UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'INVALIDATION PARENTALE ET LA PRÉSENCE D'ÉLÉMENTS D'ANXIÉTÉ ET DE DÉPRESSION CHEZ LES ENFANTS FRANCOPHONES ÂGÉS DE 9 À 12 ANS

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE.

PAR

GENEVIÈVE CHARRON

JUILLET 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

J’aimerais remercier mes deux directeurs de thèse de doctorat, Jacques Forget et Valentin Mbekou. Ces deux individus ont cru en moi et en ce projet dès le début sans hésitation. Par leur appui continuel, leur écoute active et leur amitié m’ont sans cesse donné la motivation de mener à bon port ce projet à des moments où je ne croyais que ce n’était plus possible.

Un remerciement particulier à Jacques Forget. Cet homme fut le pilier de ce projet. Merci de m’avoir donné une place au sein de ta grande famille du groupe de recherche d’avoir accordé de l’intérêt, du temps et de l’énergie à ce projet. Une grande admiration est en résumé ce que je ressens quand je suis en présence de Jacques : un homme généreux, humain et vrai. J’en suis reconnaissante, et ce, pour toujours.

L’envergure et la durée de ce projet ont nécessité l’implication de plusieurs individus. Des directeurs d’écoles dont monsieur Christian St-Pierre, les participants, les assistants de recherches dont Stéphanie Roy Gauthier et des correcteurs de français dont monsieur Marc Deulceux. Ce projet de doctorat n’aurait jamais été possible sans leur aide. Merci à vous tous.

J’aimerais souligner la contribution toute spéciale de Carole Desrochers. Carole, tu as corrigé les doctorats de Claire et de Martin. Maintenant à mon tour, pour compléter ton tour du chapeau de la famille. Merci, de rendre la fin de ce marathon possible.

Je voudrais remercier particulièrement Philippe Valois. Son implication, son dévouement et son aide ont été cruciaux à la réalisation de ce projet. Il a été un acteur principal depuis le tout début. Merci d'avoir été si patient avec moi. Je te dois une fière chandelle!

C'est avec beaucoup d'émotions que je désire remercier ma famille. Mes parents, Louise et André Charron en prenant leur rôle de grands-parents à cœur alors que je rédigeais mes articles.

Je veux remercier ma belle-mère Claire, qui est un pilier dans ma vie, tout autant professionnelle, personnelle que familiale. Merci d'être une grand-mère exceptionnelle et une belle-mère en or. Je suis éternellement reconnaissante. Mon beau-frère Sébastien, ma belle-soeur Sarah et ma nièce Camille pour m'avoir appuyé et cru en moi à travers ce projet de vie.

Mes enfants que j'adore plus que tout au monde. J'ai commencé ce projet en ayant mon premier beau bébé Marie-Danielle dans les bras lors des premières rencontres au Laboratoire des Sciences Appliquées du Comportement à l'Université. Je suis fière de lui démontrer, maintenant à douze ans, que tout est possible dans la vie; faire de ses rêves une réalité. Marie-Danielle, merci d'être aussi unique. Je suis fière de la petite fille que tu étais, de la pré-adolescente que tu es, et de l'adulte exceptionnelle que tu seras. Par la suite, le beau Charles est né. Ce petit bonhomme de huit ans maintenant, me donne le courage de poursuivre et d'accomplir ce que j'entreprends par son amour inconditionnel et vrai. Il me fait sentir que je suis imbattable et toute puissante. Merci de me faire sentir que je suis ta super héroïne. Nous poursuivons avec Anne-Élizabeth. Il y a cinq ans, nous avons eu la chance d'avoir un beau bébé vraiment spécial. Elle a le don de savoir comment me faire vivre le moment présent dans le quotidien. Elle m'inspire tous les jours à devenir la meilleure version de moi-même. Sa délicatesse,

sa passion et son dévouement à accomplir les choses de façon structurée et ordonnée me remettent dans le droit chemin quand je suis distraite et trop dans ma tête. Merci ma belle princesse. En dernier lieu, le beau bébé Isabella-Rose. Déjà quatre ans que j'apprenais à mes superviseurs la venue de la merveilleuse Bella. La joie de vivre et l'esprit espiègle de Bella, me font rappeler tous les jours à quel point que je suis chanceuse et choyée. Je me dis tous les jours que la vie mérite d'être vécue. Merci d'être un vrai rayon de soleil.

J'aimerais en dernier lieu prendre un moment tout spécial afin de remercier mon époux, mon meilleur ami, mon collègue de travail, le père de mes enfants, Martin Jodoin. Notre histoire a commencé il y a maintenant 24 ans. Nous nous sommes suivis tout au long de notre vie avec les mêmes approches, les mêmes intérêts, les mêmes motivations et les mêmes buts. Il est sans doute l'être qui a le plus cru en moi. Ce projet est en réalité notre projet. Il a été présent tout au long pour pousser ce projet à terme. Il a été ma bouée de sauvetage quand je croyais me noyer, ma sagesse et surtout ma force quand j'étais découragée. Je suis son Ying et il est mon Yang. Il est la raison de mon équilibre. Merci Martin pour notre belle histoire, voici maintenant un grand chapitre de notre vie que nous avons réalisé avec succès et grande fierté. Merci pour ta confiance immuable, ton appui continuel et ton amour inconditionnel. Je t'aime.

DÉDICACE

À Valentin. Privilégiée d'avoir été sa dernière étudiante, d'avoir fait partie de sa vie. Je vais célébrer l'accomplissement de notre projet en ton honneur. Je me souviendrai toujours.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES x

LISTE DES TABLEAUX xi

RÉSUMÉ xii

ABSTRACT xiv

INTRODUCTION 1

0.1 Présentation des différents chapitres 4

0.1.1 Chapitre 1 : L'invalidation parentale comme forme de maltraitance psychologique et facteur de risque dans le développement de psychopathologies à l'enfance 4

0.1.2 Chapitre 2 : Validation et adaptation francophone pour enfants du *Invalidating childhood environment scale* (EPEF) 4

0.1.3 Chapitre 3 : Invalidation parentale et la présence d'éléments d'anxiété et de dépression chez des enfants francophones âgés de 9 à 12 ans 5

0.1.4 Chapitre 4 : Discussion générale 5

0.2 Références 6

CHAPITRE I
L'invalidation parentale comme forme de maltraitance psychologique et facteur de risque dans le développement de psychopathologies à l'enfance 8

1.0 Résumé 8

1.1 Psychopathologies pédiatriques 8

1.2 Facteurs de risque et psychopathologies 10

1.2.1 Facteurs de risque de l'anxiété et de la dépression 12

1.3 Maltraitance psychologique 13

1.3.1 Conséquences de la maltraitance à l'âge adulte 14

1.3.2 Conséquences de la maltraitance à l'enfance et l'adolescence 15

1.4 L'invalidation comme forme de maltraitance psychologique 16

1.4.1 Modèle de l'invalidation parentale de Buckholdt, Parra et Jobe-Shields 18

1.4.2 L'invalidation parentale et les difficultés internalisées 19

1.5 Les instruments d'évaluation 20

1.6 Conclusion 21

1.7 Références 22

CHAPITRE II

Validation et adaptation francophone pour enfants du *Invalidating childhood environment scale* 32

2.0 Résumé 32

2.1 Environnement familial invalidant 33

2.2 Invalidation et psychopathologies 34

2.3 Instruments d'évaluation de l'invalidation 36

2.3.1 Population adulte 36

2.3.2 Population d'enfants et adolescents 37

2.4 Objectifs de l'étude 38

2.5 Méthode 39

2.5.1 Participants 39

2.5.2 Instruments de mesure 40

2.5.3 Procédure 42

2.6 Résultats 43

2.7 Discussion 47

2.8 Références 49

CHAPITRE III

Invalidation parentale et la présence d'éléments d'anxiété et de dépression chez des enfants francophones âgés de 9 à 12 ans 56

3.0 Résumé 56

3.1 Psychopathologies pédiatriques 57

3.1.1 Troubles anxieux chez l'enfant 57
3.1.2 Troubles de dépression chez l'enfant 60

3.2 Invalidation parentale comme facteur de risque 62

3.2.1 Modèle de l'invalidation et des difficultés internalisées 63
3.2.2 Invalidation parentale comme facteur de risque de psychopathologies 64

3.3 Objectifs et hypothèses de recherche 65

3.4 Méthode 66

3.4.1 Participants 66
3.4.2 Instruments de mesure 67
3.4.3 Procédure 69

3.5 Résultats 70

3.6 Discussion 76

3.7 Contributions 80

3.8 Limites 81

3.9 Références 84

CHAPITRE IV
Discussion générale 98

4.1 Objectifs 98

4.2 Contributions de cette recherche 99

4.3 Limites de la thèse 100

4.4 Pistes de recherches futures 104

4.5 Références 104

CONCLUSION 107

ANNEXE A
Lettre résumant le projet et sollicitant la direction de l'école 110

ANNEXE B
Formulaire d'informations et de consentement pour les parents et l'enfant (sujets mineurs) 115

ANNEXE C
Verbatim pour l'étude « Validation et adaptation du *Invalidating childhood environment scale* (ICES) auprès d'élèves francophones de la cinquième et sixième année du primaire » 122

ANNEXE D
Lettre résumant le projet et sollicitant la direction de l'école 127

ANNEXE E
Formulaire d'informations et de consentement pour les parents et l'enfant (sujets mineurs) 131

ANNEXE F
Verbatim pour l'étude « Invalidation parentale et la présence d'éléments d'anxiété et de dépression chez des enfants francophones âgés de 9 à 12 ans » 138

ANNEXE G
*Échelle de perception de mon environnement familial pour enfa*nt (EPEF-E) 154

ANNEXE H
Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) 157

ANNEXE I
Inventaire de Dépression pour Enfants (IDE) 161

ANNEXE J
Accusés de réception pour soumissions à la Revue de psychoéducation 166

LISTE DES FIGURES

Figure Page

1.1 Modèle d'invalidation parentale de Buckholdt, Parra et Jobe-Shields (2014)..... 19

3.1 Modèle d'invalidation parentale de Buckholdt, Parra et Jobe-Shields (2014)..... 63

3.2 Régression linéaire de l'invalidation de la mère et du sexe de l'enfant sur l'anxiété 96

3.2 Régression linéaire de l'invalidation de la mère et du sexe de l'enfant sur la dépression 97

.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau Page

2.1 Coefficients de saturations des items et variances expliquées par les deux facteurs pour les questions portants sur les mères et pour les questions portant sur les pères 41

2.2 Analyse d'homogénéité des facteurs pour les questions portant sur les mères et les questions portant sur les pères par l'alpha de Cronbach..... 45

2.3 Moyenne, écart-type, minimum, maximum et variance selon le sexe de l'enfant pour les questions concernant la mère 46

2.4 Moyenne, écart-type, minimum, maximum et variance selon le sexe de l'enfant pour les questions concernant le père 46

3.1 Analyse descriptive de l'invalidation de la mère, de l'invalidation du père, de l'anxiété et de la dépression..... 74

3.2 Résultats des régressions linéaires de l'invalidation de la mère et du père sur l'anxiété et sur la dépression incluant les limites inférieures et supérieures obtenues à l'aide de l'analyse par *bootstrap* 74

3.3 Résultats des régressions linéaires de l'invalidation de la mère et du sexe de l'enfant sur l'anxiété et sur la dépression 75

3.4 Résultats de la régression logistique binomiale de l'invalidation de la mère et le sexe de l'enfant sur la concomitance anxiété et dépression..... 75

3.5 Tableau Z des résultats des régressions linéaires de l'invalidation des parents sur l'anxiété et sur la dépression incluant les limites inférieures et supérieures obtenues à l'aide de l'analyse par *bootstrap* 76

RÉSUMÉ

En 1993, avec son ouvrage qui détaille la thérapie comportementale dialectique pour le traitement du trouble de personnalité limite, Marsha Linehan met l'accent sur l'importance des pratiques parentales d'invalidation comme élément clé dans l'émergence du trouble de santé mentale. Selon Miller *et al.* (1998), l'invalidation parentale est un acte par lequel les parents vont mépriser, ignorer et rejeter les réponses comportementales de l'enfant alors qu'elles sont valides, appropriées et de mise, quant aux normes sociales. Depuis, plusieurs chercheurs et cliniciens étudient les pratiques parentales d'invalidation, de manière rétrospective. Par l'entremise de questionnaires, ils demandent à des adultes de se rappeler comment ils ont vécu les conséquences de ces pratiques parentales. Si la prémisse est vraie, et que des pratiques parentales invalidantes enlisent l'individu dans une trajectoire de psychopathologie et représentent un véritable facteur de risque, il est impératif d'identifier rapidement, et à un jeune âge, ces pratiques. Ainsi, le tort qu'engendrent ces pratiques serait, théoriquement, atténué par des interventions ciblées.

Le premier chapitre survol la prévalence des troubles de santé mentale à l'enfance et l'adolescence, examine la notion de facteurs de risque et les troubles de santé mentale, présente la notion de maltraitance psychologique et, plus spécifiquement, celle de l'invalidation et de son rôle comme facteur de risque dans le développement de la psychopathologie pédiatrique et, en dernier lieu, examine les instruments d'évaluation disponibles qui mesurent l'invalidation. Ce chapitre représente le texte de l'article l'*Invalidation parentale comme forme de maltraitance psychologique et facteur de risque dans le développement de psychopathologies à l'enfance* soumis à la Revue de psychoéducation.

Le deuxième chapitre présente la traduction, l'adaptation et la validation de l'instrument *Invalidating Childhood Environment Scale* auprès d'enfants francophones âgés de 9 à 12 ans en respectant la procédure méthodologique de validation proposée par Vallerand (1989). Ainsi, il y a élaboration de l'instrument *l'Échelle de Perception de mon Environnement Familial - version Enfant* (*EPEF-E*). Ce chapitre représente le texte de l'article *Validation et adaptation francophone pour enfants du Invalidating Childhood Environment Scale* soumis à la Revue de psychoéducation.

Le troisième chapitre examine, chez des enfants francophones âgés de 9 à 12 ans, la relation entre leur perception actuelle d'invalidation parentale provenant spécifiquement des mères et des pères, telle que mesurée par l'*EPEF-E*, et la manifestation d'éléments d'anxiété et de dépression. Il présente la prévalence et l'importance chez les enfants de la dépression et l'anxiété, de leurs trajectoires développementales ainsi que de leurs troubles associés et, en dernier lieu, rappelle le modèle d'invalidation et de dysrégulation affective dans le développement de troubles externalisés et internalisés. Ce chapitre représente le texte de l'article *L'invalidation parentale et la présence d'éléments d'anxiété et de dépression chez des enfants francophones âgés de 9 à 12 ans* soumis à la Revue de psychoéducation.

Le quatrième chapitre discute des trois autres chapitres, des contributions, des limites de cette thèse ainsi que des pistes futures de recherche.

La conclusion de la thèse souligne les contributions de cette recherche sur les plans clinique, psychométrique, méthodologique et théorique.

Mots clés : Invalidation parentale, psychopathologie, facteur de risque, anxiété, dépression, enfant

ABSTRACT

In 1993, with her seminal work explaining dialectical behaviour therapy in the treatment of borderline personality disorder, Marsha Linehan, emphasized the importance of invalidating parental practices as a key factor in the development of mental health problems. Since then, researchers and clinicians study invalidating parental practices in a retrospective manner. Through questionnaires, they require adults to remember how they experienced the consequences of these parental practices. If the premise is true and that invalidating parental practices propels individuals into a trajectory of psychopathology and represents a real risk factor, it is imperative to promptly identify at a young age these practices. Consequently, the harm caused by these parental behaviours should be amended by targeted interventions.

The first chapter outlines the prevalence of mental disorders in children and adolescents, examines the notion of risk factors and mental health issues, presents the notion of psychological maltreatment and, specifically, invalidation and its role as a risk factor in the development of pediatric psychopathology and, lastly, examines available instruments that measure invalidation. This chapter embodies the article entitled *Invalidation parentale comme forme de maltraitance psychologique et facteur de risque dans le développement de psychopathologies à l'enfance* which was submitted to Revue de psychoéducation.

The second chapter details the translation, the adaptation and the validation of the *Invalidating Childhood Environment Scale* with french-speaking children aged 9 to 12 years old, following the validation procedure suggested by Vallerand (1989). Thus, the *Échelle de Perception de mon Environnement Familial - version Enfant* (*EPEF-E*) was adapted and validated. This chapter embodies the article entitled *Validation et adaptation francophone pour enfants du Invalidating Childhood Environment Scale* which was submitted to Revue de psychoéducation.

The third chapter examines, in french-speaking children aged 9 to 12 years old, the relationship between their perception of invalidating maternal and paternal parental behaviours, as measured by the *EPEF-E*, and the presence of traits of anxiety and depression. This article looks at the prevalence and the importance of pediatric

anxiety and depression, their developmental pathways and cooccurring disorders, and, lastly, recalls the invalidation and emotion dysregulation model in the development of externalized and internalised difficulties. This chapter embodies the article entitled *L'invalidation parentale et la présence d'éléments d'anxiété et de dépression chez des enfants francophones âgés de 9 à 12 ans* which was submitted to Revue de psychoéducation.

The fourth chapter discusses the three other chapters, the contributions, the limitations of this thesis and directions of future research.

The conclusion underlines the contributions of this research on a clinical, psychometric, methodological and theoretical level.

Keywords : Parental invalidation, psychopathology, risk factor, anxiety, depression, children

INTRODUCTION

« Les enfants commencent par aimer leurs
parents; en vieillissant, ils les jugent;
parfois ils leur pardonnent »[1].

Oscar Wilde

Le père de la psychiatrie américaine, Benjamin Rush, croyait qu'il était peu probable que les enfants souffrent de troubles de santé mentale (Hayden et Mash, 2014). Effectivement, jusqu'à la fin du XIXe siècle, plusieurs professionnels de la santé étaient d'avis que les enfants étaient trop immatures et pas assez stables pour souffrir de psychopathologies (Rey et Martin, 2020). Ce n'est qu'aux États-Unis, à Chicago en 1899, avec l'établissement de la première Cour de justice pour mineurs, qu'apparaissent les premiers balbutiements de la pédopsychiatrie. Schowalter (2003) rappelle que l'émergence de ce tribunal de la jeunesse reflétait non seulement une volonté de mieux maîtriser la délinquance juvénile comme problème de santé publique, mais représentait également un désir de mieux comprendre ce qui conduisait ces jeunes à ce genre de comportements. Subséquemment, en 1909, dans un contexte de prévention et d'intervention, il eut la création du Juvenile

[1] « Children begin by loving their parents; as they grow older they judge them; sometimes they forgive them » [Notre traduction].

Psychopathic Institute, un institut dédié à l'étude de psychopathologies chez les mineurs. C'est à ce moment que les premières équipes multidisciplinaires pédopsychiatriques furent établies.

De nos jours, le domaine de la recherche et de l'intervention en psychopathologie pédiatrique est en pleine effervescence (Weis, 2018). Cet engouement s'explique par plusieurs facteurs, dont la prévalence des troubles de santé mentale avant l'âge adulte, les coûts sociétaux que ceux-ci engendrent ainsi qu'une compréhension accrue de la continuité de ces troubles à l'âge adulte. Dans leur analyse scientométrique du domaine de la pédopsychiatrie sur une période de 1980 à 2016, Naveed et ses collègues (2017) notent une expansion accélérée du nombre d'articles scientifiques publiés. Toujours selon ces auteurs, les thèmes de recherches prédominants sont la création d'instruments de mesure psychométriques, le déficit de l'attention avec hyperactivité, la dépression, le stress post-traumatique, la phobie sociale ainsi que la pharmacologie.

Dans la perspective de psychopathologie développementale, afin de mieux comprendre les troubles de santé mentale à l'enfance, il est impératif d'identifier et de comprendre les facteurs qui favorisent l'émergence de ces derniers (Hinshaw, 2017). Parmi ces facteurs de risque, plusieurs auteurs, dont De Falco et ses collègues (2014) sont d'avis que les comportements de négligence et d'abus au sein de la relation parent-enfant représentent un facteur considérable dans le développement de la psychopathologie pédiatrique. Notamment, avec le développement de la théorie biosociale de Marsha Linehan (1993), il existe un intérêt substantiel à examiner les comportements d'invalidation provenant des parents comme facteur de risque dans l'émergence de troubles de santé mentale. Ces comportements d'invalidation parentale se définissent comme un ensemble de gestes et de propos des parents qui méprisent, ignorent et rejettent les réponses comportementales de leur enfant alors qu'elles sont valides, appropriées et de mise quant aux normes sociales et aux

objectifs à court, moyen et long terme (Miller, Koerner et Kanter, 1998). Ainsi, Linehan postule que des pratiques parentales invalidantes en conjoncture de certaines vulnérabilités génétiques à gérer des émotions négatives, favorisent l'apparition de certains troubles de santé mentale.

Par conséquent, cet environnement familial d'invalidation fragilise l'individu qui le subit. Zielinski et Veilleux (2018) rappellent qu'une situation d'invalidation se produit lorsque les émotions exprimées ou les expériences affectives vécues de l'enfant sont jugées par le parent comme incorrectes ou inappropriées. Ainsi, le parent impose sa perception et la fait valoir comme la seule bonne. L'enfant vit un paradoxe. Au détriment de sa perception, l'enfant se retrouve alors à favoriser la perception de sa mère ou de son père, sa source d'attachement principale, pour se guider dans sa vie affective. Par contre, lorsqu'un enfant est en relation avec des parents qui manifestent des comportements validant, il apprend alors à mieux identifier ses émotions, à les réguler, et à les exprimer adéquatement (Shenk et Fruzzetti, 2014). Toujours selon ces auteurs, ces parents démontrent à leur enfant comment identifier l'émotion négative, les causes de cette dernière et la manière de l'exprimer adéquatement. En accueillant et écoutant leur enfant, ils lui apprennent à faire confiance à ses perceptions et à se sentir appuyé et outillé dans cette gestion émotive. Selon Linehan (1993), cette bonne régulation émotionnelle permet à l'enfant de faire face aux diverses embûches engendrées par des émotions négatives, telles que la colère et la peine.

Malheureusement, pour certaines familles, les parents manifestent, sciemment ou non, des pratiques parentales invalidantes. Cette pratique d'invalidation récurrente représente un facteur de risque dans le développement de la dysrégulation émotionnelle et constitue un contexte propice à l'émergence de nombreuses psychopathologies à l'enfance.

0.1 Présentation des chapitres

0.1.1 Chapitre 1 : L'invalidation parentale comme forme de maltraitance psychologique et facteur de risque dans le développement de psychopathologies à l'enfance.

Le premier chapitre de cette thèse fait un survol de la prévalence des troubles de santé mentale à l'enfance et l'adolescence, examine la notion de facteurs de risque et les troubles de santé mentale, présente la notion de maltraitance psychologique et, plus spécifiquement, celle de l'invalidation, telle que formulée par Linehan (1993), et de son rôle comme facteur de risque dans le développement de la psychopathologie pédiatrique. En dernier lieu, un examen des instruments d'évaluation disponibles qui mesurent le degré de l'invalidation auprès d'une population adulte ainsi que d'une population pédiatrique est réalisé. Ce chapitre représente le texte de l'article l'*Invalidation parentale comme forme de maltraitance psychologique et facteur de risque dans le développement de psychopathologies à l'enfance* soumis à la *Revue de psychoéducation* en 2018.

0.1.2 Chapitre 2 : Validation et adaptation francophone pour enfants du *Invalidating Childhood Environment Scale (EPEF)*.

Le deuxième chapitre de cette thèse vise à traduire, adapter et valider l'instrument *The Invalidating Childhood Environment Scale (ICES)* auprès d'enfants francophones âgés de 9 à 12 ans afin de créer un instrument doté de bonnes qualités psychométriques et qui mesure la perception actuelle des enfants de l'invalidation parentale perçue, telle que définie par Linehan (1993). Pour atteindre cet objectif, par l'entremise d'une procédure méthodologique de validation proposée par Vallerand (1989), il y a création de l'instrument *l'Échelle de Perception de mon Environnement Familial - version Enfant (EPEF-E).* Ce chapitre représente le texte de l'article

Validation et adaptation francophone pour enfants du Invalidating childhood environment scale soumis à la *Revue de psychoéducation* en 2019.

0.1.3 Chapitre 3 : Invalidation parentale et la présence d'éléments d'anxiété et de dépression chez des enfants francophones âgés de 9 à 12 ans.

Le troisième chapitre vise à examiner, chez des enfants francophones âgés de 9 à 12 ans, la relation entre leur perception actuelle de l'invalidation parentale provenant spécifiquement des mères et des pères et la manifestation d'éléments d'anxiété et de dépression. Pour évaluer cette relation, il faut examiner la prévalence et l'importance de la dépression et de l'anxiété chez les enfants, de leurs trajectoires développementales ainsi que de leurs troubles associés. Il est impératif de réaliser un rappel de la notion d'invalidation et, par l'entremise du modèle de Buckholdt, Parra, et Jobe-Shields (2014), la manière qu'elle représente un facteur de risque dans le développement de troubles externalisés et internalisés chez les individus. Ce chapitre représente le texte de l'article *L'invalidation parentale et la présence d'éléments d'anxiété et de dépression chez des enfants francophones âgés de 9 à 12 ans* soumis à la *Revue de psychoéducation* en 2019.

0.1.4 Chapitre 4 : Discussion générale.

Ce chapitre présente la discussion générale de la thèse et reprend l'ensemble des résultats quant au rôle des pratiques parentales d'invalidation comme facteur de risque dans le développement de psychopathologies pédiatriques. Il y a une discussion quant aux limites méthodologiques de cette thèse et conclut avec des pistes et avenues futures de recherche.

Compte tenu des objectifs et de la question d'étude, cette thèse de doctorat a représenté un projet avec d'importants défis éthiques et méthodologiques. Spécifiquement, il a fallu traduire, adapter et valider un outil qui a été initialement

créé pour de jeunes femmes adultes aux prises avec un trouble alimentaire pour des enfants francophones et qui mesurait leur perception actuelle de comportements d'invalidation de la part de leurs parents. Ensuite, non seulement a-t-il fallu que les écoles et que les parents donnent leur avale à cette opportunité d'évaluation, mais que les enfants acceptent de répondre à des questionnaires qui évaluaient les pratiques de leurs parents.

0.2 Références

De Falco, S., Emer, A., Martini, L., Rigo, P., Pruner, S. et Venuti, P. (2014). Predictors of mother-child interaction quality in child attachment security in at-rick families. Attachment assessment treatments, preventions and intervention programs. *Frontiers in Psychology*, 29-38.

Hayden, E. et Mash, E. (2014). Child psychopathology. A developmental-systems perspective. Dans E. Mash et R. Barkley (Eds), *Child Psychopathology, Third Edition* (p. 24-243). New York: Guilford Press.

