosociaux au Québec et ailleurs dans le monde.

Ce mémoire met en valeur l'importance d'intervenir dès la grossesse auprès des futur(e)s pères et mères pour prévenir et diminuer la maltraitance envers les enfants. L'argumentaire repose notamment sur le constat scientifique que les parents ayant vécu de la maltraitance durant leur enfance, ou d'autres formes de traumatismes développementaux, ont un risque beaucoup plus élevé de maltraiter à leur tour leurs enfants et que ces derniers sont également à risque de présenter des difficultés particulières au cours de leur développement (point 2.2). Nous démontrerons que, si nous voulons collectivement diminuer les gestes de maltraitance envers les enfants et soutenir le développement des enfants, il est critique d'intervenir tôt auprès des futurs parents maltraités durant leur enfance. Nous présenterons ensuite quelques obstacles qui nous semblent avoir limité les innovations pratiques auprès de cette clientèle jusqu'à maintenant (point 2.3) Le rapport se termine par quatre recommandations concrètes (point 2.4) et par la présentation succincte d'un programme développé au Québec visant à interrompre les cycles intergénérationnels de maltraitance en intervenant pendant la grossesse auprès des futur(e)s pères et mères ayant vécu de mauvais traitements (point 2.5).

2.2 Cinq constats sur les traumatismes développementaux et la parentalité

Constat 1 : Les traumatismes développementaux ont des répercussions qui s'étendent à l'âge adulte.

L'expérience de mauvais traitements au cours de l'enfance ou de l'adolescence interfère avec la santé et le fonctionnement tout au long de la vie.⁵ En effet, il est largement documenté que les diverses formes de mauvais traitements affectent le développement du cerveau,^{6,7} le développement cognitif,⁸ et la façon qu'a la personne de se percevoir et de percevoir les autres.⁹ Ceci engendrerait en retour de nombreuses répercussions à l'âge adulte, dont des troubles mentaux plus prévalents,¹⁰ persistants,¹¹ et réfractaires aux traitements,¹² de nombreux problèmes de santé physique,¹³ une consommation accrue de substances,¹⁴ des difficultés à gérer le stress,¹⁵ des difficultés conjugales,^{16,17} des problèmes relationnels,¹⁸ et des ennuis sur la sphère professionnelle.⁵ Ces répercussions au long cours ne se limitent pas aux formes de maltraitance souvent perçues comme étant les plus sévères (ex. abus physique ou sexuel) mais concernent également les mauvais traitements psychologiques et les diverses formes de négligence.⁵ Il n'est donc pas surprenant de constater que la maltraitance envers les enfants occasionne un fardeau de plus de 15 milliards\$ annuellement au Canada.¹⁹ En résumé, 1- la maltraitance envers les enfants doit être considérée comme l'un des facteurs de risque modifiables les plus importants en ce qui concerne la santé et le fonctionnement à l'âge adulte⁶ et 2- les adultes ayant vécu de mauvais traitements représentent une population particulièrement vulnérable qui requiert des soins et services adaptés.

Constat 2 : Plusieurs jeunes ayant vécu des traumatismes développementaux au sein de leur famille deviennent à leur tour parents.

La maltraitance et les autres formes de traumatismes développementaux ont une prévalence alarmante. Les résultats d'enquêtes populationnelles démontrent qu'environ le tiers des adultes québécois et canadiens auraient vécu au moins une forme de maltraitance au cours de leur enfance ou de leur adolescence.^{14,20} Des taux de maltraitance similaires sont retrouvés chez les adultes qui s'engagent dans la parentalité. En effet, les données que nous avons obtenues auprès d'un vaste échantillon de 1698 Québécois participant aux rencontres prénatales dans la grande