Hinshaw, S. (2017). Developmental Psychopathology as a Scientific Discipline : A 21st Century Perspective. Dans Beauchaine, T. et Hinshaw, S. (Eds), *Child and Adolescent Psychopathology* (p. 39-100). New Jersey : John Wiley.

Linehan, M. (1993). *Diagnosis and treatment of mental disorders. Cognitive Behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.

Miller, A., Koerner, K. et Kanter, J. (1998). Dialectical behaviour therapy: Part II. Clinical application of DBT for patients with multiple problems. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioural Health, 4*, 84-101.

Naveed, S., Waqas, A., Majeed, S., Zeshan, M., Jahan, N. et Haaris Sheik, M. (2017). Child psychiatry: A scientometric analysis 1980-2016. *F1000 Research* 6:1293, 1-19.

Rey, J. et Martin, A. (2020). IACAPAP *e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

Schowalter, J. (2003). A history of child and adolescent psychiatry in the United States. *Psychiatric Times*, September 1.

Shenk, C. et Fruzzetti, A. (2014). Parental validating and invalidating responses and adolescent psychological functioning: An observational study. *The Family Journal, 22*(1), 43-48.

Weis, R. (2018). *Introduction to abnormal child and adolescent psychology.* Thousand Oaks, CA.: Sage.

Zielinski, M. et Veilleux, J. (2018). The Perceived Invalidation of Emotion Scale (PIES): Development and psychometric properties of a novel measure of current emotion invalidation. *Psychological Assessment, 30*(11), 1454-1467.

CHAPITRE I

L'INVALIDATION PARENTALE COMME FORME DE MALTRAITANCE PSYCHOLOGIQUE ET FACTEUR DE RISQUE DANS LE DÉVELOPPEMENT DE PSYCHOPATHOLOGIES À L'ENFANCE[2]

1.0 Résumé

Ce chapitre présente la notion d'invalidation parentale, telle que formulée par Linehan (1993), et son rôle dans le développement de la psychopathologie pédiatrique. Dans un premier temps, la prévalence des troubles de santé mentale à l'enfance et l'adolescence est abordée. Par la suite, nous présentons la notion de maltraitance psychologique et, plus spécifiquement, celle de l'invalidation parentale. En dernier lieu, nous examinons les relations entre l'invalidation parentale et les problèmes de psychopathologie chez l'enfant.

1.1 Psychopathologies pédiatriques

La recherche et l'intervention en psychopathologie pédiatrique sont en pleine effervescence depuis déjà plusieurs années (Comeau *et al.*, 2014). Cet engouement

[2] Ce chapitre représente le texte de l'article l'Invalidation parentale comme forme de maltraitance psychologique et facteur de risque dans le développement de psychopathologies à l'enfance soumis à la Revue de psychoéducation rédigé par Geneviève Charron, Jacques Forget, Valentin Mbekou, Philippe Valois et Martin Jodoin St-Onge.

s'explique par plusieurs facteurs dont la prévalence des troubles de santé mentale durant l'enfance et à l'adolescence, de leurs conséquences et des coûts sociétaux engendrés par une telle condition (Wilmshurst, 2017). Il y a une reconnaissance dans les milieux d'intervention que les troubles de santé mentale chez les enfants et les adolescents représentent une interférence significative quant à leur fonctionnement quotidien et un risque accru d'une mort prématurée (Wlodarczyk *et al.,* 2017).

Une recension des études épidémiologiques permet de constater l'étendue inquiétante des psychopathologies pédiatriques. Alors que 0,5 % des filles âgées de 12 ans et moins présentent des difficultés de la conduite alimentaire (Rosen, 2010), le trouble obsessionnel-compulsif a une prévalence de 0,5 à 2 % pour des enfants et adolescents âgés de 5 à 15 ans (Peris et Piacentini, 2014). Son et Kirchner rappellent que 0,6 à 1,7 % des préadolescents et 1,6 à 8 % des adolescents présentent des difficultés d'ordre dysthymique. Ces mêmes auteurs rapportent que 1 % des enfants âgés de moins de 6 ans, 2 % des enfants âgés de 6 à 12 ans et 5 à 8 % des adolescents âgés de 13 à 18 ans présentent suffisamment de symptômes pour obtenir un diagnostic de dépression majeure. Selon l'Association Américaine de Psychiatrie, 5 % d'enfants et d'adolescents répondent aux critères diagnostiques d'un déficit de l'attention. Dans le cas de l'anxiété, plus de 12 % des enfants de 6 à 12 ans présentent un tel trouble (Costello *et al.,* 2011). Selon le National Institute of Mental Health (2017), 13 % des enfants âgés de 8 à 15 ans présenteraient suffisamment d'éléments cliniques pour soutenir un tel diagnostic.

Davantage préoccupant, Kataoka *et al.* (2002) rapportent que les enfants et les adolescents âgés de 6 à 17 ans présentant un problème de santé mentale, 80 % d'entre eux ne recevront aucun service spécifique à leur condition. Ces données sont manifestement alarmantes. Et pour ajouter au problème, Houtrow *et al.* (2014) notent que les difficultés de santé mentale et troubles neuro-développementaux à l'enfance

et à l'adolescence ont augmenté de près de 21 % depuis les dix dernières années. Cette augmentation pourrait aussi s'expliquer par les améliorations des méthodes d'évaluation. L'importance et l'ampleur de troubles de santé mentale à l'enfance et l'adolescence ont conduit plusieurs, dont l'Organisation Mondiale de la Santé (2020), à étudier les facteurs de risque qui favorisent l'émergence et le développement des troubles de santé mentale.

Plusieurs sont d'avis que la santé mentale d'un enfant dépend en grande partie de la qualité relationnelle qui existe avec ses parents (De Falco *et al.*, 2014). Selon le cadre conceptuel de la théorie biosociale proposé par Marsha Linehan (1993), il existe un ensemble de pratiques parentales qui représentent un important facteur de risque à la santé mentale de l'enfant et l'adolescent. Grâce au développement de la thérapie comportementale dialectique de Linehan, le rôle de l'invalidation parentale a été mis à l'avant-scène comme facteur de risque dans le développement de psychopathologies (Adrian *et al.*, 2018). Conséquemment, le présent article examine le rôle des pratiques parentales inadéquates, plus précisément l'invalidation parentale, comme facteur de risque dans le développement de psychopathologies à l'enfance.

1.2 Facteurs de risque et psychopathologies

La prévalence des psychopathologies pédiatriques a conduit plusieurs chercheurs et cliniciens à étudier les facteurs de risque favorisant leur émergence ainsi que leur maintien (Beauchaine et Hinshaw, 2017). Selon le National Collaborating Centre for Mental Health of the United Kingdom (2007), non seulement est-il impératif d'identifier les facteurs de risque qui contribuent au développement et au maintien des troubles de santé mentale, mais il faut également mieux les comprendre afin d'élaborer des stratégies d'interventions efficaces. Notamment, la perspective de la psychopathologie développementale s'intéresse, entre autres, à ces facteurs cognitifs,

affectifs, biologiques, génétiques ainsi que sociaux qui fragilisent l'individu et qui le rendent à risque au développement de troubles de santé mentale (Cicchetti, 2014; Eme, 2017; Kazdin *et al.*, 1997). À ce sujet, Lovejoy *et al.* (2000) ainsi que Schroeder et Gordon (2002) identifient l'importance de trois groupes de facteurs de risque : (a) les caractéristiques de l'enfant (p. ex., un tempérament difficile, des difficultés attentionnelles, des problèmes de santé, de pauvres habiletés sociales et une faible estime de soi) ; (b) les caractéristiques familiales (p. ex., monoparentalité, faible réseau social, revenu faible, chômage) ; (c) les caractéristiques et les pratiques parentales (p. ex., un parent ayant eu lui-même de pauvres modèles parentaux ou ayant été victime de pratiques parentales abusives dont des sévices sexuels, physiques ou psychologiques, un parent présentant des problèmes de santé physique ou de santé mentale).

Comme mentionné, il existe une multitude de facteurs de risque individuels et environnementaux qui fragilisent la santé mentale d'une personne et la rendent vulnérable au développement de troubles psychologiques au moment de l'enfance, de l'adolescence ou de l'âge adulte (Compas *et al.*, 2017). Certaines études concluent à une corrélation entre le nombre de facteurs de risque et la probabilité de développer une psychopathologie. Ainsi, plus ces facteurs sont nombreux, plus grande serait la probabilité d'émergence d'une psychopathologie (Egeland, 2009 ; Sroufe, 2009). Les effets de ces facteurs sont d'une telle importance que plusieurs auteurs sont d'avis que certaines expériences chez les enfants en bas âge peuvent modeler les structures et les fonctions neuronales (Cicchetti et Walker, 2001; Glaser, 2000; Heim at al., 2013).

1.2.1 Facteurs de risque de l'anxiété et de la dépression

Selon le système Canadien d'Information de Gestion des Départements d'Urgence (SIGDU), les troubles anxieux et dépressifs représentent les premiers motifs de consultation aux urgences pédiatriques du pays (Grafstein *et al.*, 2008). L'Organisation Mondiale de la Santé (2020) rappelle que :

> À l'échelle mondiale, la dépression est la quatrième cause principale de morbidité et d'incapacité chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans, et la quinzième pour les 10-14 ans. Pour ce qui est de l'anxiété, elle se classe en neuvième position chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans, et en sixième position pour les 10-14 ans. Les troubles émotionnels peuvent avoir de graves conséquences quant à l'assiduité et l'implication académique. Le repli sur soi peut aggraver l'isolement et la solitude. Dans les cas les plus graves, la dépression peut mener au suicide.

Il est donc évident que les troubles d'anxiété et de dépression à l'enfance et à l'adolescence représentent un motif de consultation important dans les milieux cliniques et sont souvent observés simultanément (Cummings *et al.*, 2014; Mash et Barkley, 2014). Parmi les facteurs de risque infanto-juvéniles favorisant l'apparition et le maintien des troubles anxio-dépressifs, il y existe (a) les caractéristiques de l'enfant dont la présence d'un quotient intellectuel élevé (Merikangas *et al.*, 1999), posséder un tempérament craintif (Buss *et al.*, 2013), présenter des vulnérabilités génétiques (Gregory et Eley, 2007), posséder des structures neuronales et cognitives particulières (Salum *et al.*, 2013) et le fait d'être de sexe féminin (Leikanger *et al.*, 2012) et la survie à un désastre naturel (Lai *et al.*, 2013); (b) les caractéristiques familiales dont la présence de conflits familiaux (Green *et al.*, 2012), la monoparentalité (Daryanani *et al.*, 2016) et un statut socio-économique faible (Lemstra *et al.*, 2008) et (c) les caractéristiques et les pratiques parentales dont la santé mentale des parents (Pietikäinen *et al.*, 2020 ; Wlodarczyk *et al.*, 2017).

1.3 Maltraitance psychologique

De tous les facteurs de risque qui ont suscité un intérêt de recherche, nul n'a fait autant l'objet d'études empiriques que celui portant sur la relation parent-enfant dans un contexte de sévices physiques, psychologiques ou sexuels. Bien que les sévices physiques et sexuels soient traditionnellement étudiés comme facteurs de risque dans le cadre de la relation parent-enfant, la maltraitance psychologique est une forme d'abus moins visible, mais tout aussi dommageable (Hart *et al.*, 2002, 2017). Selon The American Professionnal Society on the Abuse of Children (2017), la maltraitance psychologique se définit comme :

> Un ensemble de comportements répétés provenant d'un donneur de soins qui interfèrent aux besoins fondamentaux de l'enfant en matière de développement psychologique (par exemple, sécurité, socialisation, soutien émotionnel et social, stimulation cognitive, respect) et laissent entendre que l'enfant est sans valeur, défectueux, endommagé, mal aimé, non désiré, en danger, principalement utile pour répondre aux besoins d'autrui, et/ou sacrifiable [3]

Il existe une grande hétérogénéité dans la définition de la maltraitance psychologique et dans la nomenclature utilisées par les chercheurs. Par exemple, Claussen et Crittenden (1991) utilisent le terme d'abus émotionnel pour y référer alors que Jones et McCurdy (1992) emploient le terme maltraitance émotionnelle. Quant à eux, Bouchard, et Tessier (1996) préfèrent la notion de violence psychologique alors que Vissing *et al.* (1991) utilisent le concept de violence verbale et symbolique et que Schaefer (1997) souligne les termes d'abus verbaux. Malgré la diversité de la nomenclature, tous ces auteurs reconnaissent que ces actes d'omissions et

---

[3] Selon la définition de American Professionnal Society on the Abuse of Children [Notre traduction].

commissions (c-à-d des comportements d'abus) réalisés par les figures parentales, et qui, par leurs caractéristiques personnelles, dont leur âge, leur statut social, leurs connaissances et leur position de pouvoir, sont psychologiquement dommageables au développement de l'enfant (Farrajao, 2020).

1.3.1 Conséquences de la maltraitance à l'âge adulte

La maltraitance psychologique, présentée seule ou en concomitance avec d'autres formes de maltraitance (physique ou sexuelle), est la forme de sévices la plus répandue et la plus dommageable (Clément *et al.*, 2019; Hart *et al.*, 1998, 2017; Hibbard *et al.*, 2012) au développement de l'individu avec l'émergence d'un amalgame de psychopathologies aux moments de l'enfance (Adrian *et al.*, 2016), de l'adolescence et de l'âge adulte (Jaffee et Maikovich-Fong, 2011; Murphy *et al.*, 2020).

À l'âge adulte, les conséquences de la maltraitance psychologique subie à l'enfance sont bien documentées. Plusieurs auteurs dont, Mullen *et al.* (1996) et Tasharrofi et Barnes (2019) indiquent que les femmes ayant été victimes de maltraitance durant leur enfance sont plus à risque d'avoir des idéations suicidaires ou de commettre une tentative de suicide lorsque comparées à des personnes non-victimes de maltraitance. Plusieurs auteurs rapportent que le fait d'être victime de maltraitance à l'enfance augmente la probabilité de reproduire à son tour des comportements de maltraitance psychologique envers ses propres enfants (Assink *et al.*, 2018; Doumas *et al.*, 1994; Van Der Put *et al.*, 2017 ;Vial *et al.*, 2020). Les parents présentant des comportements de maltraitance psychologique présentent entre autres des capacités limitées à résoudre les problèmes de la vie quotidienne, ont une mauvaise gestion de leur impulsivité, ont une faible confiance en soi et possédent un faible niveau de tolérance à la détresse (Organisation Mondiale de la Santé, 2020). Ces parents ont

tendance à reproduire des comportements dysfonctionnels, dont la maltraitance psychologique (Murphy *et al.*, 2020). Ainsi, cette forme de maltraitance a non seulement des conséquences importantes sur le développement d'un enfant ou d'un adolescent, mais ces conséquences sont également tributaires de la durée et du stade développemental de la personne (Berzenski, Madden et Yates, 2019; Clément *et al.*, 2019; Hart *et al.*, 1987, 2017; Humphreys *et al.*, 2020).

1.3.2 Conséquences de la maltraitance à l'enfance et l'adolescence

Les enfants victimes de maltraitance psychologique vivent d'importantes difficultés affectives, dont une faible estime de soi (Gross et Keller, 1992), un risque accru de développer un trouble de personnalité (Carter *et al.*, 2001), de la dépression (Scher et Stein, 2003; Vallati *et al.*, 2020) et de l'anxiété (Bilfulco *et al.*, 2002). D'autre part, ces enfants peuvent éprouver d'importantes difficultés comportementales, dont la pratique de comportements à risque (Carter *et al.*, 2001) et d'agressivité et de délinquance (Gross et Keller, 1992). Sur le plan scolaire, des études comme celles de Manly *et al.* (2001), Romano *et al.* (2014), ainsi que Thornberry *et al.* (2001), révèlent que la présence et la persistance de la maltraitance psychologique sont associées à de pauvres résultats scolaires.

Selon certains auteurs, dont Carter *et al.* (2001), Cicchetti et Barnett (1992) et Gagné (2001), ces enfants éprouvent plusieurs difficultés relationnelles, dont une perception négative de soi et des autres, subissent de l'isolement social, du rejet par les pairs et présentent des troubles d'attachement. Quant au développement social, Bolger et Patterson (2001), Bolger *et al.* (1998), Ciccheti *et al.* (1992) ainsi que Dodge *et al.* (1994) rapportent que la chronicité de la maltraitance psychologique est associée à une faible popularité de l'enfant auprès de ses pairs, de pauvres habiletés sociales et d'importants comportements agressifs. Ces difficultés sociales sont, en partie,

expliquées par le fait que les enfants victimes de maltraitance psychologique sont fréquemment privés des bénéfices des relations d'attachement sécurisé puisque les parents maltraitants sont non disponibles ou répondent de manières inappropriées à leurs besoins. Ces manquements quant aux relations d'attachement contribuent à la création de modèles parentaux négatifs, basés sur des expériences insatisfaisantes.

1.4 L'invalidation parentale comme forme de maltraitance psychologique

Brassard, Hart et Glazer (2020), rappellent qu'il existe six formes de maltraitance psychologique que les parents peuvent pratiquer envers leurs enfants dont :

> a) rejet - actes de rejet verbal et non verbal du soignant qui dégradent un enfant b) terrorisant - comportement du soignant qui menace ou est susceptible de blesser physiquement, tuer, abandonner ou placer l'enfant ou la personne aimée de l'enfant ou les objets dans des situations manifestement dangereuses ou effrayantes, c) exploiter ou corrompre - les actes du soignant qui répondent à ses propres besoins au détriment de l'enfant et l'encouragent à développer comportements inappropriés (comportements autodestructeurs, antisociaux, criminels ou autres comportements inadaptés), d) isolement - actes du soignant qui refusent systématiquement et déraisonnablement à l'enfant la possibilité d'interagir et de communiquer avec ses pairs ou des adultes à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison, e) déni ou absence de réaction émotionnelle comportement du soignant qui ne tient pas compte des tentatives et des besoins de l'enfant d'interagir (ne pas exprimer d'affection et ne pas prendre soin de l'enfant) et montrer peu ou pas d'émotion dans les interactions avec l'enfant, et f) santé mentale, négligence éducative ou médicale - actes du soignant qui ignorent refuser d'autoriser ou ne pas fournir le traitement nécessaire pour les problèmes ou besoins de santé mentale, médicale et éducative de l'enfant.[4]

---

[4] Les six formes de maltraitance psychologique selon Brassars, Hart et Glazer (2020) [Notre traduction].

Le présent article se penche sur le déni de la réponse émotionnelle, forme qui correspond à l'invalidation.

Miller *et al.* (1998) rappellent que l'invalidation est un acte par lequel l'environnement familial va mépriser, ignorer et rejeter les réponses comportementales d'autrui alors qu'elles sont valides, appropriées et de mise, quant aux normes sociales et objectifs à court, moyen et long terme. Compagnone et Lo Monaco (2014) affirment qu'un environnement est dit invalidant « lorsque l'expression des expériences et émotions personnelles n'est pas reconnue, mais au contraire punie, ignorée ou dévalorisée » (p.44).

En créant et élaborant la thérapie comportementale dialectique, Linehan (1993) est l'une des premières à suggérer le rôle de l'invalidation parentale dans le développement du trouble de psychopathologies. Son modèle biosocial du trouble de personnalité limite postule qu'il existe des personnes qui présentent certaines vulnérabilités génétiques à gérer des émotions négatives et que ces dernières interagissent avec des situations d'invalidation à l'enfance. Buckholdt *et al.* (2014) soulignent que le rôle du parent est de créer un contexte familial qui permet à l'enfant d'étiqueter des émotions et d'identifier des situations négatives en lui apprenant à mieux tolérer, gérer et exprimer des situations de détresse. Par conséquent, l'invalidation parentale favorise une difficulté de régulation d'affects négatifs chez les enfants. Bien que la tâche des parents soit d'enseigner à leurs enfants des habiletés adéquates quant à la gestion de diverses situations, les enfants d'environnement invalidant échouent devant ce défi (Jones *et al.*, 2002). Les parents communiquent à l'enfant qu'il a une mauvaise perception de ce qu'il vit et ressent et qu'il devrait plutôt se fier à autrui pour ressentir, agir et réagir (Linehan, 1993). Puisque l'enfant n'a aucune autre occasion d'étiqueter, moduler et comprendre ses émotions, il lui est difficile d'agir adéquatement dans diverses situations quotidiennes, dont des

situations de détresse (Jodoin St-Onge, 2011). Les parents deviennent incapables de gérer leurs émotions et de les moduler adéquatement. Leur état oscille entre une inhibition émotionnelle extrême et des manifestations démesurées afin d'obtenir une réaction minimale de leur environnement (Linehan, 1993). Par conséquent, l'invalidation parentale est jugée par plusieurs chercheurs et cliniciens comme la forme de maltraitance psychologique la plus importante dans le développement et le maintien de la dysrégulation affective ainsi que de la symptomatologie du trouble de personnalité limite (Mbekou *et al.*, 2015).

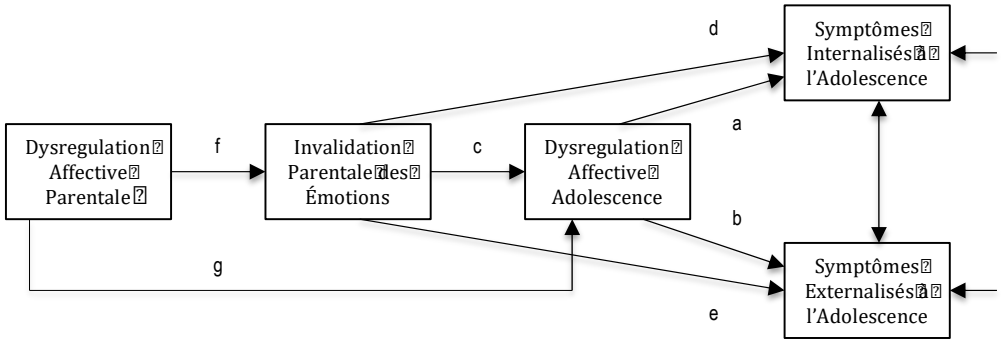
1.4.1 Modèle de l'invalidation parentale de Buckholdt, Parra et Jobe-Shields

Le modèle de régulation émotionnelle proposé par Buckholdt *et al.* (2014) (voir la figure 1) illustre la pertinence d'étudier le rôle de l'invalidation parentale, telle que définie par Linehan (1993), dans le développement de psychopathologies pédiatriques. Ce modèle stipule quatre choses : (a) il existe des parents qui ont de la difficulté à gérer et à réguler leurs émotions ; (b) ces parents ont de la difficulté à reconnaître, étiqueter et encourager l'expression des émotions chez leurs enfants ; (c) ces enfants présentent une dysrégulation émotionnelle qui se manifeste par une incapacité à gérer ou à tolérer certaines émotions ; (d) ces enfants présenteront des difficultés internalisées ou externalisées. Valiente *et al.* (2007) rappellent que les parents qui présentent des difficultés à réguler leurs émotions peuvent ignorer des évènements difficiles vécus par leurs adolescents. Ainsi, des réponses parentales invalidantes aux expériences ou aux expressions émotionnelles de leurs enfants semblent être une pratique parentale importante à examiner étant donné son rôle dans le développement de troubles psychologiques.

Toujours selon le modèle de Buckholdt *et al.* (2014), des parents considérés comme « validants » vont offrir à leurs enfants un environnement qui leur permettra de « (a)

se sentir réconfortés, (b) développer des perceptions de leurs parents comme des individus qui sont présents pour les assister à gérer des émotions de détresse et (c) apprendre, comprendre et réguler des situations de détresse » (p. 324). Conséquemment, les enfants qui auront subi des comportements parentaux invalidants, présenteront une difficulté à réguler leurs affects et, subséquemment, développeront des troubles de comportements internalisés et externalisés.

Figure 1.1 : Modèle d'invalidation parentale de Buckholdt, Parra et Jobe-Shields (2014)



1.4.2. L'invalidation parentale et les difficultés internalisées

Plusieurs études ont suggéré l'importance de l'invalidation dans le développement de troubles internalisés et externalisés. Il a été démontré, par exemple, que l'invalidation parentale contribue au développement de troubles des conduites alimentaires (Haslam, *et al.*, 2008 ; Mountford *et al.*, 2007), de difficultés relationnelles et de comportements de colère (Crowell *et al.*, 2013), de problèmes affectifs (Gottman *et al.*, 1996), de régulation affective (Elzy, 2013; Sturrock et Mellor, 2014), de comportements dépressifs (Yap *et al.*, 2008), de comportements d'automutilation (Sim *et al.*, 2009; Yates *et al.*, 2008; You *et al.*, 2012), de problématiques sur le plan

des habiletés sociales et de la résolution de problèmes (Selby *et al.*, 2008), et du trouble de personnalité limite (Linehan, 1993). En outre, Mbekou *et al.* (2015) ont remarqué une association significative entre l'invalidation maternelle et la symptomatologie du trouble de personnalité limite à l'adolescence.

1.5 Les instruments d'évaluation

Compte tenu des effets importants de l'invalidation parentale sur le développement de différentes psychopathologies, il devient impératif d'identifier les instruments d'évaluation de cette forme de maltraitance. En fait, il y en a peu et tous présentent certaines limites psychométriques.

Le *Attitudes Towards Emotional Expression Scale* (Joseph *et al.*, 1994) ainsi que l'*Invalidating Childhood Environment Scale* (Mountford, *et al.*, 2007) sont deux questionnaires qui mesurent l'invalidation parentale. Toutefois, ces instruments de mesure adoptent une méthode rétrospective pour recueillir les renseignements concernant les pratiques parentales. Ces participants adultes doivent donc répondre quant aux pratiques de leurs parents alors qu'ils étaient enfants et comment ces mêmes pratiques auraient contribué au développement de leurs difficultés psychologiques passées et présentes.

Compagnone et Le Monaco (2015) ont traduit et adapté en français le questionnaire de Mountford *et al.* (2007). Toutefois, cette étude s'inscrit dans une recherche plus globale qui évalue l'adaptation d'étudiants universitaires âgés en moyenne de 20 ans dans leur première année d'étude. Le questionnaire adopte également une méthode rétrospective.

Ces études présentent toutes les faiblesses traditionnellement associées aux modalités d'évaluation rétrospective. La mémoire et l'état psychologique actuel du répondant

peuvent influencer la perception qu'il peut avoir des comportements invalidants que ses parents auraient eus envers lui pendant de son enfance. Ainsi, ces questionnaires mesurent le facteur d'invalidation à l'âge adulte et non à l'enfance. Il faut donc demeurer prudent avec cette notion d'invalidation puisque son effet est toujours mesuré post hoc. Par conséquent, avant d'établir des relations de causalité entre psychopathologie et invalidation, il faudrait que les chercheurs mesurent cette relation directement auprès des enfants.

Certaines études ont adapté l'*Invalidating Childhood Environment Scale* de Mountford *et al.* (2007) afin de mesurer l'invalidation chez les adolescents. Une étude chinoise a examiné directement auprès de jeunes âgés de 11 à 19 ans la présence de symptômes dépressifs et d'une invalidation parentale (You et Leung, 2012). Les auteurs soulignent que le questionnaire, faisant partie d'une thèse de maîtrise, écrite et publiée seulement en mandarin, comporte 18 items basés sur la notion d'invalidation de Linehan (1993). Mbekou *et al.* (2015) ont adapté à leur tour l'ICES de Mountford pour des adolescents. Toutefois, les participants de cette étude incluent uniquement des filles, suivies en clinique externe de pédopsychiatrie et âgées de 13 à 18 ans.

1.6 Conclusion

Bien qu'elles soient peu nombreuses, les études qui examinent les relations entre l'invalidation et la psychopathologie chez l'enfant existent depuis maintenant plusieurs années. Dans l'ensemble, il semble assez bien établi que la présence de comportements invalidants chez des parents est corrélée avec la présence de troubles d'adaptation internalisés et externalisés ou encore avec la présence de trouble de la personnalité. Cependant, pratiquement toutes ces études utilisent des questionnaires rétrospectifs administrés à des adultes. Il devient donc impératif d'établir ces liens de

manière plus directe auprès d'enfants et d'adolescents. Évidemment, une telle façon de faire est contrainte par les exigences éthiques contemporaines en matière de recherche clinique. En effet, il n'est pas certain que les parents qui présentent des comportements d'invalidation vont accepter volontairement et librement de participer à une étude où l'on demande à leur enfant si leur mère ou leur père invalide leurs émotions, leurs sentiments ou leurs manières d'agir dans leur vie de tous les jours. Il est possible que les parents qui se reconnaissent en étant invalidants aient tendance à refuser de participer à une telle étude puisqu'essentiellement leurs enfants poseront un regard, possiblement critique, sur leurs pratiques parentales.

Autant sur les plans de l'intervention que de la prévention, il apparaît important d'identifier rapidement un environnement dit invalidant dans lequel un enfant vit et se développe actuellement afin de conscientiser les parents quant à des pratiques invalidantes et inadéquates et de les sensibiliser sur les conséquences de telles actions dans une perspective développementale (p.ex. sur le plan de la régulation émotionnelle). Ainsi, afin d'engendrer des ajustements et de porter des attentions particulières à un milieu familial propice pour la manifestation de nombreux troubles de santé mentale chez les enfants, un instrument de mesure adapté à des enfants devrait être créé afin de minimiser les conséquences sur le plan développemental d'un individu.

1.7 Références

Adrian, M., Berk, M., Korslund, K., Whitlock, K., McCauley, E. et Linehan, M. (2018). Parental validation and invalidation predict adolescent self-harm. *Professionnal Psychology: Research and Practice*, *49*(4), 274-281.

Beauchaine, T. et Hinshaw, S. (2013). *Child and adolescent psychopathology*. Hoboken, NJ : Wiley.

Berzenski, S., Madden, A. et Yates, T.(2019). Childhood emotional abuse characteristics moderate associations with adult psychopathology and caregiving. *Child Abuse & Neglect, 87*, 77-87.

Bilfulco, A., Moran, P., Ball, C. et Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*, 50–59.

Bolger, K., Patterson, C. et Kupersmidt, J. B. (1998). Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child Development, 69*, 1171-1197.

Bolger, K. et Patterson, C. (2001). Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development, 72*, 549-568.

Bouchard, C. et Tessier, R. (1996). Conduites à caractère violent à l'endroit des enfants. Dans C. Lavallée, M. Clarkson et L. Chénard (Eds), *Conduites à caractère violent dans la résolution de conflits entre proches. Monographie no 2, Enquête sociale et de santé 1992–1993 Santé Québec* (p. 21–76). Montréal, QC : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.

Brassard, M., Hart, S. et Glaser, D. (2020). Psychological maltreatment: An international challenge to children's safety and well being. *Child Abuse & Neglect*. Advance online publication.

Buckholdt, K., Parra, G. et Jobe-Shields, L. (2014). Intergenerational Transmission of Emotion Dysregulation Through Parental Invalidation of Emotions: Implications for Adolescent Internalizing and Externalizing Behaviors. *Journal of Child and Family Studies, 23*, 324-332.

Buss, K., Davis, E., Kiel, J., Brooker, R., Beekman, C. et Early M. (2013). Dysregulated fear predicts social wariness and social anxiety symptoms during kindergarten. *Journal of Clinical Child et Adolescent Psychology, 2*, 603–616.

Assink, M., Spruit, A., Schuts, M., Lindauer, R., van der Put, C. et Stams, G. (2018). The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis. *Child Abuse & Neglect, 84*, 131–145.

Carter, J., Joyce, P., Mulder, R. et Luty, S. (2001). The contribution of temperament, childhood neglect, and abuse to the development of personality dysfunction: A comparison of three models. *Journal of Personality Disorders, 15*, 123-135.

Cicchetti, D. (1989). How research on child maltreatment has informed the study of child development: perspectives from developmental psychopathology. Dans D. Cicchetti et V. Carlson (Eds.*), Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (p. 377-431). New York : Cambridge University Press.

Cicchetti, D. et Barnett, D. (1992). Attachment organization in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology, 3*, 397–411.

Cicchetti, D. et Walker, E. (2001). Editorial: Stress and development: Biological and psychological consequences. *Development and Psychopathology, 13*, 413-418.

Cicchetti, D. (2014). Illustrative developmental psychopathology perspectives on precursors and path ways to personality disorder: Commentary on the special issue. *Journal of Personality Disorders, 28*(1), 172-179.

Claussen, A. et Crittenden, P. (1991). Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *Child Abuse and Neglect, 15*, 5-18.

Clément, M., Julien, D., Lévesque, S. et Flores, J. (2019). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4e édition de l'enquête*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 150 p. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/violence-familles/violence-familiale-2018.pdf].

Compagnone, P. et Lo Monaco, G. (2015). Adaptation and validation of the French version of the Invalidating Childhood Environments Scale (ICES). Validation française du questionnaire d'évaluation de l'environnement invalidant *durant l'enfance: the Invalidating Childhood Environments Scale (ICES). Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 65*, 43-52.

Compas, B., Gruhn, M. et Bettis, A. (2017). Risk and resilience in child and adolescent psychopathology. Dans T. Beauchaine et S. Hinshaw S. *Child and adolescent psychopathology* (p. 265–327). Hoboken, NJ: John Wiley.

Comeau, J., Georgiades, K., Duncan, L., Wang, L. et Boyle, M. (2014). Changes in the prevalence of child and youth mental disorders and perceived need for professional help between 1983 and 2014: evidence from the Ontario Child Health Study. *Canadian Journal of Psychiatry, 64*(4), 256–264.

Costello, E., Egger, H., Copeland, W., Erkanli, A. et Angold, A. (2011). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence,

and comorbidity, Dans W. Silverman et P.Treffers (Eds), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 56-75), Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Crowell, S., Baucom, B., McCauley, E., Potapova, N., Fitelson, M., Barth, H., Smith, C., et Beauchaine, T. (2013). Mechanisms of contextual risk for adolescent self-injury: Emotional invalidation and conflict escalation in mother-child interactions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 42*, 467-480.

Cummings, C. Caporino, N. et Kendall, P. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin, 140*, 816-845.

Daryanani I., Hamilton J., Abramson L. et Alloy L. (2016). Single mother parenting and adolescent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *44*(*7*), 1411-1423.

Dodge, K., Pettit, G. et Bates, J. (1994). Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child development, 65*, 645-665.

Doumas, D., Margolin, G. et John, R. (1994). The intergenerational transmission of aggression across three generations. *Journal of Family Violence, 9*, 157-175.

Egeland, B. (2009). Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse et Neglect, 33*, 22-26.

Elzy, M.B. (2013). Emotional invalidation: An investigation into its definition, measurement, and effects. Graduate Theses and Dissertations. http://scholarcommons.usf.edu/etd/4670

Eme, R. (2017). Developmental psychopathology: A primer for clinical pediatrics. *World Journal of Psychiatry, 7*(3): 159–162.

Ferrajão, P. (2020). The role of parental emotional validation and invalidation on children's clinical symptoms: A study with children exposed to intimate partner violence. *Journal of Family Trauma, Child Custody & Child Development*, *17*(1), 4-20.

Gagné, M. (2001). Les pratiques parentales psychologiquement violentes: une menace à la santé mentale. *Revue canadienne de santé mentale communautaire, 20*, 75-106.

Garbarino, J., Guttman, E. et Seeley, J. (1986). *The psychologically battered child: Strategies for identification, assessment and interpretation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, 97–116.

Gottman, J. M., Katz, L. F. et Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology, 10*, 243-268.

Grafstein, E., Bullard, M., Warren, D. et Unger, B. (2008). Révision de la liste de raisons de consultation du Système canadien d'information de gestion des départements d'urgence (SIGDU). *Journal Canadien des Médecins d'Urgence, 10*(2), 162-173.

Gregory, A. et Eley, T. (2007). Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. *Psychology Review,10*, 199–212.

Green, K., Zebrak, K., Fothergill, K., Robertson, J. et Ensminger, M. (2012). Childhood and adolescent risk factors for comorbid depression and substance use disorders in adulthood. *Addictive Behaviors, 37*, 1240-1247.

Gross, A. et Keller, H. (1992). Long-term consequences of childhood physical and psychological maltreatment. *Aggressive Behaviour, 18*, 171-185.

Hart, S., Binggeli, N. et Brassard, M. (1998). Evidence for the effects of psychological maltreatment. *Journal of Emotional Abuse, 1*, 27-58.

Hart, S. N., Brassard, M. R., Baker, A. J. L. et Chiel, Z. A. (2017). Psychological maltreatment of children. Dans J. B. Klika and J. Conte (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment, 4th Edition*, (p. 145-162). San Jose, CA: Sage.

Hart, S. N., Germain, R. et Brassard, M. R. (1987). The challenge: To better understand and combat the psychological maltreatment of children and youth. Dans M. R. Brassard, R. Germain et S. N. Hart (Eds.*), Psychological maltreatment of children and youth* (p. 3-24). New York: Pergamon Press.

Hart, S., Brassard, M., Binggeli, N. et Davidson, H. (2002). Psychological maltreatment. Dans J.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, C. Jenny and T.A. Reid (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (p. 79-104). Thousand Oaks, CA: Sage.

Haslam, M., Mountford, V., Meyer, C. et Waller, G. (2008). Invalidating childhood environments in anorexia and bulimia nervosa. *Eating Behaviours, 9*, 313-318.

Heim, C., Mayberg, H., Mletzko, T., Nemeroff, C. et Pruessner, J. (2013). Decreased cortical representation of genital somatosensory field after childhood sexual abuse. *American Journal of Psychiatry, 170*, 616-623.

Hibbard R., Barlow J., MacMillan H. (2012) American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect; and American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Child Maltreatment and Violence Committee, titled ″Clinical Report: Psychological Maltreatment″. *Pediatrics*, *130*(2), 372-378.

Houtrow, A., Larson, K., Olson, L., Newacheck, P. et Halfon, M. (2014). Changing trends of childhood disability, 2001–2011. *Pediatrics, 134*, 530-538.

Humphreys, K., LeMoult, J., Wear, J., Piersiak, H., Lee, A., et Gotlib, I. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 102*, 104361.

Jaffee, S. et Maikovich-Fong, A. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*, 184-194.

Jodoin St-Onge, M. (2011). *Programme en milieu pédopsychiatrique de thérapie comportementale dialectique pour adolescentes : une série d'études de cas*. (Thèse doctorale). Université du Québec à Montréal. Montréal.

Jones, S., Eisenberg, N., Fabes, R. et MacKinnon, D. (2002). Parents' reactions to elementary school children's negative emotions: Relations to social and emotional functioning in school. *Merrill-Palmer Quarterly, 48*, 133-159.

Jones, E. et McCurdy, K. (1992). The links between types of maltreatment and demographic characteristics of children, *Child Abuse and Neglect,16*, 201-215.

Joseph, S., Williams, R., Irwing, P. et Cammock, T. (1994). The preliminary development of a measure to assess attitudes towards emotional expression. *Personality and Individual Differences, 16*, 869-875.

Kataoka, S. H., Zhang, L. et Wells, K. B. (2002). Unmet need for mental health care among U.S. children: Variation by ethnicity and insurance status. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1548-1555.

Kazdin, A., Kraemer, H., Kessler, R., Kupfer, D. et Offord, D. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review, 17*(4), 375-406.

Lai, B., La Greca, A., Auslander, B. et Short, M. (2013). Children's symptoms of posttraumatic stress and depression after a natural disaster: Comorbidity and risk factors. *Journal of Affective Disorders, 146*, 71-78.

Leikanger, E., Ingul, J. et Larsson, B. (2012). Sex and age-related anxiety in a community sample of Norwegian adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology, 53*, 150-157.

Lemstra, M., Neudorf, C., D'Arcy, C., Kunst, A., Warren, L. et Bennett, N. (2008). A Systematic Review of Depressed Mood and Anxiety by SES in Youth Aged 10–15 Years. *Canadian Journal of Public Health, 99*, 125-129.

Linehan, M.M. (1991). Cognitive behavioural treatment of chronically suicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 48*, 1060-1064.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder*. London : Guilford Press.

Lovejoy, M., Graczyk, P., O'Hare, E. et Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 20*, 561-592.

Manly, J., Kim, J., Rogosch, F. et Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: contributions of developmental timing and subtype. *Development et psychopathology, 13*, 759-782.

Mash, E. et Barkley, R. (2014). *Child psychopathology (3rd ed.)*. New York : Guilford Press.

Mbekou V., MacNeil S., Mikedis T., Malinski C., Zanga J.C. et Renaud J. (2015). Family functioning and parental invalidation of depressed adolescents with borderline personality disorder traits. *Journal of Child and Adolescent Behavior, 3*, 1-7.

Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Dierker, L. et Grillon, C. (1999). Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological Psychiatry, 46*, 1523-1535.

Miller, A. L., Koerner, K. et Kanter, J. (1998). Dialectical behavior therapy: Part II. Clinical application of DBT for patients with multiple problems. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health, 4*, 84-101.

Mountford, V., Corstorphine, E., Tomlinson, S. et Waller, G. (2007). Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating Behavior, 8*, 48-58.

Mullen, P., Martin, J., Anderson, J., Romans, S. et Herbison, G. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse et Neglect, 20,* 7-21.

Murphy, S., McElroy, E., Elklit, A., Shevlin, M. et Christoffersen, M. (2020). Child maltreatment and psychiatric outcomes in early adulthood. *Child Abuse Review*. Advance online publication.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK) (2007). *Antenatal and postnatal mental health. The NICE guideline on clinical management and service guidance. NICE Clinical Guidelines, No. 45.* Leicester : British Psychological Society.

National Institute of Mental Health (2017). Any disorder among children. Récupéré de: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/any-disorder-among-children.shtml

Ney, P., Fung, T. et Wickett, A. (1994). The worst combination of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect, 18*, 705-714.

Organisation Mondiale de la santé : Child maltreatment. (2020,06,08). Receuilli de https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment.

Organisation Mondiale de la Santé : la santé mentale des adolescents. (2020,09,19). Receuilli de https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health.

Pietikäinen, J., Kiviruusu, O., Kylliäinen, A., Pölkki, P., Saarenpää-Heikkilä, O., Paunio, T. et Paavonen, E. (2020). Maternal and paternal depressive symptoms and children's emotional problems at the age of 2 and 5 years: A longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61*(2), 195-204.

Peris, T. et Piacentini, J. (2014). Addressing barriers to change in the treatment of childhood obsessive compulsive disorder. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 32*, 31-43.

Rosen, D. (2010). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *American Academy of Pediatrics Policy, 126*, 1240.

Salum, G., Desousa, D., do Rosario, M., Pine, D. et Manfro, G. (2013) Pediatric anxiety disorders: From neuroscience to evidence-based clinical practice. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 35,* S3-S21.

Schaefer, C. (1997). Defining verbal abuse of children: A survey. *Psychological Reports, 80*, 626.

Scher, C. et Stein, M. (2003). Developmental antecedents of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 253–269.

Schroeder, C. et Gordon, B. (2002). *Assessment and Treatment of Childhood Problems; A Clinicians Guide*. New York : Guilford Press.

Selby, E., Braithwaite, S., Joiner Jr., T. et Fincham, F. (2008). Features of borderline personality disorder, perceived childhood emotional invalidation, and dysfunction within current romantic relationships. *Journal of Family Psychology, 22*, 885-893.

Sim, L., Adrian, M., Zeman, J., Cassano, M. et Friedrich, W. (2009). Adolescent deliberate self-harm: Linkages to emotion regulation and family emotional climate. *Journal of Research on Adolescence, 19*, 75-91.

Son, S. et Kirchner, J. (2000). Depression in children and adolescents. *American Family Physician*, *62*, 2297-2308.

Sroufe, L. (2009). The concept of developement in development psychopathology. *Child Developemental Perspectives, 3*, 178-183.

Sturrock, B. et Mellor, D. (2014). Perceived emotional invalidation and borderline personality disorder features: A test of theory. *Personality and Mental Health*, *8*, 128-142.

Tasharrofi, S. et Barnes, J. (2019). Carrying the misery to adulthood: The impact of childhood sexual abuse on adulthood impulse control through depression and suicidal thoughts. *Criminal Justice Studies: A Critical Journal of Crime, Law & Society*, *32*(3), 239-263.

Thornberry, T., Ireland, T. et Smith, C. (2001). The importance of timing: the varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. *Development et psychopathology, 13*, 957-979.

Valiente, C., Lemery-Chalfant, K. et Reiser, M. (2007). Pathways to problem behaviors: Chaotic homes, parent and child effortful control, and parenting. *Social Development, 16*, 249-267.

Vallati, M., Cunningham, S., Mazurka, R., Stewart, J. G., Larocque, C., Milev, R. et Harkness, K. (2020). Childhood maltreatment and the clinical characteristics of major depressive disorder in adolescence and adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, *129*(5), 469-479.

Van der Put, C. E., Bouwmeester-Landweer, M. B. R., Landsmeer-Beker, E. A., Wit, J. M., Dekker, F. W., Kousemaker, N. P. J., & Baartman, H. E. M. (2017). Screening for potential child maltreatment in parents of a newborn baby: The predictive validity of an instrument for early identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect (IPARAN). *Child Abuse & Neglect*, *70*, 160-168.

Vissing, Y., Straus, M., Gelles, R. et Harrop, J. (1991). Verbal aggression by parents and psychosocial problems of children. *Child Abuse and Neglect, 15*, 223-238.

Wilmshurst, L. (2017). *Abnormal Child Psychology : A Developmental Perspective*. New York: Routledge.

Wlodarczyk, O., Pawils, S., Metzner, F. *et al.* (2017). Risk and protective factors for mental health problems in preschool-aged children: cross-sectional results of the BELLA preschool study. *Child Adolescent Psychiatry and Mental Health 11*, 1-12.

Yap, M., Allen, N. et Ladouceur, C. (2008). Maternal socialization of positive affect: The impact of invalidation on adolescent emotion regulation and depressive symptomatology. *Child Development, 79*, 1415-1431.

Yates, T., Tracy, A. et Luthar, S. (2008). Nonsuicidal self-injury among "privileged" youths: longitudinal and cross-sectional approaches to development process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 52–62.

You, J. et Leung, F. (2012). The role of depressive symptoms, family invalidation and behavioral impulsivity in the occurrence and repetition of non-suicidal self-injury in Chinese adolescents: a 2-year follow-up study. *Journal of Adolescence, 35*, 389-395.

You, J., Leung, F., Lai, C. et Fu, K. (2012). The Associations between Non-suicidal Self-Injury and Borderline Personality Disorder Features among Chinese Adolescents. *Journal of Personality Disorders, 26*(2), 226-237.

CHAPITRE II

VALIDATION ET ADAPTATION FRANCOPHONE POUR ENFANTS DU *INVALIDATING CHILDHOOD ENVIRONMENT SCALE*.[5]

2.0 Résumé

Ce chapitre présente une traduction, une adaptation et une validation du questionnaire *Invalidating Childhood Environment Scale* de Mountford *et al.* (2007) (*ICES*) ; il n'existe aucun instrument de mesure francophone adapté pour des enfants âgés de 9 à 12 ans qui évalue, en temps réel, leur perception de l'invalidation parentale telle que définie par Linehan (1993). La conceptualisation de Linehan de l'invalidation est considérée comme la référence dans le domaine clinique (Zielinski, 2016) et dans le développement de psychopathologies dont les troubles alimentaires (Haslam *et al.*, 2008), les traits de trouble de personnalité limite (Mbekou *et al.*, 2015), les difficultés reliées à l'anxiété et la dépression (Krause *et al.*, 2003).

[5] Ce chapitre représente le texte de l'article *Validation et adaptation francophone pour enfants du Invalidating childhood environment scale* soumis à la Revue de psychoéducation rédigé par Geneviève Charron, Jacques Forget, Valentin Mbekou, Philippe Valois et Martin Jodoin St-Onge.

2.1 Environnement familial invalidant

Parmi les nombreuses interventions que doivent réaliser les parents au cours du développement de leur enfant, la validation émotionnelle demeure une pierre angulaire. Non seulement la plupart des parents enseignent à leur enfant à reconnaître des situations qui suscitent des affects négatifs, mais ils leur enseignent comment les tolérer et les gérer adéquatement (Buckholdt *et al.*, 2014). À l'inverse, comme le soulignent Krause *et al.* (2003), un environnement invalidant sur le plan de la régulation émotionnelle crée souvent un milieu propice pour la manifestation de nombreux troubles de santé mentale.

La reconnaissance du rôle des pratiques parentales invalidantes et leurs rôles dans le développement d'une psychopathologie sont largement dus aux travaux de Linehan (1993). Pionnière dans le traitement du trouble de personnalité limite par la thérapie comportementale dialectique, Linehan postule qu'un environnement invalidant constitue un élément fondamental dans la genèse de psychopathologies. «Un environnement est dit invalidant lorsque l'expression des expériences et émotions personnelles n'est pas reconnue, mais au contraire punie, ignorée ou dévalorisée » (Compagnone et Lo Monaco, 2015, p. 44). Non seulement les parents communiquent à l'enfant qu'il possède une mauvaise perception de ce qu'il vit ou ressent, mais qu'il doit se fier à l'évaluation d'autrui pour agir et réagir plutôt qu'à ses propres perceptions (Linehan, 1993). Puisque l'enfant a peu d'occasions d'étiqueter, moduler et comprendre ses émotions, il lui est difficile d'agir adéquatement dans diverses situations quotidiennes de détresse. Qui plus est, il oscille entre une inhibition émotionnelle extrême et un état d'expression démesurée afin d'obtenir une réaction minimale de son environnement (Linehan, 1993). Les enfants qui font l'expérience d'un environnement invalidant échouent régulièrement dans leurs tentatives de régulation affective (Jones *et al.*, 2002; Kaufman *et al.*, 2020).

Selon Crowell *et al.* (2013), un environnement invalidant possède trois caractéristiques. En premier lieu, les réactions affectives des enfants sont minimisées ou rejetées par leurs parents. Ces derniers présentent des difficultés à reconnaître et à répondre adéquatement aux besoins affectifs de leurs enfants. En deuxième lieu, les environnements invalidants encourageraient des réactions négatives démesurées afin de recevoir un soutien et un appui minimal de la part des parents. En dernier lieu, les interactions parents-enfants engendraient avec le temps davantage de comportements marqués par une grande dysrégulation affective et une importante réactivité émotionnelle. Notamment, l'enfant réagit fortement et rapidement à une situation et ce patron émotionnel nécessite un temps considérable avant d'être remplacé par un état émotionnel adéquat.

2.2 Invalidation et psychopathologies

L'émergence et la trajectoire développementale des psychopathologies sont diverses, compliquées, rarement linéaires et proviennent rarement d'une seule cause. Jaffee (2017) rappelle qu'il existe plusieurs modèles qui tentent d'expliquer le développement de psychopathologies résultant d'expériences vécues. Parmi ces modèles, notons ceux qui mettent l'accent sur les mécanismes épigénétiques ou génétiques qui jouent un rôle dans la réaction physiologique aux situations anxiogènes et de stress via son action de hypothalamo-pituitaire-adrénal (Gross, 2007; Mikolajczak et Desseilles, 2012; Sokolowski et Boyce, 2017). Le modèle de Buckholdt *et al.* (2014), qui s'inscrit au sein du modèle biosocial proposé par Linehan (1993), suggère une relation entre la dysrégulation de l'affect du parent, des pratiques parentales d'invalidation, et de la dysrégulation affective de l'enfant ou de l'adolescent. Autrement dit, ce modèle examine le lien entre les processus de régulation des affects et le développement de psychopathologies.

En outre, plusieurs études ont évalué les conséquences des pratiques parentales invalidantes dans le développement de troubles internalisés et externalisés. Notamment, l'invalidation parentale contribuerait au développement, chez l'adulte, de trouble de personnalité limite (Linehan 1993; Sturrock *et al.*, 2009), de traits narcissiques (Huxley et Bizumic, 2017), de troubles des conduites alimentaires (Haslam, *et al.*, 2008), de problèmes affectifs (Gottman *et al.*, 1996), de régulation affective (Hope et Chapman, 2019) ou encore de difficultés sur le plan des habiletés amoureuses (Selby *et al.*, 2008). Chez les adolescents, les conséquences de l'invalidation parentale ont été reliées à l'émergence de traits du trouble de personnalité limite (Mbekou *et al.*, 2015), à la présence de comportements automutilatoires (Adrian *et al.*, 2018), suicidaires (Yen *et al.*, 2015) ou encore à des états dépressifs (Yap *et al.*, 2008).

Le phénomène de l'invalidation parentale représente un facteur de risque important pour la santé mentale des personnes qui subissent cette forme de maltraitance. Toutefois, puisque son effet est toujours mesuré post hoc, la majorité des études interpellent des participants adultes à répondre rétrospectivement à des questionnaires concernant leurs expériences vécues alors qu'ils étaient enfants. Ainsi, la relation de causalité entre l'invalidation et le développement de psychopathologies est, à plusieurs égards, théorique et demeure, à ce jour, difficile à établir. Par conséquent, il devient essentiel d'évaluer la perception des enfants de l'invalidation parentale qu'ils vivent, comment elle se manifeste en temps réel (prospectif) et les effets de cette dernière sur leur santé mentale et leur fonctionnement au quotidien.

2.3 Instruments d'évaluation de l'invalidation

L'intérêt de recherche quant à la relation entre l'invalidation et certaines psychopathologies a interpellé certains auteurs, dont Mountford *et al.* (2007) à développer des outils pour évaluer cette forme de maltraitance.