région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec indiquent que 34% des femmes enceintes et 26% des hommes en attente d'un enfant rapportent avoir vécu au moins une forme de maltraitance au cours de leur enfance.²¹ Des taux de prévalence deux fois plus importants étaient observés chez les femmes enceintes en contexte de vulnérabilité socioéconomique participant au programme SIPPE (Programme Services Intégrés en Périnatalité et Petite Enfance). Si nous considérons également d'autres formes d'adversité, telles que vivre auprès d'un parent ayant un trouble de santé mentale, vivre de l'intimidation prolongée à l'école ou vivre auprès d'un parent particulièrement froid et distant, près de la moitié des parents rapportent avoir fait face à de l'adversité sévère au cours de leur enfance.²² Ces taux sont alarmants, d'autant plus que les antécédents de maltraitance tendraient à être sous-rapportés en cours de grossesse.²³ Considérant qu'on dénombre annuellement 83 800 naissances au Québec,²⁴ ces données suggèrent que plus de 28 000 enfants chaque année à l'échelle du Québec naissent d'une mère ayant vécu des abus ou de la négligence comme enfant. Cela représente annuellement plus de 3,35 millions d'enfants au sein des nations du G7. En conclusion, environ le tiers des parents au Québec, et ailleurs au pays, ont vécu une forme de maltraitance au cours de leur enfance.

Constat 3 : L'attente et l'arrivée d'un enfant représentent une fenêtre de vulnérabilité accrue pour les personnes ayant vécu des traumatismes développementaux.

La grossesse et l'année entourant la naissance d'un enfant représenteraient l'une des périodes de vie les plus critiques en ce qui concerne la santé mentale,²⁵ et ce, particulièrement chez les femmes ayant été exposées à des traumatismes développementaux.²⁶ En effet, les bouleversements associés à la grossesse et à la parentalité risquent de faire ressurgir leurs expériences traumatiques, de déclencher ou d'aggraver des difficultés psychologiques et d'interférer avec les stratégies d'adaptation qu'elles ont développées pour composer avec leur vécu traumatique.²⁷ Nous avons d'ailleurs démontré que l'exposition à de mauvais traitements au cours de l'enfance est associée à un risque accru de présenter des symptômes dépressifs, des symptômes post-traumatiques, des symptômes dissociatifs et des traits pathologiques sur le plan de la personnalité en cours de grossesse, autant chez les femmes que chez les hommes.²⁸ Des symptômes cliniques en cours de grossesse et à la suite de l'arrivée de l'enfant pourraient avoir d'importantes répercussions sur le développement du fœtus et de l'enfant.²⁹ En conclusion, les femmes et les hommes ayant vécu des traumatismes sont à haut risque de présenter un certain nombre de vulnérabilités au moment de devenir parents, ce qui compromet leur expérience de la parentalité et le développement de leur enfant.

Constat 4 : Les traumatismes développementaux se transmettent de façon intergénérationnelle.

La maltraitance et les autres types de traumatismes développementaux auraient des répercussions intergénérationnelles. Cela s'observe de trois façons. **1-** D'abord, les enfants nés d'un parent ayant vécu de mauvais traitements sont 3 fois plus à risque que ceux dont les parents n'ont pas subi de mauvais traitements au cours de leur enfance d'être exposés à une forme de maltraitance.³⁰ Bien qu'environ les deux tiers des parents ayant vécu des abus ou de la négligence ne reconduiraient pas ces mauvais traitements auprès de leurs enfants, le phénomène de « cycles intergénérationnels de maltraitance » est largement documenté et tient pour toutes les formes d'abus et de négligence.³¹ **2-** Deuxièmement, les parents ayant vécu de mauvais traitements rencontrent généralement plus de difficultés que les parents sans histoire traumatique dans l'exercice de leur rôle parental et sont plus susceptibles de présenter des comportements

parentaux intrusifs, peu sensibles ou peu en accordage avec les besoins de leurs enfants.³² **3-** Enfin, même en l'absence d'exposition à des comportements maltraitants, les enfants de parents ayant une histoire de maltraitance sont plus à risque que les enfants de parents sans histoire traumatique de présenter, tôt dans leur développement, divers problèmes tels qu'un tempérament difficile,^{33,34} des anomalies biologiques interférant avec la régulation du stress,³⁵ des troubles développementaux sévères,³⁶ des symptômes anxieux ou dépressifs,³⁷ des problèmes de comportement,³⁷ des retards du développement,³⁸ des problèmes de santé physique³⁹ ainsi que des patrons d'attachement insécurisés/désorganisés.⁴⁰ Les recherches récentes montrent que les enfants de mères ayant une histoire de maltraitance portent, dès leur naissance, la marque neurobiologique des traumatismes de leur mère,⁴¹ ce qui suggère qu'une partie de la transmission du risque se produirait au cours de la période prénatale et ne serait pas uniquement le reflet de facteurs de risque interpersonnels et psychosociaux au cours du développement.