2.3.1 Population adulte

Il existe des instruments qui mesurent chez les adultes leur perception de comportements d'invalidation de la part de leurs parents alors qu'ils étaient plus jeunes. Mentionnons l'*Attitudes Towards Emotional Expression Scale* (Joseph *et al.*, 1994), le *Socialization of Emotion Scale* (Krause *et al.*, 2003) et l'*Invalidating Childhood Environment Scale* (Mountford *et al.*, 2007). Ces questionnaires mesurent tous l'invalidation parentale telle que définie par Linehan (1993). Ainsi, les participants adultes doivent se rappeler les pratiques éducatives privilégiées par leurs parents lorsqu'ils étaient enfants, et comment ces mêmes pratiques auraient contribué au développement de leurs difficultés psychologiques et de leurs problèmes d'adaptation passés et présents. Le *Perceived Invalidation of Emotion Scale* développé par Zielinski et Veilleux (2018) mesure la perception actuelle de l'invalidation, mais chez une population adulte. À noter, Compagnone et Le Monaco (2015) ont traduit et adapté en français l'*Invalidating Childhood Environment Scale* de Mountford *et al.* (2007), mais pour une population adulte.

En dépit que ces instruments de mesure rapportent des qualités psychométriques acceptables, ils présentent certaines limites. Tous ont été conçus pour des répondants d'âge adulte qui doivent répondre aux questionnaires de manière rétrospective. Aucun de ces instruments de mesure ne possède une version officielle francophone validée pour les enfants. Conséquemment, ces questionnaires recueillent toutes les faiblesses traditionnellement associées aux méthodes rétrospectives dont, la mémoire

qui, avec le temps, oublie, minimise ou modifie certains souvenirs; les personnes se rappellent que des gestes et des faits dont ils étaient conscients à ce moment; le rappel et l'interprétation actuelle de certaines situations du passé seraient influencés par l'état affectif que la personne se retrouve au moment où elle répond aux questionnaires et les inférences causales deviennent difficiles à établir étant donné les nombreux biais possibles de rappels (Hardt et Rutter, 2004).

2.3.2 Population d'enfants et adolescents

Étant donné les limites des méthodes rétrospectives, certains auteurs ont préféré étudier le lien entre l'invalidation et la psychopathologie pédiatrique avec la perception actuelle de l'enfant ou l'adolescent par l'entremise de questionnaires prospectifs. Toutefois, à notre connaissance, il en existe peu.

Dans une étude chinoise, You et Leung (2012) ont examiné le rôle des symptômes dépressifs, de l'invalidation familiale et de l'impulsivité comportementale dans le développement de comportements d'automutilation. Toutefois, l'instrument utilisé pour mesurer l'invalidation auprès de participants âgés de 11 à 19 ans ne peut être retrouvé pour consultation. Les auteurs rapportent que cet instrument a été développé par l'entremise d'une thèse de maîtrise non publiée, en mandarin. Ils expliquent seulement qu'ils ont développé un questionnaire comportant 18 éléments basés sur la notion d'invalidation de Linehan (1993). En plus du fait que cet instrument vise une clientèle plus âgée que celle ciblée par la présente étude, la procédure de développement de cet instrument est inconnue et il est impossible de savoir comment les chercheurs ont conceptualisé la notion d'invalidation dans un contexte socioculturel chinois. À notre connaissance, aucune étude ne rapporte avoir utilisé cet instrument pour évaluer l'invalidation chez des enfants. Un autre instrument, *Emotions as a Child Scales – Children version* (O'Neal et Magai, 2005), comporte

deux échelles: (i) socialisation des émotions (64 items) (ii) stratégies de régulation des émotions (49 items). Dans leur étude, ces auteurs utilisent une version en anglais, pour des enfants âgés de 11 à 14 ans provenant d'un milieu défavorisé.

Un dernier instrument qui mérite une attention particulière est celui développé par Mbekou *et al.* (2015). Ces derniers ont adapté l'*Invalidating Childhood Environment Scale* de Mountford *et al.* (2007) pour adolescents. Leur échantillon est uniquement composé de filles âgées de 13 à 18 ans qui participent à un programme de clinique externe en pédopsychiatrie et qui présentent des traits d'un trouble de personnalité limite. Ainsi, non seulement la généralisation est limitée, mais, comme le mentionne les auteurs, leur instrument demeure en cours de validation.

Après examen des instruments de mesure disponibles, les présents auteurs partagent la position de Robertson *et al.* (2013) qui soutiennent que l'*Invalidating Childhood Environment Scale* de Mountford *et al.* (2007) est un instrument qui présente une bonne intégration de la notion de l'invalidation parentale telle que définie par Linehan (1993). Spécifiquement, ils ont trouvé que la cohérence interne pour les échelles d'invalidation parentale (*ICES*) étaient très bonne (invalidation de la mère $\alpha = .90$; invalidation du père $\alpha = .88$).

2.4 Objectifs de l'étude

Cette étude a pour objectif d'adapter et de valider *The Invalidating Childhood Environment Scale (ICES)* auprès d'enfants francophones âgés de 9 à 12 ans. Il s'agit d'obtenir un instrument doté de bonnes qualités psychométriques, tel que suggéré par Haynes *et al.* (1995) et Souza *et al.* (2017) afin de créer, à notre connaissance, le seul instrument existant mesurant l'invalidation parentale perçue par les enfants de leurs parents en temps réel.

2.5 Méthode

2.5.1 Participants

Les participants de la pré-expérimentation sont 31 enfants francophones âgés de 9 à 13 ans de cinquième et sixième année du primaire provenant d'une école de la commission scolaire des Affluents. La pré-expérimentation a été réalisée avec l'*Échelle de Perception de mon Environnement Familial (version Enfant - (EPEF-E)* (Charron, Forget, Mbekou, Valois et Jodoin, 2017) afin de fournir des indices à l'égard du temps requis pour compléter le questionnaire, la clarté et la précision des questions ainsi que tous autres éléments qui auraient pu influencer la validité du questionnaire. Cette étape a permis d'identifier les diverses difficultés pour l'administration du questionnaire en salle de classe, une analyse des commentaires des élèves (ex.: clarté des questions) ainsi que celle de consistance interne. Les critères d'inclusion sont les suivants : maîtriser le français, être dans une classe de cinquième ou sixième année du primaire. Cette étape a permis de produire l'*EPEF-E* version finale. Il est à noter que les enfants qui ont participé à la pré-experimentation n'ont pas participer à l'expérimentation de la version finale de l'*EPEF-E*.

Pour la version finale de l'*EPEF-E*, les participants sont 179 enfants âgés de 9 à 13 ans (moyenne = 10,86 et écart-type = 0,76) dont 76 filles et 103 garçons provenant de dix classes au total de cinquième et sixième année du primaire de deux écoles, une de la commission scolaire des Affluents ainsi qu'une école privée située sur l'île de Montréal. Les critères d'inclusion sont les mêmes que pour les participants de la pré-expérimentation.

2.5.2 Instruments de mesure

2.5.2.1 *Échelle de Perception de mon Environnement Familial pour Enfant* (*EPEF-E*)

L'*EPEF-E* se base sur le questionnaire *Invalidating Childhood Environment Scale* (*ICES*) qui a initialement été créé afin d'évaluer le rôle d'un environnement invalidant dans le développement de psychopathologies à l'âge adulte, spécifiquement chez des femmes présentant un trouble alimentaire, Mountford *et al.* (2007) ont développé *The Invalidating Childhood Environment Scale* (*ICES)*. Cet outil comprend 14 items mesurant des comportements parentaux spécifiques et quatre items associés à la perception du style et des structures familiales. Il est à noter que les chercheurs ont développé les 14 items afin de représenter la notion d'invalidation parentale de Linehan (1993) tel que définie par cette dernière et, par conséquent, refléter les huit thèmes qui la représente : (i) ignorer les pensées et les jugements (ii) faire fi des émotions (iii) nier les pensées et les jugements (iv) nier les émotions (v) réagir démesurément aux émotions (vi) surestimer la tâche de résolution de problèmes (vii) surréagir quant aux pensées et jugements, et (viii) sursimplifier les problèmes. Dans la version originale, le questionnaire de Mountford et ses collègues se termine par quatre questions qui examinent le type de famille invalidante telle que définie par Linehan (1993) (chaotique, typique, parfaite, validante) et la définition d'un environnement invalidant. Cet aspect permet de mesurer la perception d'un participant de son environnement.

Les réponses des participants sont recueillies sur une échelle de type Likert en format de cinq points oscillant de 1 « jamais » à 5 « toujours », et ce, pour chaque parent. Une moyenne des items est obtenue et permet de chiffrer le degré d'invalidation parentale perçue par le répondant : un résultat plus élevé indique un degré d'invalidation accrue. Les quatre derniers items incluent une description des trois

types d'environnements invalidants tels que définis par Linehan (typique, parfaite et chaotique) et la définition d'un environnement validant. Cet aspect permet de mesurer la perception d'un participant de son environnement.

Avec un échantillon de 135 participantes dont 73 présentant un trouble alimentaire et 62 sans trouble alimentaire, Mountford et ses collègues rapportent de bonnes qualités psychométriques du *ICES*, avec de bons niveaux de consistance interne quant à l'invalidation par le père ($\alpha = 0.796$) et par la mère ($\alpha = 0.772$). Robertson *et al.* (2013) rapportent également des bons indices internes (invalidation par la mère: $\alpha = 0{,}90$; invalidation par le père: $\alpha = 0{,}88$). Ces mêmes auteurs rapportent des corrélations entre le *Parental Bonding Instrument* (Parker *et al.*, 1979) et les échelles du *ICES* : une corrélation négative avec les soins maternels ($r = -0{,}70$, $p < 0.05$), une corrélation négative avec les soins paternels ($r = -0{,}79$, $p < 0.05$), une corrélation positive avec la surprotection maternelle ($r = 0{,}53$, $p < 0.05$) ainsi qu'une corrélation positive avec la surprotection paternelle ($r = -0{,}79$, $p < 0.05$). Par des corrélations de Pearson, Robertson et ses collègues (2013) rapportent que le *Borderline Syndrome Index* (Conte *et al.*, 1980) a été associé positivement à l'invalidation par la mère ($r = 0{,}45$, $p < 0{,}05$) et le père ($r = 0{,}35$, $p < 0{,}05$).

Le processus de traduction et d'adaptation du *ICES* pour des enfants a été réalisé par la procédure de validation proposée par Vallerand (1989). Trois membres du groupe de recherche Laboratoire des sciences appliquées du comportement (LSAC) Université du Québec à Montréal (UQÀM) ont traduit le questionnaire de l'anglais au français et ont produit trois versions françaises. Deux autres membres du même groupe de recherche ont, à leur tour, traduit les trois versions préliminaires françaises en langue anglaise, ce qui a constitué une traduction inversée parallèle (*back-translation*). Par la suite, l'équipe de recherche a analysé les trois versions préliminaires françaises et a produit une seule version expérimentale de l'*Échelle de*

Perception de mon Environnement Familial (version Enfant - EPEF-E). Dans sa version finale, l'*EPEF-E* (Annexe G) comprend 14 questions quant à la perception de l'enfant des pratiques parentales de sa mère et de son père. Les quatre dernières questions concernant la description des trois types d'environnements invalidants et la définition d'un environnement validant ont été supprimées dans la version finale. Ici, ces questions ont été omises puisque le but de la présente étude n'est pas d'examiner les différents types de famille.

Tout comme l'*ICES*, l'*EPEF-E* est constitué de 14 items qui identifient des comportements parentaux spécifiques et invalidants tels que définis par Linehan (1993). Ces comportements sont regroupés suivant les huit thèmes déjà mentionnés. Contrairement à l'*ICES* qui invite les répondants à se souvenir de leur environnement familial alors qu'ils étaient plus jeunes, l'*EPEF-E* demande aux enfants de fournir une perception actuelle des comportements de leurs parents.

L'*EPEF-E* demande aux participants de répondre aux questions quant à leur mère et leur père par l'entremise d'une échelle Likert en format de cinq points oscillant de 1 « jamais » à 5 « toujours », et ce, pour chaque parent. Pour interpréter le questionnaire, une somme et une moyenne des résultats pour chaque parent ont été réalisées : un résultat plus élevé dénote davantage d'invalidation perçue par le répondant. L'*EPEF-E* requiert approximativement 10 minutes à répondre.

2.5.3 Procédure

Dans un premier temps, une lettre a été envoyée aux établissements d'une commission scolaire située dans la grande région de Montréal. Cette lettre présentait le projet de recherche ainsi que la faisabilité de l'administration des questionnaires en fonction de l'horaire de classe (Annexe A). Après d'avoir reçu des réponses favorables par des directeurs de deux établissements scolaires, les auteurs ont remis

aux enseignants de ces établissements une lettre de présentation de l'étude ainsi que les formulaires de consentement aux parents, tuteurs légaux et enfants (Annexe B).

À la suite de l'obtention des consentements, la chercheuse principale de l'étude ainsi qu'une assistante de recherche se sont présentées aux écoles. Une fois dans les salles de classe, le verbatim, texte uniformisé des directives données aux enfants, a été lu aux élèves à voix haute (Annexe C). Des paravents ont été placés sur leur pupitre afin de préserver la confidentialité des réponses. Le questionnaire a ensuite été distribué aux élèves. Une fois que l'élève avait confirmé son intention de participer, il devait inscrire son nom, son sexe et son âge sur la page couverture. Par la suite, chacune des questions de l'*EPEF-E* était lue à voix haute. Après chaque réponse aux questions, l'élève déposait son crayon. L'ensemble du questionnaire a requis un temps de passation de 10 minutes. Les élèves non participants s'occupaient en réalisation d'un travail personnel de leur choix avec l'accord de l'enseignante.

2.6 Résultats

Deux analyses factorielles sont effectuées avec les réponses des participants à *l'EPEF-E.* La première regroupe les questions concernant les mères et la deuxième celles des pères. Le nombre de facteurs est évalué simultanément par l'analyse des valeurs propres supérieures à la moyenne, l'analyse parallèle, l'analyse de coordonnées optimales, le facteur d'accélération et l'évaluation visuelle du test des éboulis. Les résultats des différentes analyses, illustrés à la figure 1 pour les questions des mères et à la figure 2 pour les questions des pères, montrent une certaine concordance favorisant l'extraction de deux facteurs aux analyses factorielles, pour les deux groupes de questions. Les échelles sont calculées séparément pour les mères et pour les pères en utilisant les items qui saturent aux différents facteurs. Ces deux facteurs sont extraits à l'aide d'analyses factorielles de type ressemblance maximale

(*maximum likelihood*) avec rotation varimax. Ces analyses sont effectuées avec le logiciel statistique R version 3.4.2 et de la fonction « fa » de la librairie *Psych* (R Core Team, 2017). Cette fonction calcule les indices du modèle obtenu de la même manière que procèderait une analyse factorielle confirmatoire. Le tableau 2.1 montre les coefficients de saturations aux facteurs extraits après la rotation varimax, pour les coefficients supérieurs à |0,35| pour les questions des mères et celles des pères.

Tableau 2.1 : Coefficients de saturations des items et variances expliquées par les deux facteurs pour les questions portants sur les mères et pour les questions portant sur les pères

Questions	Mères		Pères	
	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 1	Facteur 2
1	0,55		0,40	
2	0,46		0,38	0,38
3	0,56		0,50	
4	0,69		0,57	
5		0,59		0,58
6		0,38	0,53	
7			0,49	
8		0,58		0,52
9	0,50		0,42	
10		0,47	0,49	0,39
11	0,53			0,43
12		0,64		0,72
13	0,46	0,39	0,53	
14		0,53		0,57
%VE	17 %	15 %	17 %	14 %
Cumule	17 %	32 %	17 %	31 %

%VE : pourcentage de variances expliquées

L'index RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) est de 0,026 (borne supérieure à 0,041) pour les mères et de 0,072 (borne supérieure à 0,081) pour les pères. L'index de Tucker Lewis est respectivement de 0,975 et de 0,819.

Tableau 2.2 : Analyse d'homogénéité des facteurs pour les questions portant sur les mères et les questions portant sur les pères par l'alpha de Cronbach

Alpha de Cronbach Série de questions	Facteur 1	Facteur 2	Global
Mères	0,76	0,74	0,79
Pères	0,77	0,73	0,79

L'analyse de l'alpha de Cronbach montre une homogénéité suffisante pour chacun des facteurs et le questionnaire global, autant pour les mères que pour les pères. L'analyse ne suggère le retrait d'aucun item.

Les scores aux facteurs sont calculés en utilisant la moyenne des réponses aux items les composant. Une corrélation de Pearson entre les facteurs montre une corrélation de r = 0,449 pour les mères et de r = 0,546 pour les pères. Le tableau 3 montre la moyenne, l'écart-type et la variance pour chacun des facteurs selon le sexe de l'enfant et lorsque les deux sexes sont combinés.

Tableau 2.3 : Moyenne, écart-type, minimum, maximum et variance selon le sexe de l'enfant pour les questions concernant la mère

		Moyenne	Écart-type	Min	Max	Variance
Garçons	Global	1,56	0,47	1,00	3,29	10,82
	Facteur 1	1,64	0,62	1,00	4,00	16,00
	Facteur 2	1,43	0,49	1,00	3,29	10,82
Filles	Global	1,68	0,53	1,00	4,07	16,56
	Facteur 1	1,70	0,58	1,00	4,38	19,18
	Facteur 2	1,59	0,64	1,00	3,86	14,90
Non-différencié	Global	1,63	0,51	1,00	4,07	16,56
	Facteur 1	1,67	0,60	1,00	4,38	19,18
	Facteur 2	1,52	0,58	1,00	3,86	14,90

2.4 : Moyenne, écart-type, minimum, maximum et variance selon le sexe de l'enfant pour les questions concernant le père

		Moyenne	Écart-type	Min	Max	Variance
Garçons	Global	1,60	0,43	1,00	3,29	10,82
	Facteur 1	1,58	0,49	1,00	3,30	10,89
	Facteur 2	1,57	0,57	1,00	3,5	12,25
Filles	Global	1,82	0,57	1,00	3,71	13,76
	Facteur 1	1,79	0,60	1,00	4,00	16,00
	Facteur 2	1,81	0,72	1,00	4,17	17,39
Non-différencié	Global	1,73	0,53	1,00	3,71	13,76
	Facteur 1	1,70	0,56	1,00	4,00	16,00
	Facteur 2	1,71	0,97	1,00	4,17	17,39

2.7 Discussion

L'objectif de cette étude est de traduire, d'adapter et de valider l'*Invalidating Childhood Environment Scale* de Mountford *et al.* (2007) (*ICES*) afin de développer un instrument de mesure francophone adapté pour des enfants âgés de 9 à 12 ans, qui évalue, en temps réel, leur perception de l'invalidation telle que définie par Linehan (1993). Ce nouvel instrument de mesure se nomme l'*Échelle de Perception de mon Environnement Familial (version Enfant - EPEF-E).* Les analyses ont permis de constater qu'il existe deux facteurs sous lesquels les enfants perçoivent l'invalidation parentale. Un premier groupe de questions est d'ordre émotif-affectif et un deuxième groupe est davantage cognitif-scolaire. Le premier facteur réunit des réponses parentales caractérisées par la colère, l'ignorance, le sarcasme, la frustration, la déception, et l'attribution d'intention négative. Le deuxième facteur rassemble des réponses parentales caractérisées par l'attribution d'intention de manque de volonté, d'effort, de persévérance, ainsi qu'un manque de confiance dans l'intelligence et les capacités de l'enfant. Ainsi, l'ensemble des réponses parentales se caractérise par le mépris, la mésestime et le désintérêt.

Les résultats de cette étude suggèrent que l'*EPEF-E* présente de bonnes qualités psychométriques qui sont comparables à l'outil original dont il a été adapté. L'analyse par l'alpha de Cronbach montre que le questionnaire possède une cohérence interne suffisante pour un instrument psychologique, lorsque comparé à d'autres instruments de mesure du même type (Mountford *et al.*, 2007). Pour la validité, les index de RMSEA et de Tucker Lewis sont excellents pour les mères, et acceptables pour les pères. La structure factorielle est théoriquement fondée concernant les mères, bien qu'il y ait des différences avec les pères. La mère semble être encore majoritairement la première responsable de soins d'un enfant, les interactions avec celles-ci sont probablement plus nombreuses et plus constantes, ce qui rejoint les résultats de

l'étude de Yavorsky et ses collègues (2015). Les moyennes et les écart-types obtenus aux items montrent des effets planchers, ce qui pose un certain problème pour la validation du questionnaire. Plus d'études sont nécessaires pour bien comprendre l'invalidation par les pères et il est recommandé d'utiliser l'échelle des pères avec parcimonie. En revanche, les résultats obtenus sont similaires, en termes de limites, aux réponses obtenues dans d'autres instruments de mesure évaluant une dimension pathologique tels que le *Beck Depression Inventory-II* (Beck *et al.*, 1996). Cela implique que le questionnaire ne mesure que l'invalidation parentale et ne peut pas mesurer pour autant la validation parentale.

L'objectif de cette étude a été de développer un outil doté de bonnes qualités psychométriques pour évaluer les pratiques parentales invalidantes. De plus, cet instrument de mesure servira à outiller les chercheurs et les cliniciens dans leurs méthodes d'évaluation et leur pratique clinique dans le contexte d'interventions réalisées auprès de familles dont les modes d'interactions sont souvent invalidantes. Il est postulé que l'identification précoce de ces pratiques parentales invalidantes limiterait les conséquences de cette invalidation parentale sur le développement de psychopathologies chez les enfants par des interventions cliniques davantage individualisées.

Cette étude présente certaines limites. La taille de l'échantillon présente une limite et ainsi un nombre de participants plus élevés aurait probablement amélioré les qualités psychométriques de l'*EPEF-E*. L'analyse des réponses des enfants permet de constater qu'il y aurait une possibilité de fusionner ou d'éliminer certaines des questions comme dans l'étude de Robertson *et al.* (2013). Il serait possiblement pertinent de présenter sur deux pages distinctes les questions qui concernent les mères des questions au sujet des pères afin que l'enfant puisse se concentrer sur une image parentale à la fois. En dernier lieu cette étude n'a pas pu examiner la validité de

convergence de l'*EPEF-E* compte tenu du manque d'instrument de mesure disponible qui évalue l'invalidation parentale chez les enfants. Il aurait également été pertinent d'examiner la stabilité temporelle de l'*EPEF-E*.

Cette étude suggère certaines pistes de recherches. Spécifiquement, puisque l'absence de pratiques parentales invalidantes n'est pas synonyme d'un environnement validant, qu'en est-il de leurs conséquences sur le développement? Est-ce que la fréquence d'un geste d'invalidation ou l'importance du geste aura des effets plus importants sur les comportements et l'adaptation? En d'autres mots, la chronicité de gestes d'invalidation dans la vie d'un enfant est-elle plus dommageable que l'importance du geste en soi, qui pourrait être plus rare, mais plus importante. La rareté d'une action invalidante serait-elle moins importante puisqu'elle se dilue dans le quotidien de l'enfant ; est-ce que l'invalidation au quotidien est banalisée et devient graduellement un mode de fonctionnement?

Tous milieux cliniques qui souhaitent intervenir auprès de la santé mentale des enfants ainsi que de leurs parents pourraient certainement bénéficier d'outils qui évaluent l'invalidation parentale comme facteur de risque. À ce sens, l'*EPEF-E* représente un instrument de mesure très prometteur.

2.8 Références

Adrian, M., Berk, M. S., Korslund, K., Whitlock, K., McCauley, E. et Linehan, M. (2018). Parental validation and invalidation predict adolescent self-harm. *Professional Psychology: Research and Practice, 49*(4), 274-281.

Beauchaine, T. et Hinshaw, S. (2013). *Child and Adolescent Psychopathology* (2nd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.

Beck, A., Steer, R., Ball, R. et Ranieri, W. (1996). Comparaison of Beck Depression inventories – IA and II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment, 67,* 588-597.

Belsky, J. (1993). Etiology of Child Maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin, 114*(3), 413-434.

Bolger, K., Patterson, C. et Kupersmidt, J. (1998). Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child Development, 69,* 1171-1197.

Bolger, K. et Patterson, C. (2001). Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development, 72,* 549-568.

Buckholdt, K., Parra, G. et Jobe-Shields, L. (2014). Intergenerational transmission of emotion dysregulation through parental invalidation of emotions: Implications for adolescent internalizing and externalizing behaviors. *Journal of Child and Family Studies, 23*(2), 324-332.

Buss, K., Davis, E., Kiel, J., Brooker, R., Beekman, C. et Early, M. (2013). Dysregulated fear predicts social wariness and social anxiety symptoms during kindergarten. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2*(5), 603–616.

Carter, J., Joyce, P., Mulder, R. et Luty, S. (2001). The contribution of temperament, childhood neglect, and abuse to the development of personality dysfunction: A comparison of three models. *Journal of Personality Disorders, 15*(2), 123-135.

Chamberland, C., Laporte, L., Lavergne, C., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Helie, S. et Malo, C. (2005). Psychological maltreatment of children reported to youth protection services: a situation of grave concern. *Journal of Emotional Abuse, 5*(1), 65-*94.*

Cicchetti, D. (1989). How research on child maltreatment has informed the study of child development: Perspectives from developmental psychopathology. Dans D. Cicchetti et Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect* (p. 377-431). New York: Cambridge University Press.

Cicchetti, D. et Walker, E. (2001). Editorial: Stress and development: Biological and psychological consequences. *Development and Psychopathology, 13,* 413-418.

Cicchetti, D. (2010). A developmental psychopathology perspective on bipolar disorder. Dans D. J. Miklowitz et D. Cicchetti (*Eds.*) *Bipolar Disorder: A Developmental Psychopathology Approach* (p. 1-32). New York: The Guilford Press.

Cicchetti, D. (2014). Illustrative developmental psychopathology perspectives on precursors and pathways to personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 28,* 172-179.

Compagnone, P. D. et Lo Monaco, G. (2015). Validation française du questionnaire d'évaluation de l'environnement invalidant durant l'enfance : The Invalidating Childhood Environments Scale (ICES). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 65*(1), 43-52.

Conte, H., Plutchik, R., Karasu , T. et Jerret , I. (1980). A self-report borderline scale: Discriminative validity and preliminary norms. *Journal of Nervous and Mental Disease, 168*(7), 428-435.

Crittenden, P. et Ainsworth, M. (1989). Child maltreatment and attachment theory. Dans Cicchetti, C. et Carlson, V. (Eds.), *Handbook of Child Maltreatment* (p. 432–463). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Crowell, S., Baucom, B., McCauley, E., Potapova, N., Fitelson, M., Barth, H., Smith, C. et Beauchaine, T. (2013). Mechanisms of contextual risk for adolescent self-injury: Emotional invalidation and conflict escalation in mother-child interactions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 42*, 467-480.

Egeland, B. (2009). Taking stock: childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse and Neglect, 33*, 22-26. http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5867, etcontext=etd

Gottman, J., Katz, L. et Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology, 10*(3), 243-268.

Gregory, A. et Eley, T. (2007). Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. clinical child and family. *Psychology Review, 10*(3),199–212.

Gross, J.J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: The Guilford Press.

Halfon, N., Houtrow, A., Larson, K., Olson, L. et Newacheck, P. (2012). The changing landscape of disability in childhood. Future of children, 2001-2011. *Pediatrics, 22*(1), 13–42.

Hardt, J. et Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(2), 260-273.

Hart, S., Binggeli, N. et Brassard, M. (1998). Evidence for the effects of psychological maltreatment. *Journal of Emotional Abuse, 1*, 27-58.

Haslam, M., Mountford, V., Meyer, C. et Waller, G. (2008). Invalidating childhood environments in anorexia and bulimia nervosa. *Eating Behaviours, 9*, 313-318.

Haynes, S., Richard, D. et Kubany, E. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment, 7*, 238-247.

Hope, N. H. et Chapman, A. L. (2019). Difficulties regulating emotions mediates the associations of parental psychological control and emotion invalidation with borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 10*(3), 267-274.

Huxley, E. et Bizumic, B. (2017). Parental invalidation and the development of narcissism. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 51*(2), 130-147.

Jaffee, S. (2017). Child maltreatment and risk for psychopathology. Dans T.P. Beauchaine (Eds.), *Child and Adolescent Psychopathology*, (3rd ed., p. 144-177). Hoboken, NJ: John Wiley.

Jaffee, S. et Maikovich-Fong, A. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*, 184–194.

Jones, S., Eisenberg, N., Fabes, R. et MacKinnon, D. (2002). Parents' reactions to elementary school children's negative emotions: Relations to social and emotional functioning in school. *Merrill-Palmer Quarterly, 48*, 133–159.

Joseph, S., Williams, R., Irwing, P. et Cammock, T. (1994). The preliminary development of a measure to assess attitudes towards emotional expression. *Personality and Individual Differences, 16*, 869-875.

Kaufman, E. (2020). Parent-child conflict, validation, and biosocial mechanisms of risk for adolescent self-inflicted injury. Dissertation abstracts international: Section B. *The Sciences and Engineering, 81*(*3-B*).

Krause, E. D., Mendelson, T. et Lynch, T. R. (2003). Childhood emotional invalidation and adult psychological distress: The mediating role of emotional inhibition. *Child Abuse and Neglect, 27*(2), 199-213.

Laurencelle, L. (1998). *Théorie et techniques de la mesure instrumentale*. Sainte-Foy, Qc: Presses de l'Université du Québec.

Linehan, M.M. (1991). Cognitive behavioural treatment of chronically suicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 48*, 1060–1064.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder*. London, UK: The Guilford Press.

Lorber, M.F. et Egeland, B. (2009). Infancy parenting and externalizing psychopathology from childhood through adulthood: Developmental trends. *Developmental Psychopathology, 45*, 909-912.

Mash, E. et Barkley, R. (2014). *Child Psychopathology* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.

Mbekou, V., MacNeil, S., Mikedis, T., Malinski, C., Zanga, J. et Renaud, J. (2015). Family functioning and parental invalidation of depressed adolescents with borderline personality disorder traits. *Journal of Child Adolescent Behavior, 3*, 1-7.

Merikangas, K.R., Nakamura, E.F. et Kessler, R.C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*, 7-20.

McCord, J. (1983). A forty year perspective on the effects of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect, 7*, 265-270.

Mikolajczak, M. et Desseilles, M. (2012). *Traité de régulation des émotions*. Bruxelles, BG : De Boeck.

Miller, A. L., Koerner, K. et Kanter, J. (1998). Dialectical behavior therapy: Part II. Clinical application of DBT for patients with multiple problems. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, *4*, 84–101.

Mountford, V., Corstorphine, E., Tomlinson, S. et Waller, G. (2007). Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating Behaviors, 8*(1), 48-58.

O'Neal, C. et Magai C. (2005). Do parents respond in different ways when children feel different emotions? The emotional context of parenting. *Development and Psychopathology, 17*, 467–487.

Offord, D., Boyle, M., Racine, Y. et Fleming, J. (1992). Outcome, prognosis, and risk in a longitudinal follow-up study. *Journal of the American Academy of Child , et Adolescent Psychiatry, 31*(5), 916-923.

Parker, G., Tupling, H. et Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology, 52*, 1–10.

R Core Team (2017). R: A language and environment for statistical computing (3.4.2) [logiciel]. Vienna, Austria : R Foundation for Statistical Computing. Repéré à https://www.R-project.org/

Robertson, C., Kimbrel, N. et Nelson-Gray, R. (2013). The Invalidating Childhood Environment Scale (ICES): Psychometric properties and relationship to borderline personality symptomatology. *Journal of Personality Disorders, 27*(3), 402-410.

Schaefer, C. (1997). Defining verbal abuse of children: A survey. *Psychological Reports, 80*, 626.

Scher, C. et Stein, M. (2003). Developmental antecedents of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 253–269.

Schroeder, C. et Gordon, B. (2002). *Assessment and Treatment of Childhood Problems: A Clinicians Guide.* New York, NY: The Guilford Press.

Selby, E., Braithwaite, S., Joiner Jr., T. et Fincham, F. (2008). Features of borderline personality disorder, perceived childhood emotional invalidation, and dysfunction within current romantic relationships. *Journal of Family Psychology, 22*(6), 885-893.

Sim, L., Adrian, M., Zeman, J., Cassano, M. et Friedrich, W. (2009). Adolescent deliberate self-harm: Linkages to emotion regulation and family emotional climate. *Journal of Research on Adolescence, 19*(1), 75-91.

Sokolowski, M. et Boyce, T. (2017). Relation entre l'épigenèse et l'adversité pendant l'enfance et le risque pour le développement. Dans *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Repéré à http://www.enfant-encyclopedi.com.

Souza, A., Alexandre, N. et Guirardello, E. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, 26*(3), 649-659.

Sturrock, B. A., Francis, A. et Carr, S. (2009). Avoidance of affect mediates the effect of invalidating childhood environments on borderline personality symptomatology in a non-clinical sample. *Clinical Psychologist, 13*(2), 41-51.

Vallerand, R. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne, 30*(4), 662-680.

Yap, M., Allen, N. et Ladouceur, C. (2008). Maternal socialization of positive affect: The impact of invalidation on adolescent emotion regulation and depressive symptomatology. *Child Development, 79*(5), 1415-1431.

Yates, T., Tracy, A. et Luthar, S. (2008). Nonsuicidal self-injury among "privileged" youths: Longitudinal and cross-sectional approaches to development process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76,* 52–62.

Yavorsky, J., Dush, C. et Schoppe-Sullivan, S. (2015). The production of inequality: The gender division of labor across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family, 77*(3), 662-679.

Yen, S., Kuehn, K., Tezanos, K., Weinstock, L. M., Solomon, J. et Spirito, A. (2015). Perceived family and peer invalidation as predictors of adolescent suicidal behaviors and self-mutilation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 25*(2), 124-130.

You, J. et Leung, F. (2012). The role of depressive symptoms, family invalidation and behavioral impulsivity in the occurrence and repetition of non-suicidal self-injury in chinese adolescents: A 2-year follow-up study. *Journal of Adolescence, 35,* 389-395.

You, J., Leung, F., Lai, C. et Fu, K. (2012). The associations between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder features among chinese adolescents. *Journal of Personality Disorders, 26*(2), 226-237.

Zielinski, M. et Veilleux (2018). The Perceived Invalidation of Emotion Scale (PIES): Development and psychometric properties of a novel measure of current emotion invalidation. *Psychological Assessment, 30*(11), 1454-1467.

CHAPITRE III

INVALIDATION PARENTALE ET LA PRÉSENCE D'ÉLÉMENTS D'ANXIÉTÉ ET DE DÉPRESSION CHEZ DES ENFANTS FRANCOPHONES ÂGÉS DE 9 À 12 ANS.[6]

3.0 Résumé

Ce chapitre examine le rôle de l'invalidation parentale dans la manifestation d'anxiété et de dépression chez des enfants âgés de 9 à 12 ans. L'invalidation parentale a été associée à de nombreuses psychopathologies chez les adolescents, dont l'émergence de traits du trouble de personnalité limite (Mbekou *et al.*, 2015), la présence de comportements automutilatoires et suicidaires (Yen *et al.*, 2015) ainsi que l'émergence d'éléments de dépression (Yap *et al.*, 2008). Toutefois, peu d'études ont examiné le rôle de l'invalidation parentale dans l'émergence d'anxiété et

---

[6] Ce chapitre représente le texte de l'article *Invalidation parentale et la présence d'éléments d'anxiétéet de dépression chez des enfants francophones âgés de 9 à 12 ans* soumis à la Revue de psychoéducation rédigé par Geneviève Charron, Jacques Forget, Valentin Mbekou, Philippe Valois et Martin Jodoin St-Onge.

de dépression chez des enfants ainsi que faire la distinction entre l'invalidation provenant de la mère et l'invalidation provenant du père. Par l'entremise de l'*Échelle de Perception de mon Environnement Familial- version Enfant (EPEF-E),* un instrument spécifiquement conçu pour mesurer la perception actuelle de l'enfant sur l'invalidation parentale, cette étude vise à mieux comprendre les conséquences de l'invalidation parentale. Les résultats obtenus indiquent que l'invalidation des mères un bon prédicteur dans l'émergence d'anxiété chez les filles.

3.1 Psychopathologies pédiatriques

Les domaines de la recherche et de l'intervention en psychopathologie pédiatrique sont l'objet de grand intérêt dans le milieu de la santé publique. Ceci s'explique par plusieurs facteurs, dont la prévalence des troubles de santé mentale avant l'âge de 18 ans et leurs coûts sociétaux. De plus, les notions de continuité homotypique (se réfère à une même psychopathologie qui se prédit dans le temps) et hétérotypique (se réfère à une psychopathologie qui en prédit une autre ultérieurement) des psychopathologies de l'enfance vers l'âge adulte sont centrales dans l'attention accordée à cette sphère de recherche (Beauchaine et Hinshaw, 2013, 2017; Beecham, 2014; Bufferd *et al.*, 2012; Bushnell *et al.*, 2018; Mash et Barkley, 2014).

3.1.1 Troubles anxieux chez l'enfant

L'American Psychiatric Association (2019) définit l'anxiété comme « une réaction à un stress et qui peut être bénéfique dans certaines situations. Elle alerte la personne à un danger potentiel ou l'interpelle à être vigilant ». L'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas (2019) rappelle que « les deux critères utilisés pour distinguer l'anxiété normale du trouble anxieux sont la souffrance personnelle et la difficulté de fonctionner ». La peur du noir, de l'étranger ou de la séparation du parent sont des craintes fréquemment observées chez les enfants et s'estompent normalement avec le

temps. Toutefois, il existe un nombre d'enfants pour lesquels ces inquiétudes perdurent et entravent significativement leur fonctionnement. Ainsi, les troubles anxieux se démarquent par une peur ou une anxiété excessive.

Le trouble anxieux est un terme qui englobe un ensemble de sous-catégories de psychopathologies dont le trouble d'anxiété généralisée, l'anxiété de séparation, l'anxiété sociale, le mutisme sélectif, le trouble panique et d'agoraphobie et enfin les phobies spécifiques. Toutefois, aux fins du présent article, nous utilisons le terme englobant de troubles anxieux. Comme le relate Rapee (2012), cette pratique est commune chez les auteurs qui abordent les troubles anxieux chez les enfants.

Avec un début à l'âge médian de six ans (Wagner, 2019), les troubles anxieux représentent le diagnostic pédopsychiatrique le plus fréquent (Denis et Baghdadli, 2017). Il est estimé que la prévalence du trouble anxieux chez les enfants et les adolescents oscille de 2 % (Wehry *et al.,* 2015) à 5 % (Centers for Disease Control And Prevention, 2019) avec près d'un tiers des adolescents qui ont satisfaits suffisamment les critères pour un diagnostic à l'âge de 18 ans (Merikangas *et al.*, 2010). Par conséquent, il n'est pas surprenant d'apprendre que les troubles d'anxiété mobilisent un ensemble important de ressources en santé mentale puisqu'ils représentent un motif considérable de consultation aux urgences pédiatriques (Dark *et al.*, 2017). À cet égard, par l'entremise d'une étude longitudinale de près de 10 ans avec suivi d'environ 200 000 enfants ayant obtenu un diagnostic de troubles anxieux, Bushnell et ses collègues (2018) ont observé que 2 % de ces derniers avaient été hospitalisés.

3.1.1.1 Manifestations des troubles anxieux pédiatriques

Les enfants aux prises avec un trouble anxieux verront leur fonctionnement significativement atteint. Les difficultés peuvent se manifester sur le plan des

fonctions exécutives et de la mémoire de travail (Murphy *et al.*, 2018), de la dysrégulation émotionnelle (Schneider *et al.*, 2018), de la nature et l'intensité des préoccupations (Layne *et al.*, 2009) des relations avec les pairs (Duchesnes *et al.*, 2010), de plaintes somatiques (Hughes *et al.*, 2008), de difficultés de sommeil (Alfano *et al.*, 2007) et de cauchemars (Floress *et al.*, 2016), de souci de performance scolaire et d'estime de soi (Newbegin et Owen, 1996).

3.1.1.2 Troubles associés et trajectoires de l'anxiété pédiatrique

La présence de troubles anxieux à l'enfance est considérée par plusieurs chercheurs comme un trouble tremplin vers d'autres psychopathologies à l'adolescence et à l'âge adulte (Ginsburg *et al.*, 2014). Les trajectoires de psychopathologies pédiatriques, ainsi que la manifestation de leurs symptômes cliniques, peuvent suivre une continuité homotypique et hétérotypique (Cohen *et al.*, 2017; Frost *et al.*, 2019). Ainsi, de nombreuses recherches rapportent une continuité homotypique dans l'expression des symptômes de l'anxiété de la jeune enfance aux enfants d'âge scolaire ainsi que de l'enfance à l'adolescence (Bufferd *et al.*, 2012; Bufferd *et al.*, 2018; Cohen *et al.*, 2018; Ferdinand *et al.*, 2007; Shevlin *et al.*, 2017; Wichstrøm *et al.*, 2017).

D'autre part, il existe une continuité hétérotypique entre des troubles anxieux et la dépression de l'âge préscolaire jusqu'au début de l'adolescence (Finsaas *et al.*, 2018) et de l'enfance à l'adolescence (Cohen *et al.*, 2018). D'autres auteurs, dont Reinke et Ostrander (2008), identifient une trajectoire hétérotypique entre le déficit de l'attention et l'anxiété ainsi qu'entre le trouble de la conduite et l'anxiété. La présence de troubles anxieux à l'enfance augmente le risque de tentatives de suicide à l'adolescence (Foley *et al.*, 2006; Jacobson *et al.*, 2008) et de consommation (Wehry *et al.*, 2015).

L'existence de troubles associés aux troubles anxieux pédiatriques est bien documentée. Yoo et al. (2009) rappellent que la concomitance dans les troubles de santé mentale se produit lorsqu'il y a présence de deux ou plusieurs troubles psychiatriques observés simultanément. Notamment, à l'enfance, les troubles anxieux sont fréquemment observés en présence simultanée de déficit d'attention (Melegari *et al.*, 2018), de troubles de la conduite (Stalk *et al.*, 2015), de troubles alimentaires (Rojo-Moreno *et al.*, 2015), de plaintes somatiques (Agnafors *et al.*, 2019), de dépression (Cummings *et al.*, 2014) ainsi que d'idéations suicidaires (Herres *et al.*, 2019).

3.1.2 Troubles de dépression chez l'enfant

L'Organisation Mondiale de la Santé (2019) définit la dépression comme « un trouble mental courant se caractérisant par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration ». En 2009, le Conseil Canadien sur l'Apprentissage rappelle, que les facteurs qui augmentent le risque de vivre un épisode de dépression chez les enfants et adolescents sont, entre autres, la présence d'une composante génétique et familiale, le stress et l'anxiété, les événements désagréables de la vie, des relations interpersonnelles difficiles, une faible estime de soi ainsi qu'une image corporelle négative.

Avant l'âge de 18 ans, la dépression représente un coût sociétal et économique important (Bodden *et al.*, 2018). Selon le National Institute of Mental Health (2019), ce n'est que depuis une vingtaine d'années que la dépression pédiatrique est étudiée de manière plus empirique et systématique. Les troubles dépressifs chez les enfants et les adolescents sont prévalents (Merikangas *et al.*, 2009; Martinsen *et al.*, 2019). Il est estimé qu'environ 2,8 % des enfants âgés de moins de 13 ans présentent un trouble

dépressif (Costello *et al.*, 2006). Ce trouble est aussi observé chez des enfants d'âge préscolaire (Egger et Angold, 2006; Luby, 2010). Une enquête sur la santé mentale des adolescents au Canada révèle que le taux de prévalence de la dépression chez les adolescents âgés de 15 à 18 ans atteint 4,3 % chez les garçons et 11,1 % chez les filles (Cheung, 2006). Cohen *et al.* (2019) estiment que près de 12 % d'adolescents américains sont aux prises avec un épisode dépressif chaque année et que 70 % d'entre eux verront leur fonctionnement significativement altéré.

3.1.2.1 Troubles associés et trajectoires de la dépression pédiatrique

La dépression pédiatrique est simultanément présente avec plusieurs psychopathologies. Elle est observée en concomitance avec des troubles de la conduite (Wolff et Ollendick, 2006), des troubles d'opposition (Riley *et al.*, 2016), des troubles d'apprentissage (Mammarella *et al.*, 2016), des difficultés cognitives (Polosan *et al.*, 2016) ainsi que des difficultés d'anxiété (Herres *et al.*, 2019; Melton *et al.*, 2016). La manifestation de symptômes dépressifs diffère chez les garçons et les filles. Khesht-Masjedi *et al.* (2017) rapportent que les garçons déprimés présentent davantage d'éléments d'irritabilité, d'anhédonie et de pensées suicidaires alors que les filles présentent davantage des éléments de culpabilité, de fatigue ainsi que de tristesse.

Les enjeux cliniques de la trajectoire de la dépression pédiatrique vers des idéations et des tentatives de suicide sont bien documentés. En examinant les motifs de consultations et d'admissions aux urgences pédiatriques américaines, Burstein *et al.* (2019) ont constaté que sur une période de neuf ans, s'étendant de 2007 à 2015, les visites aux urgences pour idéations suicidaires ou tentatives de suicide avaient doublé.

3.2 Invalidation parentale comme facteur de risque

Avec le développement de la thérapie comportementale dialectique pour le traitement du trouble de personnalité limite et de la théorie biosociale, Linehan (1993) a mise à l'avant-scène l'importance de la notion d'invalidation parentale quant à la réponse émotionnelle de l'enfant. La théorie biosociale de Linehan stipule: (i) qu'il existe un ensemble d'individus qui naissent avec une vulnérabilité génétique à gérer et réguler adéquatement des émotions négatives et présentent ainsi une grande réactivité aux stimuli, (ii) ces individus se développent au sein d'un environnement dont les parents présentent des comportements d'invalidation. Zielinski et Veilleux (2018) rappellent que l'invalidation parentale se produit lors d'un échange social quand la personne qui exprime ses sentiments et émotions comprend que ce qu'elle exprime est inapproprié. Ainsi, la perception de la personne qui reçoit le message est priorisée et vue comme la référence et considérée comme la ligne de conduite à adopter. Par conséquent, la personne invalidée attend de se faire dire comment elle devrait penser, agir et ressentir. Elle utilise autrui comme référence de ce qu'elle devrait être.

Crowell *et al.* (2013) soulignent qu'il existe trois éléments clés d'un environnement où le ou les parents invalident l'expression de la réponse émotionnelle de l'enfant: (i) un environnement invalidant évite ou rejette de manière fréquente et intense les réponses affectives de l'enfant (les capacités parentales ne peuvent satisfaire les besoins de l'enfant); (ii) un environnement invalidant est caractérisé par un renforcement intermittent de l'expression démesurée d'affect négatif (les enfants doivent exhiber des réponses démesurées d'affect afin de recevoir un soutien ou une réponse minimale); (iii) avec le temps, ce type d'interactions parents-enfants répétées conduiront à une dysrégulation affective importante (présence de réactivité émotionnelle, c'est-à-dire une réaction subite et rapide à un stimulus et un retour ralenti à un état de base).

3.2.1 Modèle de l'invalidation et difficultés internalisées

Buckholdt *et al.* (2014) ont proposé un modèle (figure 3.1) qui examine le lien entre la dysrégulation affective des parents, l'invalidation que les parents font des émotions de l'adolescent et la manière dont une telle situation engendre une dysrégulation affective chez l'adolescent (qui se manifeste par un ensemble de symptômes internalisés et externalisés). Charron *et al.* (soumis) rappellent que ce modèle stipule qu'il existe des parents qui ont de la difficulté à gérer leurs émotions ainsi que de la difficulté à reconnaître, étiqueter et encourager l'expression des émotions chez leurs enfants. Par conséquent, ces enfants présentent des difficultés à gérer ou à tolérer certaines émotions, donnant lieu à une dysrégulation émotionnelle favorisant ainsi l'émergence de difficultés internalisées et externalisées.

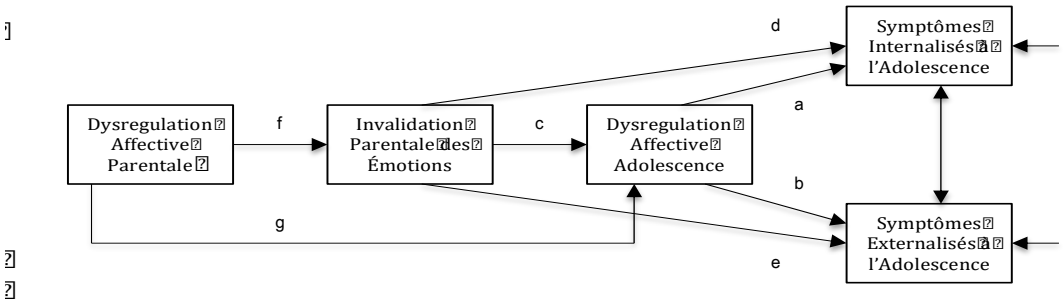


Figure 3.1 : Modèle d'invalidation parentale de Buckholdt, Parra et Jobe-Shields (2014)

Rutherford *et al.* (2015) rappellent qu'un enfant, qui a des parents qui ont eux-mêmes de la difficulté à gérer de fortes émotions négatives, sera davantage limité dans le développement de ses habiletés à la gestion et la régulation émotionnelle. Autrement dit, un parent qui est limité lui-même dans sa régulation affective, aura davantage de

la difficulté à enseigner à son enfant les manières de bien étiqueter ses émotions négatives, les moduler ainsi que les exprimer adéquatement.

3.2.2 Invalidation parentale comme facteur de risque de psychopathologies

L'invalidation parentale est considérée par plusieurs comme de l'abus psychologique et comme le pivot dans le développement de troubles de santé mentale (Buckholdt *et al.*, 2014; Linehan, 1993). Plusieurs études identifient l'invalidation parentale comme un facteur de risque associé aux douleurs chroniques (Linton *et al.*, 2012), aux maladies rhumatoïdes (Kool *et al.*, 2013) ainsi qu'à un ensemble de troubles de santé mentale (Sells *et al.*, 2008) dont les troubles alimentaires (Gonçalves *et al.*, 2018; Haslam *et al.*, 2008), l'alcoolisme (Warner, 2018) et les comportements dépressifs (Yap *et al.*, 2008). Les pratiques parentales invalidantes sont également associées à des difficultés de développement d'habiletés sociales, de méthodes de résolution de problèmes (Selby *et al.*, 2008), de régulation affective (Elzy, 2013), de difficultés relationnelles (Shenk et Fruzzetti, 2014), de comportements d'automutilation (Adrian *et al.*, 2018) ainsi que du trouble de personnalité limite (Crowell *et al.*, 2009; Linehan, 1993).

L'ensemble de ces études ont évalué les effets de l'invalidation parentale par l'entremise de méthodes rétrospectives qui demandent à des adolescents ou des adultes de rappeler des situations d'invalidation parentale subies alors qu'ils étaient plus jeunes et de commenter leurs expériences vécues. À l'exception de l'étude de Zielinski et Veilleux (2018), il existe peu d'études qui ont examiné la perception actuelle de l'invalidation parentale chez les participants. En outre, même en adoptant une méthode rétrospective, peu d'études nuancent les conséquences de l'invalidation provenant des pères et l'invalidation provenant des mères. Pourtant, les pères sont davantage présents depuis quelques années et assument davantage un rôle dans

l'éducation familiale (Craig *et al.*, 2014; McKinney et Renk, 2008), il y a une pertinence de distinguer les différents comportements d'invalidation provenant des mères et des pères ainsi que leurs effets respectifs sur la manifestation d'éléments de psychopathologies (Johnson, 2016). À cet effet, Mountford *et al.* (2007) ont observé une différence significative dans la manifestation de troubles externes comme les troubles alimentaires de leurs participantes en lien avec le niveau d'invalidation de la part des pères.

3.3 Objectifs et hypothèses de recherche

Les objectifs de cette étude sont d'examiner chez des enfants francophones âgés de 9 à 12 ans, le degré d'invalidation parentale perçu, provenant des mères et des pères. Cette perception est évaluée par l'intermédiaire de l'*Échelle de Perception de mon Environnement Familial - version Enfants (EPEF-E)* de Charron *et al.* (soumis), créé et validé aux fins de la présente étude. *L'EPEF-E* a été adaptée de l'*Invalidating Childhood Environment Scale* de Mountford *et al.* (2007). L'étude vise aussi à évaluer les relations entre la perception de l'invalidation parentale et des manifestations d'éléments d'anxiété et de dépression chez les enfants.

La première hypothèse stipule qu'une perception accrue de l'invalidation parentale chez les enfants, telle qu'évaluée par le questionnaire *Échelle de Perception de mon Environnement Familial - version Enfants (EPEF-E)*, sera associée à un score plus élevé à l'échelle d'anxiété, telle qu'évaluée par le *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)*, ainsi qu'à un score plus élevé à l'échelle de dépression, telle qu'évaluée par l'*Inventaire de Dépression pour Enfants (IDE)*.

La deuxième hypothèse stipule que les pratiques parentales d'invalidation provenant de la mère, telle qu'évaluée par l'*EPEF-E*, sera associée chez les enfants à un score plus élevé à l'échelle d'anxiété, telle qu'évaluée par le *MASC*, ainsi qu'à un score

plus élevé à l'échelle de dépression, telle qu'évaluée par l'*IDE* lorsque comparé aux pratiques parentales d'invalidation provenant du père.