Constat 5 : Il existe actuellement peu d'interventions qui permettent d'intercepter les trajectoires de risque intergénérationnelles.

Les données de recherche sur les traumatismes, la parentalité et les trajectoires intergénérationnelles de la maltraitance suggèrent que les parents ayant vécu des expériences difficiles au cours de leur enfance représentent un sous-groupe particulièrement vulnérable de la population. Les approches de prévention de la maltraitance ou visant à soutenir les familles vulnérables devraient ainsi cibler en priorité cette population. Or, à notre connaissance, aucune intervention spécifiquement développée pour répondre aux besoins et défis des parents ayant vécu de mauvais traitements au cours de leur enfance n'est actuellement implantée au Québec. De telles interventions existent ailleurs dans le monde.⁴²⁻⁴⁴ De plus, jusqu'à tout récemment (voir « programme STEP » au point 2.5), il n'existait aucune intervention prénatale spécifiquement destinée aux parents ayant vécu des traumatismes au cours de leur enfance,^{41,45,46} et ce, malgré 1- l'ampleur du phénomène, **2-** que la grossesse est une période critique pour la santé mentale des victimes de maltraitance, **3-** les répercussions intergénérationnelles largement documentées de la maltraitance, et **4-** qu'une partie de la transmission du risque se produit au cours de la période prénatale. Il s'agit clairement d'une situation pour laquelle les connaissances scientifiques ne trouvent pas écho dans les soins de santé et les services sociaux, ici au Québec comme ailleurs dans le monde.

2.3 Obstacles limitant l'innovation

Les connaissances scientifiques confirment depuis plus de 30 ans que les traumatismes développementaux ont des répercussions majeures sur l'adaptation et le fonctionnement à l'âge adulte et que les parents ayant vécu de mauvais traitements au cours de leur enfance représentent une population particulièrement vulnérable.⁴⁷ Or, ces connaissances scientifiques ne se reflètent pas dans les pratiques actuelles au Québec et ailleurs dans le monde. Nous sommes d'avis que trois obstacles limitent l'innovation en ce qui concerne la prévention de la maltraitance et le développement de pratiques auprès des parents maltraités durant leur enfance.

Obstacle 1 : Le modèle conceptuel des difficultés parentales qui prévaut en Amérique du Nord est fondé sur l'idée que les parents en difficulté manquent de connaissances.

Au Québec comme ailleurs dans le monde, la majorité des programmes offerts aux parents de la population générale au cours de la grossesse ont pour but principal de fournir de l'information sur la grossesse, le développement de l'enfant, l'attachement et les comportements parentaux positifs. Ces programmes reposent principalement sur diverses théories de l'apprentissage social et visent à accroître les connaissances, les compétences et la confiance des parents face à leur rôle par des interventions basées sur le modelage du rôle parental, le partage d'information, des exercices pratiques et de la rétroaction.^{48,49} Plusieurs programmes prénataux ont également été conçus pour les parents à risque et bon nombre d'entre eux ont permis d'améliorer considérablement le fonctionnement parental et d'obtenir des résultats positifs chez les enfants.^{42,48,50,51} Toutefois, à notre connaissance, rares sont les interventions qui ciblent les besoins particuliers des parents ayant subi des traumatismes, ou qui ont pour cadre conceptuel une théorie du traumatisme. Même les interventions parentales dont l'objectif est de prévenir la maltraitance envers les enfants reposent rarement sur des théories des traumatismes.^{49,52} Autrement dit, ces programmes ne prennent pas en considération les difficultés particulières qu'éprouvent les personnes ayant vécu de mauvais traitements lorsqu'ils deviennent parents et lorsqu'ils prennent part à des interventions psychosociales. Pourtant, les parents ayant vécu de mauvais traitements perçoivent généralement avoir les qualités nécessaires pour prendre soin de leurs enfants.²⁸ Ces parents se sentent ainsi peu concernés par le modèle d'accompagnement prévalant en Amérique du Nord à l'effet que les difficultés dans l'exercice du rôle de parents reposent principalement sur un manque de connaissances par rapport aux pratiques parentales positives ou d'autres domaines de l'exercice du rôle parental. Afin de mieux soutenir les parents ayant vécu de mauvais traitements ou d'autres formes de traumatismes, nous sommes d'avis qu'il faut écarter l'idée que ces parents présentent des déficits ou un manque de connaissances et reconceptualiser plutôt les difficultés rencontrées par ces personnes comme s'inscrivant avant tout dans des efforts d'adaptation face à des événements hors du commun.

Obstacle 2 : La recherche dans le domaine des traumatismes informe peu la pratique.

Une revue de la littérature scientifique réalisée par notre équipe^{47,53} démontre que, bien que les chercheurs dans le domaine des traumatismes publient plus de 3500 articles chaque année dans les grandes revues scientifiques, la moitié des publications récentes documente le fait déjà bien établi que l'abus et la négligence ont de multiples conséquences. En contrepartie, un maigre 6% des études évaluent des interventions auprès des victimes d'abus ou de négligence et 2% des études évaluent des approches de prévention. Ainsi, 92% des recherches sur ce qui est considéré comme la « principale cause de difficultés psychologiques sur laquelle nous pourrions exercer un pouvoir préventif »⁶ évitent le sujet de la prévention et de l'intervention. La recherche scientifique dans le domaine n'a donc pas suffisamment de retombées pratiques pour les victimes de traumatismes^{47,53} et devrait cibler de façon prioritaire l'évaluation d'interventions préventives ou soutenant la résilience.⁵⁴

Obstacle 3 : Les parents ayant vécu des traumatismes ne sont pas priorisés, ici comme ailleurs dans le monde.

L'Académie Américaine de Pédiatrie soutient que la majorité des troubles de santé physique et psychologique chez les adultes ont une origine développementale et que plusieurs de ces troubles pourraient être évités par des interventions visant à prévenir ou limiter le « stress

toxique » chez les enfants (c.-à-d.. un haut niveau de stress qui n'est pas contrebalancé par des pratiques parentales sensibles).⁵⁵ Or, le cerveau se développe rapidement au cours des premières années de vie et est particulièrement sensible à la qualité de l'environnement dans lequel l'enfant évolue. Ainsi, intervenir tôt auprès des enfants en contexte de vulnérabilité (par exemple à l'âge préscolaire) est déjà tard.^{54,56} L'implantation et l'évaluation d'interventions au cours de la période prénatale et des trois premières années de vie de l'enfant auprès des familles les plus vulnérables, dont les familles pour lesquelles au moins un des parents a vécu une forme de traumatismes au cours de son enfance, est considérée comme l'une des priorités actuelles en matière de pratique et de politiques publiques dans le domaine de la maltraitance.⁵⁴ Or, les parents ayant vécu de mauvais traitements ne sont pas priorisés, au Québec comme ailleurs dans le monde, et n'ont pas accès à des services adaptés à leurs besoins et à leurs défis particuliers. Il s'agit clairement d'une situation pour laquelle les connaissances scientifiques ne trouvent pas écho dans la réponse des organisations offrant des soins de santé et des services sociaux.