La troisième hypothèse stipule qu'une perception accrue d'invalidation parentale, telle qu'évaluée par l'*EPEF-E,* sera associée chez les filles, lorsque comparée aux garçons, à un score plus élevé à l'échelle d'anxiété, telle qu'évaluée par le *MASC*, ainsi qu'à un score plus élevé à l'échelle de dépression, telle qu'évaluée par l'*IDE*.

La quatrième hypothèse stipule que les enfants obtenant un score élevé d'anxiété, telle qu'évaluée par le *MASC*, obtiendront également un score plus élevé à l'échelle de dépression, telle qu'évaluée par l'*IDE*. De plus, l'invalidation parentale de la mère, telle qu'évaluée par l'*EPEF-E*, permettra d'identifier les enfants qui obtiennent un score plus élevé simultanément à l'échelle d'anxiété, telle qu'évaluée par le *MASC*, ainsi qu'à l'échelle de dépression, telle qu'évaluée par l'*IDE*.

3.4 Méthode

3.4.1 Participants

Les participants sont 127 enfants (58 garçons et 69 filles), francophones, âgés de 9 à 13 ans et qui répondent aux critères d'inclusion suivants : ils comprennent le français (ils ne sont pas dans une classe d'intégration languagière - apprentissage du français comme langue seconde), se trouvent en cinquième ou sixième année du primaire, et proviennent de commission scolaire de la grande région de Montréal. Sur le plan éthique, le consentement a été obtenu du parent ou du tuteur légal.

3.4.2 Instruments de mesure

3.4.2.1 *Échelle de Perception de mon Environnement Familial – Enfant* (*EPEF-E*)

Adaptée de l'*Invalidating Childhood Environment Scale* (Mountford *et al.*, 2007) pour des enfants âgés de 9 à 12 ans, l'*Échelle de Perception de mon Environnement Familial - version Enfant (EPEF-E)* (Charron *et al.*, soumis) (Annexe G) permet de mesurer la perception actuelle des enfants de comportements spécifiques et invalidants de leurs parents, telle que définie par Linehan (1993). L'*EPEF-E* consiste de 14 items regroupés sous huit thèmes: (a) ignorer les idées et les jugements; (b) ignorer les émotions; (c) nier les idées et les jugements; (d) nier les émotions; (e) exagérer les émotions; (f) surestimer la résolution de problèmes; (g) exagérer les idées et les jugements; et (h) simplifier les problèmes. Les participants répondent aux mêmes questions en fonction des pratiques de leur père et en fonction des pratiques de leur mère. Pour chaque item, l'enfant doit indiquer sa réponse en fonction d'une échelle Likert en format de 5 points (1 = jamais; 5 = toujours). Pour interpréter le questionnaire, une somme et une moyenne des résultats pour chaque parent sont réalisées: un résultat plus élevé dénote davantage d'invalidation perçue par le répondant. L'*ÉPEF-E* requiert approximativement 10 minutes pour répondre. Quant aux qualités psychométriques de cet instrument de mesure, l'*EPEF-E* présente un alpha de Cronbach de 0,79 pour l'échelle globale ainsi une corrélation de Pearson entre les facteurs avec une corrélation de r = 0,449 pour les mères et de r = 0,546 pour les pères.

3.4.2.2 *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (*MASC*)

Le *Multidimensional Anxiety Scale for Children* de March *et al.* (1997) (*MASC*) (Annexe H) est utilisé comme instrument d'évaluation d'indices d'anxiété à l'enfance et est reconnu pour la richesse d'informations cliniques qu'il recueille (Kingery *et al.*,

2009). Le *MASC* comporte 39 items mesurant l'anxiété chez les enfants de 8 à 18 ans. Il mesure les symptômes physiques, cognitifs, affectifs et comportementaux de l'anxiété. Cet instrument est composé de quatre sous-catégories : (1) les symptômes physiques, (2) l'anxiété sociale, (3) l'évitement et (4) l'anxiété de séparation. Le *MASC* requiert une dizaine de minutes pour y répondre. Les résultats sont recueillis sur une échelle Likert en format de quatre points de jamais (0) à souvent (4). Un résultat élevé au questionnaire représente un niveau important d'anxiété. Quant aux qualités psychométriques, March *et al.* (1997) rapportent une bonne validité test-retest ainsi qu'une bonne validité divergente et convergente. Turgeon *et al.* (2006) ont développé une version adaptée et destinée à des enfants francophones. Ces auteurs rapportent de bonnes qualités psychométriques, dont celle du coefficient de cohérence interne ($\alpha = 0.90$). Cette version a été utilisée pour cette étude. Il est à noter que c'est le score global et non les quatre sous-échelles qui a été utilisé.

3.4.2.3 *Inventaire de Dépression pour Enfant* de Kovacs (*IDE*)

Reconnu comme la mesure de dépression, la plus utilisée et étudiée pour la psychopathologie infantile (St-Laurent, 1990), l*'Inventaire de Dépression pour Enfant* de Kovacs (1981) *(IDE)* (Annexe I) a été retenu pour cette recherche. Cet instrument a été choisi pour plusieurs raisons dont ses excellentes qualités psychométriques, et le fait que l'*IDE* est une révision et extension du *Beck Depression Inventory,* considéré comme l'outil de référence dans l'étude de la dépression chez les adolescents et les adultes.

L'*IDE* est un instrument traduit et validé par Saint-Laurent (1990) auprès d'enfants canadiens-français et adapté du questionnaire *Child Depression Inventory* de Kovacs (1981); il mesure l'intensité des sentiments dépressifs chez les enfants âgés de 7 à 17 ans. Il est composé de 27 items, gradués sur une échelle de trois points qui

représentent l'absence, la présence et la fréquence d'occurrence de symptômes spécifiques. Pour chaque item, l'enfant choisit la proposition qui correspond le plus à son état au moment de la passation du test. Les valeurs numériques sont: 0 (neutre) à 2 (intensité maximale). Le temps de passation est de 10 minutes. Cet outil offre de l'information quant aux échelles de l'humeur négative, de l'inefficacité, de l'estime de soi, de l'anhédonie et des problèmes interpersonnels. Saint-Laurent (1990) soutient que cet outil a de bonnes qualités psychométriques; spécifiquement, elle rapporte un coefficient alpha au niveau de la fiabilité de 0.92, des coefficients de corrélation item/score total varient de 0.14 (préoccupations somatiques) à 0.57 (solitude), et la corrélation moyenne item/score total offre un coefficient $r\ (470) = 0.32$, $p \leq .001$. Quant aux coefficients de fiabilité test-retest, pour l'échantillon total, $r\ (55) = .70$, $p \leq .01$, l'auteure rapporte pour les garçons, $r\ (23) = 0.72$, $p \leq .001$, pour les filles, $r\ (32) = .67$, $p \leq .0001$.

3.4.3 Procédure

Dans un premier temps, une lettre a été envoyée aux établissements des commissions scolaires de la grande région de Montréal. Cette lettre présentait le projet de recherche ainsi que la faisabilité de l'administration des questionnaires en fonction de l'horaire de classe (Annexe D). Après obtention de l'aval de l'établissement quant à la recherche, les auteurs ont remis aux enseignants une lettre de présentation de l'étude ainsi que les formulaires de consentement aux parents, tuteurs légaux et enfants (Annexe E).

Dès l'obtention des consentements, deux membres de l'équipe de recherche se sont rendus dans les classes. Afin d'assurer la confidentialité, des paravents individuels avaient ont été installés sur les bureaux des enfants. Les questionnaires ont ensuite été distribués aux élèves. Les chercheurs se sont présentés et le verbatim, directives

uniformisées lors de la passation des questionnaires, a été lu à voix haute (Annexe F). Les participants devaient inscrire leur nom, leur sexe, leur âge ainsi que leur niveau scolaire sur la page couverture. Les consignes ont alors été lues par un membre de l'équipe de recherche et ce, pour chaque questionnaire. Les élèves ont d'abord répondu à l'*EPEF-E,* puis ont enchaîné avec le *MASC* et ont terminé avec l'*IDE*. Après chaque question répondue, l'élève déposait son crayon. L'ensemble des questionnaires a requis un temps de réponse de 50 minutes. Les élèves non participants vaquaient à du travail personnel.

Il faut souligner qu'en dépit du fait que les tests utilisés dans cette étude ne sont pas des instruments diagnostiques puisqu'ils ne fournissent que des indices d'anxiété et de dépression, tous les parents dont l'enfant a obtenu un score significatif au *MASC* ou l'*IDE* recevait un appel de l'auteure principale de l'étude pour les informer et les sensibiliser aux résultats.

3.5 Résultats

Pour répondre aux quatre hypothèses, des analyses corrélationnelles et des analyses de régression ont été effectuées. Des analyses descriptives présentent également une description globale des résultats obtenus.

L'analyse descriptive des scores observés aux différents questionnaires est présentée au tableau 1. La moyenne de l'invalidation de la mère (2,5) est comparable à la moyenne de l'invalidation du père (2,45). Les moyennes et les écarts-types des scores d'anxiété (M = 50,69, ET = 10,52) et de dépression (M = 51,17, ET = 9,13) sont semblables aux indices attendus d'une population normale en score T, où la moyenne est de 50 et l'écart-type de 10.

La première hypothèse stipule qu'une perception accrue de l'invalidation parentale chez les enfants, telle qu'évaluée par l'*EPEF-E,* sera associée à un score plus élevé à l'échelle d'anxiété, telle qu'évaluée par le *MASC*, ainsi qu'à un score plus élevé à l'échelle de dépression, telle qu'évaluée par l'*IDE*. Afin d'examiner les liens entre la perception de l'invalidation parentale chez les enfants et la manifestation de symptômes d'anxiété et la manifestation d'éléments de dépression chez les enfants, un score global d'invalidation est calculé en effectuant la moyenne de la perception de l'invalidation de la mère et la perception de l'invalidation du père tel que mesuré à l'*EPEF-E* pour les enfants ayant répondu aux deux parents. La moyenne de ce score est de 2,47 et présente un écart-type de 0,35. Deux analyses de régression sont effectuées, l'une pour l'anxiété et l'une pour la dépression, afin d'examiner les liens obtenus. Pour l'anxiété, la perception de l'invalidation des parents est significativement liée, pour B = 9,405, t (123) = 3,624, $p < 0{,}001$. Ce lien n'est pas clairement présent pour la dépression, où B = 4,051, t (123) = 1,719, p = 0,088. Une analyse de type *Bootstrap* est effectuée afin d'obtenir les intervalles de confiance des ind*ices* après 2000 itérations. Les résultats montrent que l'anxiété semble bien être liée à la perception de l'invalidation des parents alors que ce lien n'est pas présent pour la dépression. Le tableau 3.5 présente les résultats obtenus.

La deuxième hypothèse stipule que les pratiques parentales d'invalidation provenant de la mère, telle qu'évaluée par l'*EPEF-E,* sera associée chez les enfants à un score plus élevé à l'échelle d'anxiété, telle qu'évaluée par le *MASC*, ainsi qu'à un score plus élevé à l'échelle de dépression, telle qu'évaluée par l'*IDE* lorsque comparé aux pratiques parentales d'invalidation provenant du père. Des régressions linéaires multiples sont conduites entre l'invalidation de la mère et l'invalidation du père comme prédicteur sur le score d'anxiété, puis sur le score de dépression. Le tableau 2 montre les résultats obtenus grâce à ces analyses. L'invalidation de la mère est un bon prédicteur des scores d'anxiété (t (121) = 2,78, p = 0,006) et de dépression (t 121) =

2,24, p = 0,027) alors que l'invalidation du père ne présente pas de lien significatif avec l'une ou l'autre des variables dépendantes (respectivement t 121) = -0,115, p = 0,908 et t 121) = -0979, p = 0,329). La puissance pour les deux modèles est respectivement à P = 44,67 % et à P = 8,05 %. Une analyse de type *bootstrap* est effectuée avec 2000 itérations afin d'obtenir les intervalles de confiances à 95 % des indices B obtenus. Elle montre que l'invalidation de la mère est liée à l'anxiété puisque la limite inférieure est supérieure à zéro, mais qu'il est possible que l'invalidation de la mère ne soit pas réellement liée à la dépression.

La troisième hypothèse stipule qu'une perception accrue d'invalidation parentale, telle qu'évaluée par l'*EPEF-E*, sera associée chez les filles, lorsque comparée aux garçons, à un score plus élevé à l'échelle d'anxiété, telle qu'évaluée par le *MASC*, ainsi qu'à un score plus élevé à l'échelle de dépression, telle qu'évaluée par l'*IDE*. Lorsque le sexe des enfants est pris en compte dans l'analyse de régression multiple, l'invalidation de la mère demeure un bon prédicteur de l'anxiété (t (122) = 4,00, p < 0,001) et de la dépression (t (122) = 2,24, p = 0,027). Le sexe de l'enfant semble également avoir un effet sur la dépression (t (122) = -2,34, p = 0,021), où les filles présentent une moyenne de dépression plus élevée que celle des garçons. L'analyse de type *bootstrap* montre que les trois relations significatives présentent des intervalles de confiance à 95 % qui diffèrent de zéro. Le tableau 3 présente les résultats de ces analyses. Par contre, il n'y a pas d'interaction entre le sexe de l'enfant et l'invalidation de la mère sur les scores d'anxiété ou de dépression. Les graphiques 1 et 2 montrent les relations entre les variables et l'absence d'interaction entre le sexe de l'enfant et l'invalidation de la mère.

La quatrième hypothèse stipule que les enfants obtenant un score élevé d'anxiété au *MASC* obtiendront également un score plus élevé à l'échelle de dépression, telle qu'évaluée par l'*IDE*. Une analyse corrélationnelle démontre que l'anxiété et la

dépression sont moyennement liées chez les enfants, pour r =0,495, p < 0,001, avec un intervalle de confiance de 95 % allant de r = 0,351 à r = 0,616. Pour vérifier si l'invalidation des parents est liée à la concomitance de la dépression et d'anxiété, les participants sont divisés en deux groupes. Quatorze participants, soit 11,02 % de l'échantillon, présentent à la fois des scores d'anxiété et de dépression supérieurs ou égaux à 60, soit un écart-type au-dessus de la moyenne, et forment le groupe de présence simultanée. Ils se trouvent à la fois dans le 15 % de la population présentant le plus de symptômes d'anxiété et dans le 15 % de la population présentant le plus de symptômes de dépression. Les autres participants sont tous inclus dans le groupe de comparaison, soit les participants ayant un score supérieur ou égal à 60 sur l'échelle d'anxiété ou sur l'échelle de dépression exclusivement, ainsi que ceux qui ne présentent aucun score supérieur ou égal à 60 sur l'une ou l'autre des échelles. Une analyse de régression binomiale entre l'invalidation de la mère et le sexe de l'enfant comme prédicteur de l'appartenance au groupe de concomitance démontre une association avec l'invalidation de la mère et la concomitance (z = 2,441, p = 0,015). Le sexe de l'enfant n'est pas un bon prédicteur de cette appartenance (z = 0,758, p = 0,449). L'analyse des intervalles de confiances à l'aide d'un *bootstrap* de 2000 itérations montre cependant qu'il est possible que la relation significative observée entre la mère et la concomitance soit due au hasard puisque l'intervalle de confiance inclut le zéro, l'absence de relations.

Tableau 3.1 : Analyse descriptive de l'invalidation de la mère, de l'invalidation du père, de l'anxiété et de la dépression

Variable	Moyenne	Écart-type	Skewness	Kurtosis
Invalidation de la mère	2,50	0,38	0,75	1,01
Invalidation du père	2,45	0,37	0,38	0,18
Anxiété (score T)	50,69	10,52	0,72	0,70
Dépression (score T)	51,17	9,13	0,77	0,10

Tableau 3.2 : Résultats des régressions linéaires de l'invalidation de la mère et du père sur l'anxiété et sur la dépression incluant les limites inférieures et supérieures obtenues à l'aide de l'analyse par *bootstrap*

Variables	B	Limite inférieure	Limite supérieure	T	p
Anxiété					
Invalidation de la mère	9,71	1,27	17,23	2,78	0,006
Invalidation du père	-0,410	-7,81	8,15	-0,115	0,908
Dépression					
Invalidation de la mère	7,10	-3,04	15,32	2,24	0,027
Invalidation du père	-3,15	-12,52	7,02	-0,979	0,329

Tableau 3.3 : Résultats des régressions linéaires de l'invalidation de la mère et du sexe de l'enfant sur l'anxiété et sur la dépression

Variables	B	Limite inférieure	Limite supérieure	T	p
Anxiété					
Invalidation de la mère	9,46	5,22	13,73	4,00	0,0001
Sexe de l'enfant	1,20	-2,28	4,40	0,67	0,503
Dépression					
Invalidation de la mère	4,73	0,83	8,35	2,24	0,027
Sexe de l'enfant	-3,72	-6,85	-0,55	-2,34	0,021

Tableau 3.4 : Résultats de la régression logistique binomiale de l'invalidation de la mère et le sexe de l'enfant sur la concomitance anxiété et dépression

Variables	B	Limite inférieure	Limite supérieure	Z	p
Invalidation de la mère	1,742	-0,195	3,064	2,441	0,015
Sexe de l'enfant	-0,461	-2,065	0,842	-0,758	0,449

Tableau 3.5 : Tableau des résultats des régressions linéaires de l'invalidation des parents sur l'anxiété et sur la dépression incluant les limites inférieures et supérieures obtenues à l'aide de l'analyse par *bootstrap*

Variables	B	Limite inférieure	Limite supérieure	*T*	*p*
Invalidation parentale sur l'anxiété	9,405	5,242	14,422	3,624	0,0004
Invalidation parentale sur la dépression	4,051	-0,049	8,269	1,719	0,088

3.6 Discussion

Il est à noter qu'un enfant dont les parents manifestent des comportements validants apprend à mieux identifier ses émotions, à les réguler, et à les exprimer adéquatement (Shenk et Fruzzetti, 2014). Ces parents enseignent à leur enfant à identifier une émotion négative, les causes de cette dernière et la manière de l'exprimer adéquatement. En accueillant et en écoutant leur enfant, ils lui apprennent à faire confiance à ses perceptions et à se sentir appuyé et outillé dans cette gestion émotive. Cette bonne régulation émotionnelle lui permet de faire face aux diverses embûches engendrées par des émotions négatives, telles que la colère et la peine. Par contre, dans certaines familles, les parents manifestent, sciemment ou non, des pratiques parentales invalidantes. Cette pratique d'invalidation parentale récurrente représente un facteur de risque dans le développement de la dysrégulation émotionnelle et constitue un contexte propice à l'émergence de nombreuses psychopathologies à l'enfance tel que démontré par l'entremise de la théorie biosociale de Linehan (1993) qui propose que le rôle de l'invalidation parentale est important dans le développement de psychopathologies. Le but de la présente étude est d'examiner le

rôle de l'invalidation parentale dans les manifestations d'éléments d'anxiété et de dépression chez les enfants francophones de la grande région de Montréal.

Un premier ensemble d'analyses révèle que les enfants qui perçoivent la présence de comportements d'invalidation de leurs parents, plus précisément des mères, présentent des éléments d'anxiété. Ces résultats sont peu surprenants et corroborent un ensemble d'études qui associent des comportements parentaux d'invalidation à la présence de troubles anxieux (Luebbe *et al.,* 2014). De manière surprenante, et contrairement à ce qui est rapporté par plusieurs chercheurs (Katz *et al.*, 2014; Shortt *et al.*, 2016), ce lien n'est pas clairement présent pour la dépression. L'ensemble des études qui ont observé un lien entre l'invalidation et la dépression ont été réalisées chez une population adulte. Ainsi, il est possible que l'invalidation débute avec une manifestation de symptômes anxieux chez les plus jeunes et, dans une perspective hétérotopique, cette anxiété se transforme par la manifestation d'éléments de dépression.

Le rôle de l'invalidation parentale, comme facteur de risque, semble tributaire de l'âge de l'individu. Chez les enfants, compte tenu de leur développement cognitif et affectif, ils auraient une compréhension limitée des comportements d'invalidation de leurs parents. Ces comportements d'invalidation parentale engendraient davantage chez les enfants, la manifestation d'anxiété et non de dépression. Par la suite, suivant une perspective hétérotopique de psychopathologies, les effets de l'invalidation parentale comme facteur de risque serait différents chez les plus vieux. Spécifiquement, compte tenu du développement de l'esprit critique, de la maturité affective, du processus d'autonomisation et d'identification, ainsi que des capacités d'expression et d'introspection, il est possible que les adolescents comprennent mieux les comportements inadéquats et d'invalidation de leurs parents. Puisque l'adolescent aurait de la difficulté à concilier la dichotomie entre ce qu'il ressent et ce

que son environnement lui reflète, il y aurait l'émergence de plusieurs troubles internalisés, dont la dépression. À ce sujet, Mullen (2018) nous rappelle que 12.8 % de la population américaine âgée de 12 à 17 ans, ont rapporté avoir vécu un épisode majeur de dépression.

Un deuxième ensemble d'analyses suggèrent que les comportements d'invalidation provenant de la mère et du père ont des conséquences différentes chez les enfants. Notamment, les pratiques parentales d'invalidation de la mère s'avèrent un bon prédicteur dans la manifestation d'éléments d'anxiété et, à un moindre degré, la manifestation d'éléments de dépression chez les enfants. Ces résultats sont congruents avec plusieurs études qui soulignent l'existence du lien entre les pratiques parentales inadéquates de la mère et la présence de diverses psychopathologies chez l'enfant (Keng et Soh, 2018; McCallum et Goodman, 2019; Sturrock *et al.*, 2009; Whalen, 2015). Il est à noter que la majorité des études dans le domaine de la recherche sur l'invalidation parentale, examine principalement les comportements des mères, compte tenu, comme le souligne Johnson (2016), ce sont ces dernières qui sont considérées comme donneuses de soins principaux. Toutefois, selon les analyses effectuées, les pratiques parentales d'invalidation du père ne présentent pas de lien significatif avec la manifestation d'éléments d'anxiété et de dépression chez les enfants. En dépit de l'atténuation graduelle des rôles stéréotypés parentaux, dans lesquels le père est davantage investi dans l'éducation des enfants, et qu'il a même été démontré que la circuiterie du cerveau de ce dernier se transforme lorsqu'il assume le rôle de donneur de soin principal (Abraham *et al.*, 2014), il existe de nombreuses études qui rappellent que non seulement les mères demeurent toujours les donneuses de soins principaux (Yavorsky *et al.*, 2015), mais qu'il existe encore des divergences significatives dans les techniques éducatives des mères et des pères (Elam *et al.*, 2017). Par conséquent, il est raisonnable de croire que les pratiques d'invalidation engendront des effets différents en fonction du sexe du parent. Il est possible que des

comportements d'invalidation provenant du père favorisent le développement de différentes pathologies, dont les troubles externalisés. Haslam et ses collègues (2008) rapportent avoir observé que les pratiques d'invalidation du père étaient associées à des comportements alimentaires d'hyperphagie alors que celles de la mère étaient associées à des comportements alimentaires de restriction. À leur tour, Shewark et Blandon (2015) rapportent que des pratiques parentales d'invalidation du père semblent avoir des conséquences différentes sur la régulation des émotions lorsque comparées aux mères. Bref, il est probable que des pratiques parentales invalidantes provenant des pères représentent un facteur de risque pour l'émergence de certains troubles, comme le développement de troubles externalisés plutôt qu'internalisés.

Nonobstant les pratiques parentales d'invalidation provenant des mères, lorsque le sexe des enfants est pris en compte, les filles présentent un niveau de dépression plus élevé que les garçons. Ce résultat confirme de nombreuses études qui rapportent une incidence plus importante de dépression chez les filles que chez les garçons.

Bien que la présence simultanée de l'anxiété et la dépression chez les adolescents soit bien documentée (Weeks *et al.*, 2017), les analyses effectuées indiquent qu'elles sont moyennement liées entre elles. Ces résultats sont surprenants. Selon le Centers for Disease Control and Prevention[7] (CDC), la concomitance entre la dépression et l'anxiété est élevée puisqu'il est estimé que près de 73,8% des enfants âgés de 3 à 17 ans qui éprouvent un épisode dépressif présentent aussi un trouble anxieux. Il est possible que la présence simultanée de l'anxiété et la dépression soit moins fréquente chez une population non clinique d'enfants ou, compte tenu du nombre restreint de

[7] Centers for Disease Control and Prevention (2020), consulté 14 novembre 2020, https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/data.html

participants, cette cooccurrence ne soit pas autant ressortie. De plus, indépendamment du sexe de l'enfant, l'invalidation de la mère prédit bien la concomitance de l'anxiété et la dépression. Ces résultats rappellent l'importance du rôle de l'invalidation parentale comme facteur de risque dans l'émergence de psychopathologies (Elzy, 2013; Haslam *et al.*, 2008; Huxley et Bizumic, 2017; Linehan 1993; Mbekou *et al.*, 2015; Selby *et al.*, 2008; Sturrock *et al.*, 2009).

3.7 Contributions

Les contributions de cette étude quant au domaine de la recherche sur l'invalidation parentale sont importantes. D'abord, par l'entremise de l'*EPEF-E*, outil spécifiquement créé aux fins de la présente étude, les effets de l'invalidation parentale en perception actuelle ont été examinés. Ceci est novateur puisque l'ensemble des études qui évaluent les effets de l'invalidation le fait de manière rétrospective et demande à des adultes de réfléchir à des situations d'invalidation losqu'ils étaient plus jeunes. De plus, cette étude a examiné la relation entre les pratiques parentales d'invalidation comme facteur de risque dans l'émergence d'éléments d'anxiété et de dépression chez des enfants francophones âgés de 9 à 12 ans. Aucune étude à notre connaissance n'a examiné cette relation chez ce groupe de participants en perception actuelle. Une dernière contribution de cette recherche est à l'effet qu'elle distingue entre les pratiques d'invalidation parentale provenant des mères et provenant des pères quant à l'émergence de difficultés internalisées. Ainsi, cette étude rappelle que le sexe du parent joue un rôle clé dans le développement de diverses psychopathologies chez les enfants. Spécifiquement, les pratiques parentales d'invalidation de la mère s'avèrent un bon prédicteur dans la manifestation d'éléments d'anxiété et, à un moindre degré, la manifestation d'éléments de dépression chez les enfants. Cette relation est davantage significative chez les filles.

Qui plus est, les pratiques parentales d'invalidation du père ne présentent pas de lien significatif avec la manifestation de troubles internalisés chez les enfants.

3.8 Limites

Il existe certaines limites à cette étude. D'abord, le contexte parental n'a pas été spécifié (p.ex. parents divorcés, garde unique, rôle de beau-père et de belle-mère parents de mêmes sexes). Par exemple, est-ce que l'invalidation provenant d'une mère monoparentale serait similaire à des pratiques d'invalidation avec la présence des deux parents? Est-ce que l'invalidation provenant de parents dans une famille avec un seul enfant est similaire lorsqu'exercée au sein d'une famille qui a plusieurs frères et sœurs? Emamzadeh (2018) souligne qu'il est davantage nécessaire de développer des instruments de mesure qui évaluent la notion d'environnement invalidant.