2.4 Recommandations

A la lumière des différents constats énoncés précédemment et dans le meilleur intérêt des enfants québécois, nous formulons les recommandations suivantes :

1. Intervenir de façon ciblée et personnalisée dès la grossesse auprès des femmes et des hommes qui présentent des facteurs de risque reconnus pour exercer un impact négatif sur la parentalité et pour avoir des répercussions intergénérationnelles, tels que des antécédents de maltraitance.
2. Implanter dans l'offre de services psychosociaux au Québec des programmes spécifiquement développés pour répondre aux besoins et aux défis particuliers des parents ayant vécu des traumatismes, afin d'interrompre les trajectoires intergénérationnelles de risque.
3. Soutenir l'innovation par un soutien accru à la recherche clinique susceptible de mener à des applications concrètes pour les gens ayant vécu de mauvais traitements ou d'autres formes de traumatismes.
4. Intégrer le paradigme de « pratiques sensibles aux traumatismes »^{57,58} dans les soins de santé et de services sociaux au Québec. Ce paradigme implique de **1-** sensibiliser les organisations du réseau de la santé et des services sociaux à l'ampleur du phénomène de la maltraitance, **2-** former les professionnels à reconnaître les répercussions de la maltraitance sur le bien-être et le fonctionnement des familles et **3-** répondre à ces besoins par des pratiques adéquates.

2.5 Le programme STEP – un exemple de programme prénatal destiné aux parents ayant vécu des expériences difficiles au cours de leur enfance

Face à l'absence de programmes d'intervention visant à soutenir les adultes en attente d'un enfant et ayant vécu de mauvais traitements au cours de leur enfance, notre équipe de chercheurs et psychologues cliniciens du *Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille* de l'Université du Québec à Trois-Rivières a développé une intervention préventive novatrice : le programme STEP (Soutenir la Transition et

l'Engagement dans la Parentalité; www.projetstep.ca). Le développement de ce programme a été soutenu financièrement par l'Agence de la santé publique du Canada. STEP est un programme d'accompagnement de groupe s'offrant pendant la grossesse aux femmes ayant vécu de mauvais traitements au cours de leur enfance. Une version destinée aux hommes est actuellement en développement. Le programme STEP vise ultimement à 1- favoriser l'adaptation, au moment de devenir parent, des adultes ayant vécu des traumatismes développementaux, 2- soutenir le développement de leurs enfants, et 3- interrompre les cycles intergénérationnels de maltraitance. Le programme STEP est manualisé et est conçu pour être offert par des professionnels de diverses professions. STEP a été élaboré en concertation avec la clientèle cible ainsi qu'avec des intervenants de première ligne œuvrant auprès des parents ou des familles en contexte de vulnérabilité, de manière à ce que le programme soit distinct et complémentaire aux services déjà offerts dans les milieux de pratique.⁴⁵ Le programme STEP est la première intervention de ce type à travers le monde. Il répond à des enjeux sociaux critiques au Québec et s'inscrit dans les grandes orientations du *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, du *Plan d'action ministériel en santé et bien-être des hommes 2017-2022* et du *Programme national de santé publique 2015-2025*.

Références citées dans le mémoire

1. Organisation Mondiale de la Santé. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données. 2006. https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/fr/
2. Viswanathan M, Fraser JG, Pan H, et al. Primary Care Interventions to Prevent Child Maltreatment: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2018;320(20):2129-2140.
3. MacMillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet*. 2009;373(9659):250-266.
4. Euser S, Alink LR, Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. *BMC public health*. 2015;15(1):1068.
5. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
6. Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(3):241-266.
7. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci*. 2016;17(10):652-666.
8. Su Y, D'Arcy C, Yuan S, Meng X. How does childhood maltreatment influence ensuing cognitive functioning among people with the exposure of childhood maltreatment? A systematic review of prospective cohort studies. *Journal of Affective Disorders*. 2019;252:278-293.
9. Luke N, Banerjee R. Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: A meta-analysis and systematic review. *Developmental Review*. 2013;33(1):1-28.
10. Taillieu TL, Brownridge DA, Sareen J, Afifi TO. Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*. 2016;59:1-12.

11. McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication II: associations with persistence of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(2):124-132.
12. De Bellis MD, Zisk A. The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2014;23(2):185-222.
13. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*. 2012;9(11):e1001349.
14. Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, et al. Child abuse and physical health in adulthood. *Health Rep*. 2016;27(3):10-18.
15. Nguyen-Feng VN, Baker MR, Merians AN, Frazier PA. Sexual victimization, childhood emotional abuse, and distress: Daily coping and perceived control as mediators. *Journal of Counseling Psychology*. 2017;64(6):672-683.
16. Li S, Zhao F, Yu G. Childhood maltreatment and intimate partner violence victimization: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*. 2019;88:212-224.
17. Maneta EK, Cohen S, Schulz MS, Waldinger RJ. Linkages between childhood emotional abuse and marital satisfaction: The mediating role of empathic accuracy for hostile emotions. *Child abuse & neglect*. 2015;44:8-17.
18. Riggs SA. Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2010;19(1):5-51.
19. Bowlus A, McKenna K, Day T, Wright D. *Coûts et conséquences économiques des sévices infligés aux enfants au Canada*. Rapport à la Commission du droit du Canada 2003.
20. Tourigny M, Gagne MH, Joly J, Chartrand ME. Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Canadian Journal of Public Health*. 2006;97(2):109-113.
21. Garon-Bissonnette J, Lemieux R, Bergeron V, Godbout N, Berthelot N. High prevalence of childhood trauma in expecting parents participating to psychosocial services: dose-effect association with the complexity of psychological symptoms. En préparation.
22. Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Savard C. Preliminary validation of the childhood interpersonal traumas checklist. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2019;58(10S):S280-281.
23. Racine N, Plamondon A, McDonald S, Tough S, Madigan S. The Consistency of Maternal Childhood Abuse Reporting in Pregnancy and the Postpartum Period. *J Womens Health*. 2019.
24. Institut de la Statistique du Québec. Naissances, décès et mariages au Québec en 2018 – Données provisoires. Vol 232019:1-22.
25. Guedeney A, Tereno S. Transition to parenthood. In: Tyano S, Keren M, Herramn H, Cox J, eds. *Parenthood and Mental Health: A bridge between infant and adult psychiatry*. Oxford, UK: Willey-Blackwell Publications; 2010.
26. Seng JS, Rauch SAM, Resnick H, et al. Exploring posttraumatic stress disorder symptom profile among pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2010;31(3):176-187.
27. Berthelot N, Ensink K, Drouin-Maziade C. Les défis de la parentalité pour les victimes de mauvais traitements au cours de leur enfance. In: Giraudeau C, ed. *Éléments pour une psychologie de la maltraitances*. Paris: Editions Publibook Université; 2016:53-76.

28. Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Muzik M. Prenatal Attachment, Parental Confidence, and Mental Health in Expecting Parents: The Role of Childhood Trauma. *J Midwifery Womens Health*. 2019.
29. Meaney MJ. Perinatal Maternal Depressive Symptoms as an Issue for Population Health. *Am J Psychiatry*. 2018;appiajp201817091031.
30. Assink M, Spruit A, Schuts M, Lindauer R, van der Put CE, Stams GJM. The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis. *Child Abuse Negl*. 2018;84:131-145.
31. Madigan S, Cyr C, Eirich R, et al. Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Dev Psychopathol*. 2019;31(1):23-51.
32. Savage LE, Tarabulsky GM, Pearson J, Collin-Vezina D, Gagne LM. Maternal history of childhood maltreatment and later parenting behavior: A meta-analysis. *Dev Psychopathol*. 2019;31(1):9-21.
33. Lang AJ, Gartstein MA, Rodgers CS, Lebeck MM. The impact of maternal childhood abuse on parenting and infant temperament. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2010;23(2):100-110.
34. Bouvette-Turcot AA, Fleming AS, Unternaehrer E, et al. Maternal symptoms of depression and sensitivity mediate the relation between maternal history of early adversity and her child temperament: The inheritance of circumstance. *Dev Psychopathol*. 2019:1-9.
35. Danielson CK, Hankin BL, Badanes LS. Youth offspring of mothers with posttraumatic stress disorder have altered stress reactivity in response to a laboratory stressor. *Psychoneuroendocrinology*. 2015;53:170-178.
36. Roberts AL, Lyall K, Rich-Edwards JW, Ascherio A, Weisskopf MG. Association of maternal exposure to childhood abuse with elevated risk for autism in offspring. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(5):508-515.
37. Min MO, Singer LT, Minnes S, Kim H, Short E. Mediating links between maternal childhood trauma and preadolescent behavioral adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*. 2013;28(4):831-851.
38. Racine N, Plamondon A, Madigan S, McDonald S, Tough S. Maternal Adverse Childhood Experiences and Infant Development. *Pediatrics*. 2018;141(4).
39. Lê-Scherban F, Wang X, Boyle-Steed KH, Pachter LM. Intergenerational associations of parent adverse childhood experiences and child health outcomes. *Pediatrics*. 2018;141(6):e20174274.
40. Berthelot N, Ensink E, Bernazzani O, Normandin L, Luyten P, Fonagy P. Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant mental health journal*. 2015;36(2):200-212.
41. Heim CM, Entringer S, Buss C. Translating basic research knowledge on the biological embedding of early-life stress into novel approaches for the developmental programming of lifelong health. *Psychoneuroendocrinology*. 2018.
42. Stephenson LA, Beck K, Busuulwa P, et al. Perinatal interventions for mothers and fathers who are survivors of childhood sexual abuse. *Child abuse & neglect*. 2018;80:9-31.
43. Rosenblum K, Muzik M, Morelen DM, et al. A community-based randomized controlled trial of Mom Power parenting intervention for mothers with interpersonal trauma histories and their young children. *Archives of women's mental health*. 2017;20(5):673-686.
44. Rosenblum K, Lawler J, Alfafara E, Miller N, Schuster M, Muzik M. Improving Maternal Representations in High-Risk Mothers: A Randomized, Controlled Trial of the Mom Power Parenting Intervention. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2017.

45. Berthelot N, Lemieux R, Lacharité C. Development of a prenatal program for adults with personal histories of childhood abuse or neglect: a Delphi consensus consultation study. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada : research, policy and practice*. 2018;38(11):393-403.
46. Chamberlain C, Gee G, Harfield S, et al. Parenting after a history of childhood maltreatment: A scoping review and map of evidence in the perinatal period. *PLoS One*. 2019;14(3):e0213460.
47. Berthelot N, Lemieux R, Maziade M. Shortfall of intervention research over correlational research in childhood maltreatment: an impasse to be overcome. *JAMA Pediatrics*. 2019(Published online September 16 2019).
48. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child abuse & neglect*. 2000;24(9):1127-1149.
49. Gagné MH, Richard MC, Dubé C. Prévenir la maltraitance des enfants par le soutien au rôle parental. Différenciation du système Triple P par rapport aux autres programmes en usage au Québec. In: maltraitance Cdpepdl, ed. Québec: Université Laval; 2015.
50. Kitzman HJ, Olds DL, Cole RE, et al. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(5):412-418.
51. Olds DL, Kitzman HJ, Cole RE, et al. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(5):419-424.
52. Barth RP. Preventing child abuse and neglect with parent training: evidence and opportunities. *The Future of Children*. 2009;19(2):95-118.
53. Berthelot N, Garon-Bissonnette J, Lemieux R, Drouin-Maziade C, Maziade M. the paucity of intervention research in childhood trauma contrasts with the long known relation with psychiatric disorders: Is trauma research translational enough? Soumis.
54. Shonkoff JP. Capitalizing on Advances in Science to Reduce the Health Consequences of Early Childhood Adversity. *JAMA Pediatr*. 2016;170(10):1003-1007.
55. Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):e232-246.
56. Shonkoff JP. Protecting brains, not simply stimulating minds. *Science*. 2011;333(6045):982-983.
57. Racine N, Killam T, Madigan S. Trauma-Informed Care as a Universal Precaution: Beyond the Adverse Childhood Experiences Questionnaire. *JAMA Pediatr*. 2019:1-2.
58. Milot T, Lemieux R, Berthelot N, Collin-Vézina D. Pratiques sensibles aux traumatismes. In: Milot T, Collin-Vézina D, Godbout N, eds. *Le Trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir*. Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec; 2018:269-285.