En ce qui concerne l'outil de recherche principal, l'*EPEF-E*, son format actuel n'est peut-être pas des plus adéquats. Notamment, les participants sont invités à lire un item qui comprend la mention « mes parents », puis à se positionner séparément sur chacun des deux parents. Il est possible que le format choisi induise les participants à chercher des ressemblances ou différences entre les deux parents, alors que ce n'est pas l'objectif de l'outil. Cette mention « mes parents » peut introduire un biais dans la manière dont les participants répondent puisque l'objectif fixé est de réaliser une évaluation séparément pour chacun des parents. Une présentation avec deux séries d'items spécifiquement adaptés à la mère d'une part, et au père d'autre part, pourrait être considérée.

Nous avons examiné l'anxiété et la dépression chez les garçons et les filles. Toutefois, avec l'utilisation d'un instrument qui mesure un ensemble de difficultés internalisées et externalisées, comme le *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1991), une

meilleure évaluation pourrait être effectuée sur les effets des pratiques parentales invalidantes sur les manifestations de difficultés de type internalisé tels que, repli sur soi et plaintes somatiques et de type externalisé, tels que les comportements délinquants et agressifs. Il serait pertinent d'effectuer une étude approfondie qui examine les pratiques parentales invalidantes du père et la manifestation de troubles externalisés chez l'enfant. Un ensemble de facteurs comme le style parental, le climat familial, la présence d'abus comme sexuel et physique, ainsi que l'existence d'intimidation des pairs, ne sont que certains des facteurs qui auraient également pu influencer le niveau de dépression et d'anxiété des enfants observé dans cette étude. Toutefois, compte tenu des limites méthodologiques des outils utilisés ainsi que des limites déontologiques de ce cette recherche (des questionnaires examinant la présence d'abus physique et sexuel auraient assurément compliqué le processus d'acceptation dans les commissions scolaires ainsi que de limiter le nombre de participants), ces facteurs ne furent pas examinés.

Une limite de cet article concerne le nombre de participants. La collecte de données a été réalisée dans un contexte particulier. Spécifiquement, les commissions scolaires du Québec étaient en grève et la méthode de pression privilégiée était de limiter toutes activités qui ne faisaient pas partie de leur contrat de travail. Par conséquent, sur une période de deux ans, nous avons réussi à développer des liens avec certaines directions d'école qui se sont démontrées enclin à participer à l'avancement de cette recherche. Ainsi, sur un total de vingt-trois écoles courtisées, seulement deux ont accepté de nous recevoir. En dernier lieu, compte tenu du sujet de recherche délicat qui examine la nature de pratiques parentales et de leurs effets sur la santé mentale des enfants, il est fort possible que ceci a découragé la participation de certaines directions d'école, de parents et d'enfants. Il est également important de souligner que 36 enfants n'ont pas participé à cette étude. Il est pertinent de se questionner des raisons de ces refus. Serait-il possible que ces enfants soient l'objet de pratiques

parentales invalidantes et que les parents soient résistants à poser un regard critique quant à leur contribution au développement et au maintien de difficultés internalisées?

Une limite à cet article est reliée à la manière que l'invalidation parentale est évaluée. L'ensemble des analyses effectuées démontrent que l'*EPEF-E* est un bon outil pour évaluer les effets des pratiques d'invalidation parentale quant aux manifestations d'éléments d'anxiété chez les enfants en ce qui concerne les mères mais pas pour les pères. Il est possible que non seulement que les pratiques d'invalidation chez les pères se mesurent peut-être différemment lorsque comparées aux mères, mais que ces pratiques engendrent chez les enfants d'autres difficultés comme, par exemple, des difficultés externalisées. Une réflexion serait de mise pour de futures recherches dans le domaine.

Puisque les pratiques parentales d'invalidation semblent représenter un facteur de risque dans l'émergence de psychopathologies chez les enfants, il y aurait un bénéfice d'intégrer et utiliser l'*EPEF-E* dans un questionnaire plus global ou dans une entrevue semi-structurée comme le *Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5)* afin d'identifier la présence et l'ampleur de comportements parentaux d'invalidation. Comme le souligne Long et ses collègues (2020), non seulement est-il important de recueillir les données auto-rapportées par l'enfant (*EPEF-E*) mais également celles d'un observateur clinique qui pourrait observer et analyser les interactions parent-enfant. Dans une perspective clinique, il serait assurément utile d'établir des seuils chiffrés de l'*EPEF-E* permettant de quantifier des niveaux d'invalidation tels que léger, modéré et sévère. De plus, il serait pertinent d'administrer l'*EPEF-E* dans une perspective d'étude longitudinale et non transversale afin d'évaluer l'évolution des conséquences de l'invalidation parentale comme facteur de risque sur la manifestation de psychopathologies chez les mêmes participants à travers le temps.

3.9 Références

Abraham, E., Hendler, T., Shapira-Lichter, I., Kanat-Maymon, Y., Zagoory-Sharon, O. et Feldman, R. (2014). Father's brain is sensitive to childcare experiences. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 111*(27), 9792-9797.

Achenbach, T.M. (1991). *Manual for Child Behavior Checklist/ 4–18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.

Adrian, M., Berk, M., Korslund, K., Whitlock, K., McCauley, E. et Linehan, M. (2018). Parental validation and invalidation predict adolescent self-harm. *Professional Psychology: Research and Practice, 49*(*4*), 274-281.

Agnafors, S., Kjellström, A., Torgerson, J. et Rusner, M. (2019). Somatic comorbidity in children and adolescents with psychiatric disorders. *European Child et Adolescent Psychiatry, 20*, 1-9.

Alfano, C., Ginsburg, G. et Kingery, J. (2007). Sleep-related problems among children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*, 224-232.

American Psychiatric Association (20 février 2019). *What are anxiety disorders?* Recueilli de https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders.

Beauchaine, T. et Hinshaw, S. (2013). *Child and adolescent psychopathology 2nd Eds.* Hoboken, NJ: John Wiley.

Beauchaine, T. et Hinshaw, S. (2017). *Child and adolescent psychopathology 3nd Eds.* Hoboken, NJ: John Wiley.

Beecham, J. (2014). Annual research review: Child and adolescent mental health interventions: a review of progress in economic studies across different disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*(6), 714-732.

Bodden, D., Stikkelbroek, Y. et Dirksen, C. (2018). Societal burden of adolescent depression, an overview and cost-of-illness study. *Journal of Affective Disorders, 241,* 256-262.

Buckholdt, K., Parra, G. et Jobe-Shields, L. (2014). Intergenerational transmission of emotion dysregulation through parental invalidation of emotions: Implications for adolescent internalizing and externalizing behaviors. *Journal of Child and Family Studies, 23*(2), 324-332.

Bufferd, S., Dougherty, L., Carlson, G., Rose, S. et Klein, D. (2012). Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. *The American Journal of Psychiatry, 169*(11), 1157-1164.

Bufferd, S., Dougherty, L., Olino, T., Dyson, M., Carlson, G. et Klein, D. (2018). Temperament distinguishes persistent/recurrent from remitting anxiety disorders across early childhood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 47*(6), 1004-1013.

Burstein, B., Agostino, H. et Greenfield, B. (2019). Suicidal attempts and ideation among children and adolescents in US emergency departments, 2007-2015. *JAMA Pediatrics*, 8.

Bushnell, G., Gaynes, B., Compton, S., Dusetzina, S., Brookhart, M. et Stürmer, T. (2018). Incidence of mental health hospitalizations, treated self-harm, and emergency room visits following new anxiety disorder diagnoses in privately insured U.S. children. *Depression and Anxiety.* Advance online publication.

Centers for Disease Control And Prevention, 2019. Recueilli : https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/features/anxiety-and-depression.html

Charron, G., Forget, J., Mbekou, V., Valois, P. et Jodoin, M. (2018). *Validation et adaptation francophone pour enfants du Invalidating Childhood Environment Scale.* Manuscrit soumis pour publication.

Cheung, A. (2006). Canadian Community Health Survey: Major depressive disorder and suicidality in adolescents. *Politiques de santé, 2*(2).

Cohen, J., Andrews, A., Davis, M. et Rudolph, K. (2017). Anxiety and depression during childhood and adolescence: testing theoretical models of continuity and discontinuity. *Journal of Abnormal Child Psychology, 46*(6), 1295-1308.

Cohen, J., Thakur, H., Burkhouse, K. et Gibb, B. (2019). A multimethod screening approach for pediatric depression onset: an incremental validity study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(2), 184-197.

Conseil Canadien sur l'Apprentissage (2009). Obstacle à l'apprentissage : La maladie mentale chez les jeunes Canadiens. Recueilli : http://bv.cdeacf.ca/EA_PDF/60272.pdf

Costello E., Erkanli A. et Angold A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(12), 1263-1271.

Craig, L., Powell, A. et Smyth, C. (2014). Towards intensive parenting? Changes in the composition and determinants of mothers' and fathers' time with children 1992-2006. *British Journal of Sociology, 65*(3), 555-579.

Crowell, S., Baucom, B., McCauley, E., Potapova, N., Fitelson, M., Barth, H. et Beauchaine, T. (2013). Mechanisms of contextual risk for adolescent self injury: invalidation and conflict escalation in mother–child interactions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 42,* 467-480.

Crowell, S., Beauchaine, T. et Linehan, M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin, 135*(3), 495-510.

Cummings, C., Caporino, N. et Kendall, P. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin, 140*(3), 816-845.

Dark, T., Flynn, A., Rust, G., Kinsell, H. et Harman, J. (2017). Epidemiology of Emergency Department visits for anxiety in the United States: 2009-2011. *Psychiatric Services, 68*(3), 238-244.

Denis, H. et Baghdadli, A. (2017). Les troubles anxieux de l'enfant et l'adolescent. *Archives de Pédiatrie, 24*(1), 87-90.

Duchesne, S. et Larose, S., Vittaro, F. et Tremblay, R. (2010). Trajectories of anxiety in a population sample of children: clarifying the role of children's behavioral characteristics and maternal parenting. *Development and psychopathology, 22*, 361-73.

Egger, H. et Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 313–337.

Elam, K., Chassin, L., Eisenberg, N. et Spinrad, T. (2017). Marital stress and children's externalizing behavior as predictors of mothers' and fathers' parenting. *Development and Psychopathology, 29*(4), 1305-1318.

Elzy, M. (2013). *Emotional Invalidation: An investigation into its definition, measurement, and effects.* (unpublished doctoral dissertation). University of South Florida, Tampa, United States of America.

Emamzadeh, A. (2018, August 4). *The Relation Between Invalidating Parenting and BPD.* Recueilli de https://www.psychologytoday.com/ca/blog/finding-new-home/201808/the-relation-between-invalidating-parenting-and-bpd.

Ferdinand, R., Dieleman, G., Ormel, J. et Verhulst, F. (2007). Homotypic versus heterotypic continuity of anxiety symptoms in young adolescents: Evidence for distinctions between DSM-IV subtypes. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(3), 325-33.

Finsaas, M., Kessel, E., Dougherty, L., Bufferd, S., Danzig, A., Davila, J. et Klein D. (2018). Early childhood psychopathology prospectively predicts social functioning in early adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 11*,1-12.

Floress, M., Kuhn, B., Bernas, S. et Dandurand, M. (2016). Nightmare prevalence, distress, and anxiety among young children. *Dreaming, 26*(4), 280-292.

Foley, D., Goldston, D., Costello, E. et Angold, A. (2006). Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth. *Archives of general psychiatry, 63*, 1017-24.

Frost, A., Kessel, E., Black, S., Goldstein, B., Bernard, K. et Klein, D. N. (2019). Homotypic and heterotypic continuity of internalizing and externalizing

symptoms from ages 3 to 12: The moderating role of diurnal cortisol. *Development and psychopathology, 31*(2), 789–798.

Ginsburg, G., Becker, E., Keeton, C., Sakolsky, D., Piacentini, J., Albano, A. et Kendall, P. (2014). Naturalistic follow-up of youths treated for pediatric anxiety disorders. *JAMA Psychiatry*, *71*(3), 310–318.

Gonçalves, S., Moreira, C., Gonçalves, M., Vieira, A. et Machado, B. (2018). The role of the perception of family environment in relation to body dissatisfaction, disordered eating and difficulties in close relationships. *Eating and Weight Disorders*. Advance online publication.

Haslam, M., Mountford, V., Meyer, C. et Waller, G. (2008). Invalidating childhood environments in anorexia and bulimia nervosa. *Eating Behaviors, 9*(3), 313-318.

Herres, J., Shearer, A., Kodish, T., Kim, B., Wang, S., et Diamond, G. (2019). Differences in suicide risk severity among suicidal youth with anxiety disorders. *Crisis, 28*, 1-7.

Hughes, A., Lourea-Waddell, B. et Kendall, P. (2008). Somatic complaints in children with anxiety disorders and their unique prediction of poorer academic performance. *Child Psychiatry et Human Development, 39*, 211-220.

Huxley, E. et Bizumic, B. (2017). Parental invalidation and the development of narcissism. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 151*(2), 130 -147.

Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas. (4 avril 2019). Troubles anxieux. Recueilli : http://www.douglas.qc.ca/page/clinique-troubles-anxieux.

Jacobson, C., Muehlenkamp J., Miller, A. et Turner, J. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(2), 363-75.

Johnson, B. (2016). *Perceived emotional invalidation in a developmental context: Does gender matter?* University of South Carolina, Columbia, United States of America.

Katz, L., Shortt, J., Allen, N., Davis, B., Hunter, E., Leve, C. et Sheeber, L. (2014). Parental emotion socialization in clinically depressed adolescents: Enhancing and dampening positive affect. *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*, 205–215.

Keng, S. et Yuan, C. (2018). Association between childhood invalidation and borderline personality symptoms: Self-construal and conformity as moderating factors. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 5*(19), 1-9.

Khesht-Masjedi, M., Shokrgozar, S., Abdollahi, E., Golshahi, M. et Sharif-Ghaziani, Z. (2017). Comparing depressive symptoms in teenage boys and girls. *Journal of family medicine and primary car*, *6*(4), 775-779.

Kingery, J., Ginsburg, G. et Burstein, M. (2009). Factor structure and psychometric properties of the Multidimensional Anxiety Scale for Children in an African American adolescent sample. *Child Psychiatry and Human Development, 40*(2), 287-300.

Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child et Adolescent Psychiatry, 46*(5-6), 305-315.

Kool, M., van Middendorp, H., Lumley, M., Bijlsma, J. et Geenen, R. (2013). Social support and invalidation by others contribute uniquely to the understanding of physical and mental health of patients with rheumatic diseases. *Journal of Health Psychology, 18*(1), 86-95.

Layne, A., Bernat, D., Victor, A. et Bernstein, G. (2009). Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: symptom presentation and predictors of impairment. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 283–289.

Linehan, M. (1993). Diagnosis and treatment of mental disorders. *Cognitive Behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linton, S., Boersma, K., Vangronsveld, K. et Fruzzetti, A. (2012). Painfully reassuring? The effects of validation on emotions and adherence in a pain test. *European Journal of Pain, 16*(4), 592-599.

Long, E., Haraden, D., Young, J. et Hankin, B. (2020). Longitudinal patterning of depression repeatedly assessed across time among youth: Different trajectories in self-report questionnaires and diagnostic interviews. *Psychological Assessment, 32*(9), 872-882.

Luby, J. (2010). Preschool depression: The importance of identification of depression early in development. *Current directions in psychological science, 19*(2), 91-95.

Luebbe, A., Bump, K., Fussner, L. et Rulon, K. (2014). Perceived maternal and paternal psychological control: Relations to adolescent anxiety through deficits in emotion regulation. *Child Psychiatry et Human Development, 45*(5), 565-576.

Mammarella, I., Ghisi, M., Bomba, M., Bottesi, G., Caviola, S., Broggi, F. et Nacinovich, R. (2016). Anxiety and depression in children with nonverbal learning disabilities, reading disabilities, or typical development. *Journal of Learning Disabilities, 49*(2), 130-139.

March, J., Parker, J., Sullivan, K., Stallings, P. et Conners, C. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry, 36*(4), 554-565.

Martinsen, K., Rasmussen, L., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A., Løvaas, M. et Neumer, S. (2019). Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(2), 212-219.

Mash, E. et Barkley, R. (Eds.). (2014). *Child psychopathology (3rd ed.)*. New York: Guilford Press.

Mbekou, V., MacNeil, S., Mikedis, T., Malinski, C., Zanga, J.C. et Renaud, J. (2015). Family functioning and parental invalidation of depressed adolescents with borderline personality disorder traits. *Journal of Child and Adolescent Behavior, 3*(4), 1-7.

McCallum, M. et Goodman, S. (2019). A multimethod, multi-informant investigation of maternal validation and invalidation of female adolescents who engage in

self-inflicted injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(6), 563-575.

McKinney, C. et Renk, K. (2008). Differential parenting between mothers and fathers: implications for late adolescents. *Journal of Family Issues, 29*(6), 806-827.

Melegari, M., Bruni, O., Sacco, R., Barni, D., Sette, S. et Donfrancesco, R. (2018). Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Generalized Anxiety Disorder in children and adolescents. *Psychiatry Research, 270*, 780-785.

Melton, T., Croarkin, P., Strawn, J. et Mcclintock, S. (2016). Comorbid anxiety and depressive symptoms in children and adolescents: A systematic review and analysis. *Journal of Psychiatric Practice, 22(2)*, 84-98.

Merikangas, K., Nakamura, E., et Kessler, R. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*, 7-20.

Merikangas, K., He, J., Burstein, M., Swanson, S., Avenevoli, S., Cui, L. et Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*(10), 980–989.

Mountford, V., Corstorphine, E., Tomlinson, S. et Waller, G. (2007). Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating Behaviors*, *8*(1), 48-58.

Mullen S. (2018). Major depressive disorder in children and adolescents. *The mental health clinician*, *8*(6), 275–283.

Murphy, Y., Luke, A., Brennan, E., Francazio, S., Christopher, I. et Flessner, C. (2018). An investigation of executive functioning in pediatric anxiety. *Behavior Modification*, *42*(6), 885-913.

Newbegin, I. et Owens, A. (1996). Self-esteem and anxiety in secondary school achievement. *Journal of Social Behavior et Personality, 11*(3), 521-530.

Organisation Mondiale de la Santé (2019). Dépression. Recueilli : https://www.who.int/topics/depression/fr/

Polosan, M., Lemogne, C., Jardri, R. et Fossati, P. (2016). La cognition au cœur de la dépression. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 42*(1, Suppl 1), S3-S11.

Rapee, R. (2012). Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. Dans: Rey JM (ed), IACAPAP e-*Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

Reinke, W. et Ostrander, R. (2008). Heterotyic and homotypic continuity: The moderating effects of age and gender. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*(7), 1109-1121.

Riley, M., Ahmed, S. et Locke, A. (2016). Common questions about oppositional Defiant Disorder. *American Family Physician, 93*(7), 586-591.

Rojo-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-Blanco, A., Vaz-Leal, F et Livianos, L. (2015). Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Research, 227*(1), 52-57.

Rutherford, H. J., Wallace, N. S., Laurent, H. K., & Mayes, L. C. (2015). Emotion regulation in parenthood. *Developmental review, 36*, 1-14.

Saint-Laurent, L. (1990). Étude psychométrique de l'Inventaire de dépression pour enfants de Kovacs auprès d'un échantillon francophone. *Revue canadienne des sciences du comportement, 22*(4), 377-384.

Schneider, R., Arch, J., Landy, L. et Hankin, B. (2018). The longitudinal effect of emotion regulation strategies on anxiety levels in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 47*(6), 978-991.

Selby, E., Braithwaite, S., Joiner, T. et Fincham, F. (2008). Features of borderline personality disorder, perceived childhood emotional invalidation, and dysfunction within current romantic relationships. *Journal of Family Psychology, 22*(6), 885-893.

Sells, D., Black, R., Davidson, L. et Rowe, M. (2008). Beyond generic support: Incidence and impact of invalidation in peer services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services, 59*(11), 1322-1327.

Shenk, C. et Fruzzetti, A. (2014). Parental validating and invalidating responses and adolescent psychological functioning: *An observational study. The Family Journal, 22*(1), 43-48.

Shevlin, M., McElroy, E. et Murphy, J. (2017). Homotypic and heterotypic psychopathological continuity: A child cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services, 52*(9), 1135-1145.

Shewark, E. et Blandon, A. (2015). Mothers' and fathers' emotion socialization and children's emotion regulation: A within-family model. *Social Development, 24*(2), 266-284.

Shortt, J., Katz, L., Allen, N., Leve, C., Davis, B. et Sheeber, L. (2016). Emotion socialization in the context of risk and psychopathology: Mother and father socialization of anger and sadness in adolescents with depressive disorder. *Social Development, 25*, 27-46.

Stalk, H., Love, A. et Mueller. C. (2015). Age of conduct disorder onset and comorbid anxiety and depression. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 26,* 337-350.

Sturrock, B., Francis, A. et Carr, S. (2009). Avoidance of affect mediates the effect of invalidating childhood environments on borderline personality symptomatology in a non-clinical sample. *Clinical Psychologist, 13*(2), 41-51.

Turgeon, L., Chartrand, É., Robaey, P. et Gauthier, A. (2006). Qualités psychométriques de la version québécoise du Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, 11*(3).

Wagner, K. (2019). Anxiety disorders in children and adolescents: New findings. *Psychiatric Times, 36*(2), 23-26.

Warner, E. (2018). *Perceived maternal invalidation and drinking behavior: The role of action control*. (Dissertation non publiée en travail social). University of Arkansas, Fayetteville, United States of America.

Weeks, M., Coplan, R. et Ooi, L. (2017). Cognitive biases among early adolescents with elevated symptoms of anxiety, depression, and co-occurring symptoms of anxiety-depression. *Infant and Child Development, 26*(5), 1-16.

Wehry, A., Beesdo-Baum, K., Hennelly, M., Connolly, S. et Strawn J. (2015). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Current Psychiatry Reports, 17*(7), 52.

Whalen, D. J. (2015). *The role of maternal invalidation in the development of BPD symptoms in adolescent girls.* (dissertation doctorale non publiée). University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA.

Wichstrøm, L., Belsky, J. et Steinsbekk, S. (2017) Homotypic and heterotypic continuity of symptoms of psychiatric disorders from age 4 to 10 years: A dynamic panel model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(11), 1239-1247.

Wolff, J. et Ollendick, T. (2007). The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clinical child and family psychology review, 9,* 201-220.

Yap, M., Allen, N. et Ladouceur, C. (2008). Maternal socialization of positive affect: The impact of invalidation on adolescent emotion regulation and depressive symptomatology. *Child Development, 79*(5), 1415-1431.

Yavorsky, J., Dush, C. et Schoppe-Sullivan, S. (2015). The production of inequality: The gender division of labor across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family, 77*(3), 662-679.

Yen, S., Kuehn, K., Tezanos, K., Weinstock, L. M., Solomon, J. et Spirito, A. (2015). Perceived family and peer invalidation as predictors of adolescent suicidal behaviors and self-mutilation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 25*(2), 124-130.

Yoo, J., Brown, P. et Luthar, S. (2009). Children with co-occurring anxiety and externalizing disorders: family risks and implications for competence. *The American journal of orthopsychiatry, 79*, 532-40.

Zielinski, M. et Veilleux, J. (2018). The Perceived Invalidation of Emotion Scale (PIES): Development and psychometric properties of a novel measure of current emotion invalidation. *Psychological Assessment, 30*(11), 1454-1467.

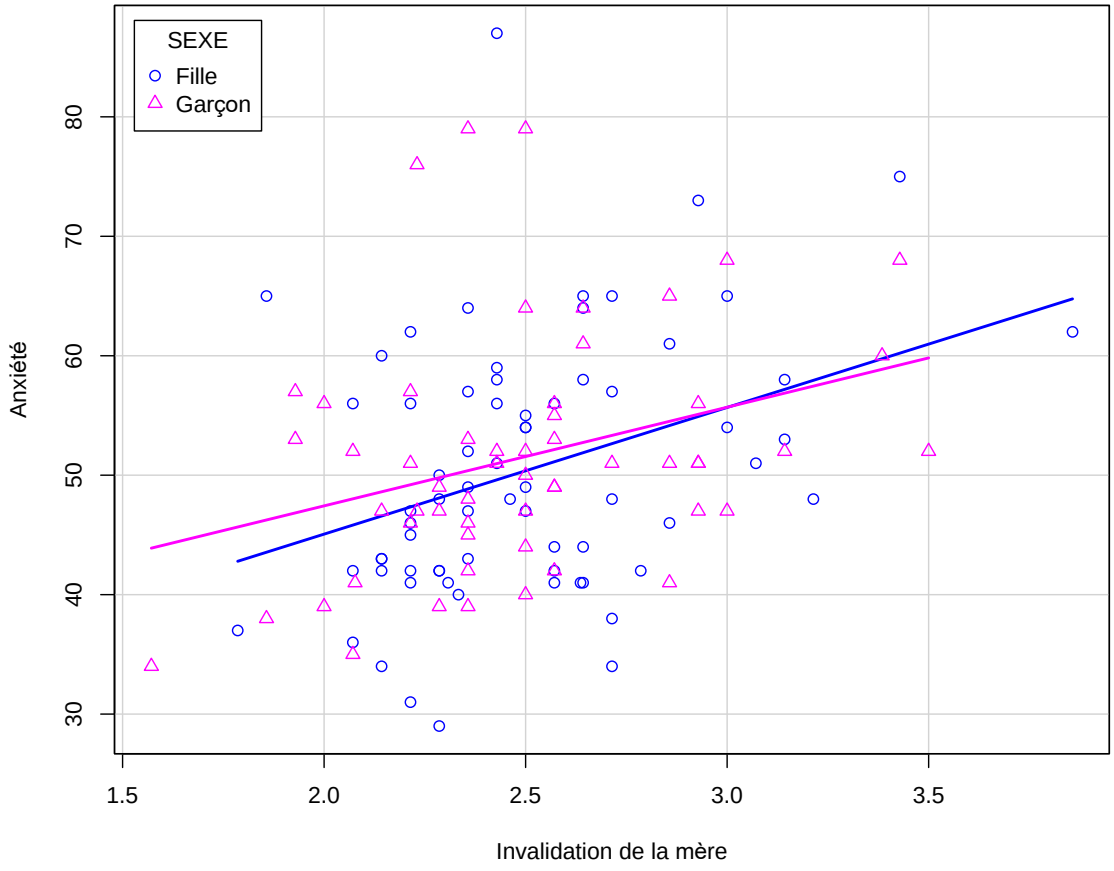


Figure 3.2 : Régression linéaire de l'invalidation de la mère et du sexe de l'enfant sur l'anxiété

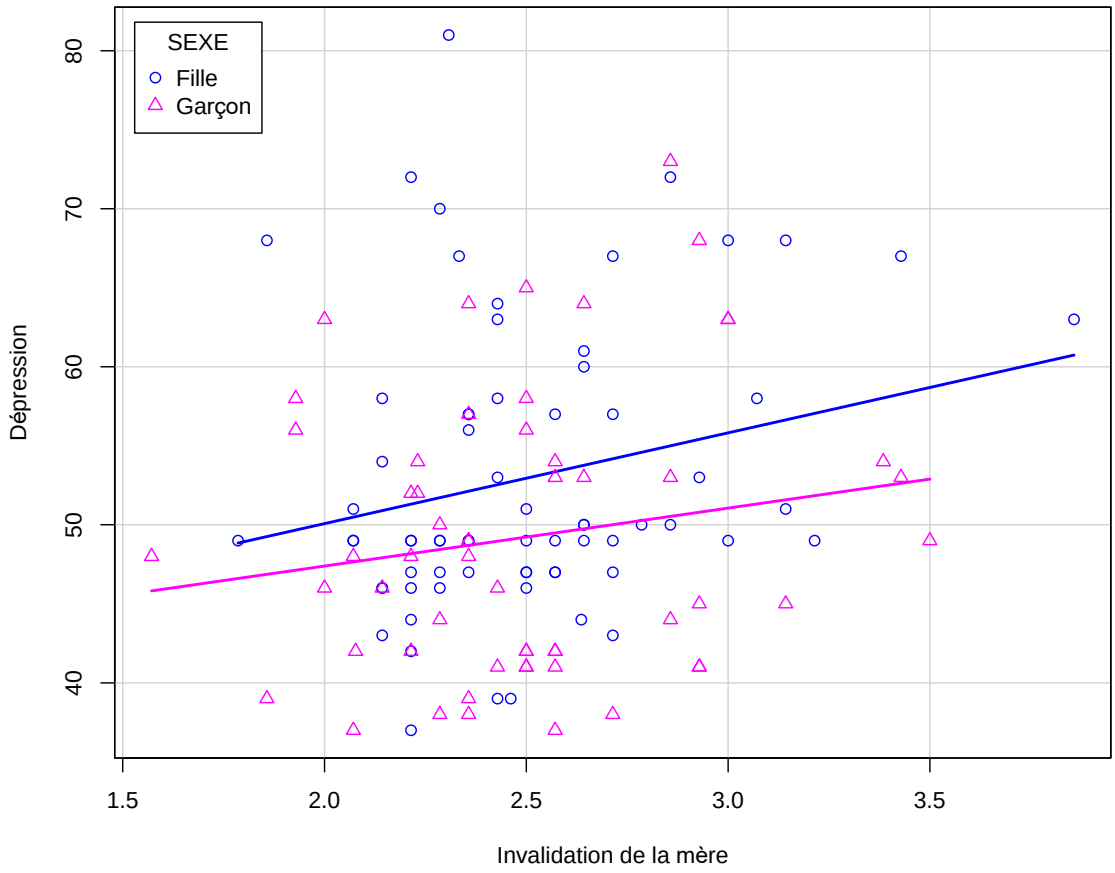


Figure 3.3 : Régression linéaire de l'invalidation de la mère et du sexe de l'enfant sur la dépression

CHAPITRE IV

DISCUSSION GENERALE

4.1 Objectifs

Cette thèse de doctorat avait pour but de contribuer au domaine de recherches qui examine le rôle des pratiques parentales invalidantes comme facteur de risque dans le développement de psychopathologies pédiatriques. Les études examinant les conséquences de l'invalidation parentale, telle que formulée par Linehan (1993), ont démontré clairement que l'invalidation parentale jouait un rôle important comme facteur de risque dans le développement de plusieurs troubles de santé mentale chez une population adulte (Adrian *et al.*, 2018; Hope et Chapman, 2019; Mountford *et al.*, 2007; You *et al.*, 2012).

À ce jour, peu d'études ont examiné, en perception actuelle, les conséquences de ces pratiques parentales dans l'émergence de troubles de santé mentale à l'enfance et l'adolescence. Hormis, les défis déontologiques que posent les études qui examinent cette forme de maltraitance psychologique envers ce groupe d'âge (les parents doivent donner leur aval pour que les enfants participent à des études qui jugent les comportements de leurs parents), il existe un véritable problème méthodologique, c'est-à-dire, qu'il n'existe pas d'instruments de mesure répondus par les enfants sur leur perception actuelle des comportements d'invalidation parentale, telle que définie par Linehan (1993).

4.2 Contributions de cette recherche

Cette thèse de doctorat représente une contribution significative de connaissances en psychopathologie pédiatrique dans les domaines de la recherche et de l'intervention clinique. D'abord, en dépit de la reconnaissance de l'importance du rôle de pratiques parentales d'invalidation comme facteur de risque dans l'émergence de psychopathologies, cette recherche a permis de constater l'état anémique d'instruments disponibles qui mesurent la perception actuelle des enfants de l'invalidation parentale qu'ils subissent. Par conséquent, une première grande contribution de cette recherche est le développement l'*Échelle de Perception de mon Environnement Familial (version Enfant)* (Charron *et al.*, soumis). Les analyses effectuées de cette échelle indiquent que cette dernière possède de bonnes qualités psychométriques et ce, davantage pour les mères, qui sont comparables à l'outil original dont il a été adapté, soit du questionnaire *Invalidating Childhood Environment Scale* de Mountford *et al.* (2007). Il est dorénavant possible d'objectiver et de quantifier l'invalidation parentale telle que perçue actuellement par les enfants.

Une deuxième contribution de cette recherche est la confirmation que les pratiques parentales d'invalidation, surtout celles provenant de la mère, semblent représenter un facteur de risque dans l'émergence d'anxiété chez les enfants. Bien que ces résultats soient cliniquement pertinents, la véritable importance de ces derniers est à l'effet que l'invalidation parentale non seulement semble créer des effets importants sur le développement de l'individu plus tard à l'âge adulte (Hong et Lishner, 2016), mais également au moment dans lequel l'individu les vivent. Traditionnellement, les instruments qui mesurent l'invalidation parentale sont majoritairement de méthode rétrospective, c'est-à-dire qu'ils demandent à des adultes de se rappeler, alors qu'ils étaient plus jeunes, comment ils ont vécu cette invalidation parentale (Charron *et al.*, soumis). Ainsi, en dépit d'un nombre limité de participants, l'apport majeur de cette

thèse est non seulement d'avoir développé un questionnaire qui évalue, dans le moment présent, les conséquences de l'invalidation parentale subie, mais d'en avoir fait un lien avec les manifestations d'éléments d'anxiété et de dépression chez des enfants. En outre, par la nature même de l'*EPEF-E*, il a été possible de constater une différence des pratiques parentales d'invalidation. Spécifiquement, comme le rappelle Shewark et Blandon (2015), il est important de distinguer entre les pratiques parentales d'invalidation provenant des mères de celles provenant des pères puisqu'elles se distinguent dans les manières qu'elles se manifestent et des conséquences qu'elles engendrent quant au développement de leurs enfants.

4.3 Limites de la thèse

En dépit des contributions importantes de cette thèse, il existe certaines limites. Le premier volet concerne l'*EPEF-E*. Il est clair que l'étude qui a porté sur la validation de cet instrument aurait pu bénéficier d'un plus grand nombre de participants. À ce sujet, pour doter un instrument de bonnes qualités psychométriques, Antoine et ses collègues (2014) rappellent l'importance d'un grand échantillonnage. Ceci est également vrai pour le troisième article de cette thèse.

Il y aurait également eu une valeur rajoutée de recueillir davantage des informations quant aux répondants. Puisque ce ne fut que le sexe et l'âge des enfants qui ont été recueillis, il est à se questionner s'il n'y a pas d'autres caractéristiques des enfants qui auraient pu être d'intérêt dans cette recherche. Notamment, à savoir si les enfants étaient déjà dans un suivi psychologique individuel ou familial ? De plus, le contexte familial des enfants n'a pas été spécifié (p.ex. parents divorcés, garde unique, adoptés, rôle de beau-père et de belle-mère, parents homosexuels). Est-ce que l'invalidation parentale provenant d'une mère monoparentale serait similaire à des pratiques d'invalidation avec la présence des deux parents? Est-ce que l'invalidation provenant

de parents dans une famille avec un seul enfant est similaire lorsqu'exercée au sein d'une famille qui a plusieurs frères et sœurs et est-ce que cette fratrie a la même perception des pratiques d'invalidation de leurs parents? Est-ce que les parents homosexuels ont des pratiques parentales d'invalidation différentes de parents hétérosexuels?

Il est également pertinent de se questionner sur les caractéristiques des parents d'enfants de cette étude. L'intensité, la nature et la fréquence des pratiques d'invalidation parentale sont probablement tributaires de la santé mentale des parents. À ce sujet, Xerxa et ses collègues (2020) rappellent de l'importance du rôle que la santé mentale des parents jouent dans leurs comportements avec leurs enfants. Conséquemment, cette recherche aurait surement bénéficiée de la passation de l'*EPEF-E* en conjoncture d'un instrument receuillant ce genre d'informations.

Outre les caractéristiques des enfants et des répondants, il y aurait eu pertinence de recueillir de l'information en ce qui concerne des stresseurs ou des situations actuelles dans la vie de l'enfant qui interfèrent dans les pratiques et dynamiques relationnelles et parentales, comme une instance de séparation, des difficultés financières, la maladie d'un parent, une situation de pandémie. Est-ce que les pratiques parentales d'invalidation sont exacerbées par ce genre de situations et, si oui, comment le sont-elles?

En ce qui concerne l'outil de recherche principal, l'*EPEF-E*, son format actuel n'est possiblement pas optimal. En effet, les participants sont invités à lire un item qui comprend la mention « mon père - ma mère », puis à se positionner séparément sur chacun des deux parents. Il est possible que le format choisi induise les participants à chercher des ressemblances ou des différences entre les deux parents, alors que ce n'est pas l'objectif de l'outil. Cette mention « mes parents » peut induire un biais

dans la manière dont les participants répondent puisque l'objectif fixé est de réaliser une évaluation séparément pour chacun des parents. Une présentation avec deux séries d'items spécifiquement adaptés à la mère, d'une part, et au père, d'autre part, pourrait être considérée. En outre, puisque l'*EPEF-E* n'est répondu que par les enfants, il serait pertinent d'adapter cet outil pour recueillir les perceptions des parents quant à leurs pratiques. Cela permettrait de contraster les réponses des enfants avec celles de leurs parents. Comme dans plusieurs autres domaines de recherche, l'observation clinique du lien parent-enfant en ce qui concerne les pratiques parentales invalidantes aurait été sans doute un grand atout à cette thèse. Il ne faut également pas oublier que l'E*PEF-E* n'a été répondu qu'à un seul moment. Il y aurait certainement eu une valeur à adopter une perspective longitudinale afin d'examiner la perception des enfants des pratiques d'invalidation de leurs parents à travers le temps. Long et ses collègues (2020) rappellent non seulement de la pertinence d'utiliser des mesures auto-rapportées et observationnelles, mais de la grande valeur de l'approche longitudinale.

Nous avons examiné l'anxiété et la dépression chez les garçons et les filles. Toutefois, avec l'utilisation d'un instrument qui mesure un ensemble de difficultés internalisées et externalisées, comme le *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1991), une meilleure évaluation pourrait être effectuée sur les effets des pratiques parentales invalidantes sur les manifestations de comportements d'opposition, d'agressivité, de la conduite et d'impulsivité. Un ensemble de facteurs comme le style parental, le climat familial, la présence d'abus sexuel et physique, ainsi que l'existence d'intimidation des pairs, ne sont que certains des facteurs qui auraient pu influencer le niveau de dépression et d'anxiété observé chez les enfants dans cette étude. Toutefois, compte tenu des limites méthodologiques des outils utilisés ainsi que des limites déontologiques de cette recherche (des questionnaires examinant la présence d'abus physique et sexuel auraient assurément compliqué le processus d'acceptation dans les

commissions scolaires ainsi que de limiter le nombre de participants), ces facteurs ne furent pas examinés.

Puisque les pratiques parentales d'invalidation semblent représenter un facteur de risque dans l'émergence de psychopathologies chez les enfants, il y aurait un véritable bénéfice d'intégrer et d'utiliser l'*EPEF-E* dans un questionnaire plus global ou dans une entrevue semi-structurée comme le *Structured Clinical Interview for DSM-5* (*SCID-5*) afin d'identifier la présence et l'ampleur de comportements parentaux d'invalidation. Dans une perspective clinique, il serait assurément utile d'établir des seuils chiffrés de l'*EPEF-E* permettant de quantifier des niveaux d'invalidation tels que léger, modéré et sévère.

En dernier lieu, sur 29 refus au total, il est intéressant de noter qu'il y a un eu huit refus catégoriques de parents (accompagné de memos avec langage coloré) qui interdisaient à leurs enfants de participer à cette recherche. Hormis, que cette situation soit courante dans le domaine de la recherche, elle invite une réflexion. Est-il possible que ces parents qui ont refusé que leur enfant participe à cette étude soient justement le type de parents qui invalident le plus leurs enfants? Qu'ils refusent de voir que la détresse de leur enfant est directement reliée à leurs pratiques parentales inadéquates et invalidantes? Que ces parents, qui présentent des comportements invalidants, soient enlisés dans une routine qui banalise et normalise cette forme d'abus. Il est aussi possible que ces parents ne réalisent pas la nature invalidante de leurs comportements. Ainsi, les éléments d'anxiété et la dépression seraient peu remarqués compte tenu qu'ils auraient été, à différents degrés, toujours présents dans la vie de l'enfant. Puisqu'un enfant peu sociable, peu enthousiaste, avec peu d'amis serait vraisemblablement considéré normal pour ses parents, il n'y aurait aucune nécessité d'intervention.

4.4 Pistes de recherches futures

L'absence de comportements d'invalidation n'est pas synonyme de la présence de comportements de validation. Ainsi, un parent pourrait ne rien dire ou faire en rapport à une réaction émotionnelle de son enfant, et présenter qu'une réponse neutre. À ce moment, il n'y a pas de réaction négative du parent, mais ce dernier ne crée pas davantage un environnement d'écoute et de soutien. Est-ce que l'inaction de validation d'un parent envers son enfant est aussi nocive qu'une pratique parentale d'invalidation? Il serait intéressant de développer un questionnaire qui mesure la perception des enfants des pratiques de validation de leurs parents. Comme mentionné plus haut, des études longitudinales dans lesquelles les mêmes individus reçoivent l'*EPEF-E* de manière répétée à travers les années pourraient non seulement aussi offrir une compréhension accrue de l'effet de l'invalidation par l'entremise d'une perspective développementale, mais également explorer l'éventualité qu'un enfant qui subit des pratiques parentales invalidantes devient, à son tour, un parent invalidant.

4.5 Références

Achenbach, T.M. (1991). *Manual for Child Behavior Checklist/ 4–18 and 1991 Profile.* Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.

Adrian, M., Berk, M., Korslund, K., Whitlock, K., McCauley, E. et Linehan, M. (2018). Parental validation and invalidation predict adolescent self-harm. *Professional Psychology: Research and Practice, 49*(4), 274-281.

Anthoine, E., Moret, L., Regnault, A., Sébille, V. et Hardouin, J. (2014). Sample size used to validate a scale: A review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health and quality of life outcomes, 12*(1), 176.

Beck, A., Steer, R., Ball, R. et Ranieri, W. (1996). Comparaison of Beck Depression Inventories – IA and II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment, 67*, 588-597.

Charron, G., Forget, J., Mbekou, V., Valois, P. et Jodoin, M. (2018). *Validation et adaptation francophone pour enfants du Invalidating Childhood Environment Scale.* Manuscrit soumis pour publication.

Haynes, S., Richard, D. et Kubany, E. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment, 7*, 238-247.

Hong, P. et Lishner, D. (2016). General invalidation and trauma-specific invalidation as predictors of personality and subclinical psychopathology. *Personality and Individual Differences, 89*, 211-216.

Hope, N. H. et Chapman, A. L. (2019). Difficulties regulating emotions mediates the associations of parental psychological control and emotion invalidation with borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 10*(3), 267-274.

Linehan, M. (1993). *Diagnosis and treatment of mental disorders. Cognitive Behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.

Long, E., Haraden, D., Young, J. et Hankin, B. (2020). Longitudinal patterning of depression repeatedly assessed across time among youth: Different trajectories in self-report questionnaires and diagnostic interviews. *Psychological Assessment, 32*(9), 872–882.

Mountford, V., Corstorphine, E., Tomlinson, S. et Waller, G. (2007). Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating Behaviors, 8*(1), 48-58.

Shewark, E. et Blandon, A. (2015). Mothers' and fathers' emotion socialization and children's emotion regulation: A within-family model. *Social Development, 24*(2), 266-284.

You, J., Leung, F., Lai, C. et Fu, K. (2012). The associations between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder features among chinese adolescents. *Journal of Personality Disorders, 26*(2), 226-237.

Xerxa, Y., Rescorla, L., Ende, J., Hillegers, M., Verhulst, F. et Tiemeier, H. (2020). From parent to child to parent: Associations between parent and offspring psychopathology. *Child Development*. Advance online publication.

Zielinski, M. et Veilleux, J. (2018). The Perceived Invalidation of Emotion Scale (PIES): Development and psychometric properties of a novel measure of current emotion invalidation. *Psychological Assessment, 30*(11), 1454-1467.

CONCLUSION

> Seul, oublié dans un trou noir, personne pour t'aider. Tu te sens suicidaire et sans valeur quand les autres se sentent bien. Les autres jouent au ballon alors que tu es assis dans un coin. On essaie de t'aider pendant que tu regardes ton ombre. Tu essaies de t'en éloigner, tout en sachant que ça reviendra. Personne ne sait ce que tu vis alors que tu demeures assis, sans émotion. Essayer d'accrocher un sourire sur ton visage, mais cela ne fonctionne pas. Un jour ça va partir: dépression.[8]
>
> *P.P., 11 ans*

Les troubles de santé mentale chez les enfants représentent un sujet d'inquiétude sociétal d'envergure. Cette préoccupation se reflète, entre autres, par la mise en œuvre de politiques sociales dans les domaines de la recherche et de l'intervention. Notamment, à l'été 2019, l'Institut National de Santé Publique du Québec, proposait deux pistes d'action spécifiques : (i) « agir sur les déterminants de la santé mentale et leur distribution[9] », c'est-à-dire d'examiner les contextes sociaux dans lesquels les enfants se développent et (ii) « favoriser le développement de compétences socioémotionnelles depuis la petite enfance [10] », c'est-à-dire d'examiner le

---

[8] Friends of the forest. A book of verse. Young Writers of Canada, p.118 [Notre traduction].

[9] Institut National de Santé Publique (2019), consulté le 6 novembre 2019, https://www.inspq.qc.ca/nouvelles/des-initiatives-pour-la-sante-mentale-de-nos-jeunes

[10] Plus La Presse, consulté le 4 novembre 2019, http://plus.lapresse.ca/screens/385f91dd-1108-4dcb-abfa-8fc76bccfec7__7C___0.html

développement de compétences et d'habiletés individuelles et interpersonnelles qui permettront aux enfants d'être davantage sensibilisés et outillés à faire face à de nombreux défis de santé mentale. Tout en continuant cet élan de conscientisation, en octobre 2019, l'association des médecins psychiatres du Québec rapportait vouloir initier une réflexion sociale sur la santé mentale des enfants en évaluant la possibilité de créer un cours d'éducation sur la santé mentale. Comme ces derniers, plusieurs sont d'avis qu'il est impératif de sensibiliser les enfants quant aux premiers signes de détresse psychologique.

Ainsi, la reconnaissance de l'importance des psychopathologies pédiatriques connaît actuellement un développement important. Que ce soit des défis plus récents, comme la cyberdépendance, ou d'autres plus typiques, comme les difficultés liées à l'anxiété ou à la dépression, il est incontestable que la santé mentale des enfants doit être une priorité sociale d'avant-scène. En dépit du fait que le développement de programmes pédiatriques d'évaluation et d'intervention soient dispendieux, les coûts découlant d'une certaine négligence des services sociosanitaires face à la santé mentale des enfants sont importants. Selon le Centre de Toxicomanie et de Santé Mentale, regroupement d'hôpitaux psychiatriques canadiens, un Canadien sur cinq présentera un trouble de santé mentale au courant de sa vie, 70% de ces troubles débutent à l'enfance ou à l'adolescence et engendrent un coût économique estimé à cinquante et un milliard de dollars par année[11]. Cette forme de négligence favorise la cristallisation de problématiques à l'âge adulte et représente un frein au développement de l'autonomie de la personne.

---

[11] Center of Addiction and Mental Health, consulté 14 novembre 2020, https://www.camh.ca/en/driving-change/the-crisis-is-real/mental-health-statistics

Cette thèse de doctorat a représenté un projet d'envergure avec d'importants défis éthiques et méthodologiques. Les épreuves furent nombreuses. Les malchances encore plus. Le recrutement des participants a pris plus de deux ans et demi étant donné que nous étions à un moment litigieux de pressions syndicales qui encourageaient les enseignants à refuser toutes tâches et implications hors de leurs tâches d'enseignement. Toutefois, les contributions de cette recherche dans le milieu de la santé mentale ont largement dépassé ces volets négatifs. Les enjeux d'intervention ne se limitent pas simplement au présent, mais jouent un rôle important dans le portrait de la société de demain. L'absence de réponses adéquates aux besoins des enfants liés à leur santé mentale entraîne trop souvent des difficultés au cours de leur adolescence, et deviennent débilitantes à l'âge adulte. Ces situations entrainent une diminution de leur qualité de vie et représentent un frein au développement de leur plein potentiel.

En dernier lieu, il ne faut pas oublier l'aspect pragmatique de cette thèse doctorale. Avec plus d'onze années comme psychologue-clinicienne, je suis constamment témoin des conséquences négatives de comportements parentaux invalidants sur la santé mentale de mes jeunes clients. Il est impératif de mieux identifier cette forme de maltraitance psychologique afin de limiter ses ravages.

ANNEXE A

LETTRE RÉSUMANT LE PROJET ET SOLLICITANT LA DIRECTION DE L'ÉCOLE

UQÀM

LETTRE RÉSUMANT LE PROJET ET SOLLICITANT
LA DIRECTION DE L'ÉCOLE

«VALIDATION ET ADAPTATION DU

INVALIDATING CHILDHOOD ENVIRONMENT SCALE (ICES)

AUPRÈS D'ÉLÈVES FRANCOPHONES DE

LA CINQUIÈME ET SIXIÈME ANNÉE DU PRIMAIRE»

Madame, Monsieur,

La manière qu'un enfant comprend et perçoit son environnement familial est clé dans son développement. Spécifiquement, par l'entremise de la relation avec son parent, l'enfant développe plusieurs habiletés dont la gestion et la régulation des émotions, la tolérance aux frustrations, la résolution de conflits et l'efficacité interpersonnelle. Ces défis développementaux se font pour tous. Le rôle des parents est de créer un contexte familial dans lequel l'enfant se sent confortable, qui lui permet de percevoir et gérer des situations négatives et d'apprendre à mieux tolérer, gérer et exprimer des situations de détresse. Il arrive parfois que les enfants perçoivent que leurs parents comprennent peu ou pas ce qu'ils vivent ; ce concept se nomme invalidation. L'objectif global de mon étude est de mieux comprendre les effets de l'invalidation sur le développement d'un enfant. Pour y arriver, nous avons besoin de mesurer le

degré de l'invalidation qu'un enfant perçoit de ses parents. Ainsi, nous procèderons à évaluer le questionnaire que nous avons développé. Nous voulons vérifier que nos questionnaires sont bien compris par des enfants de cinquième et sixième année.

Pour ce faire, nous sommes à la recherche d'enfants qui répondront au questionnaire. Un assistant ainsi que moi-même irons rencontrer les enfants en classe. Je lirai à voix haute chacune des quatorze questions. Une fois que l'enfant aura répondu à la question, il déposera son crayon. Un assistant ainsi que moi-même circulerons en classe et répondrons aux questions des élèves. L'enseignant(e) pourra demeurer en classe si désiré. Notre temps en classe avec les enfants sera d'une durée maximale de 15 minutes.

Votre implication consistera à informer l'enseignant(e) de classe de la participation de votre école à cette étude ainsi que d'examiner une date qui pourrait convenir à l'enseignant(e) pour réserver la période de passation du questionnaire. Nous irons en fonction de l'horaire de l'enseignant(e) afin de minimiser notre interférence sur le fonctionnement usuel de la classe et du curriculum de votre école. Vous devrez remettre à l'enseignant(e) les formulaires de consentement pour les parents. L'enseignant(e) remettra à chaque enfant deux copies de ces formulaires qu'il donnera à chacun de ses parents. L'enfant aura deux semaines pour faire remplir les consentements et les ramener. À la journée de l'expérimentation, les enfants me les remettront.

Aucun bénéfice direct ne découlera de la participation de l'enfant ou de son parent à cette étude. Toutefois, ils auront l'occasion de participer au processus scientifique ainsi qu'à l'avancement des connaissances scientifiques sur le développement des enfants. Quant aux risques possibles, il n'y en a pour ainsi dire aucun qui soit majeur; un inconfort pourrait être rapporté par votre enfant et ainsi s'il le souhaite il pourra

interrompre sa participation en tout temps et sans préjudice ou obligation. Soyez assuré que l'équipe de recherche sera pleinement à l'affut de tout inconfort et de malaise présenté par un enfant.

Il est entendu que les renseignements recueillis sont confidentiels et que seuls les responsables du projet et les assistants de recherche auront accès aux questionnaires. Dès la fin du questionnaire en classe, toutes les identifications personnelles sont remplacées par un code alphanumérique dont la clé de codage n'est accessible que par les responsables de l'étude. Les questionnaires originaux sont conservés dans un classeur barré situé dans les locaux du Laboratoire des sciences appliquées du comportement à l'UQAM. Les bases de données sont protégées par un mot de passe et les copies de sauvegarde sont conservées sous clé. Le processus de validation d'un test pouvant comporter plusieurs réévaluations, les originaux, sans identifications personnelles, sont conservés jusqu'à mise en place d'une nouvelle version du questionnaire ou pour une période de deux ans suivant la dernière diffusion des résultats si aucun projet de recherche portant sur l'instrument n'est effectué pendant cette période. Toutes les copies électroniques seront effacées des disques durs et les copies papier seront détruites avec l'aide d'un service spécialisé en destructions de données confidentielles. Ni l'enseignant ni la direction de l'école ne peuvent avoir accès aux données recueillies sur votre enfant.

Les résultats de l'étude pourront être publiés dans des revues spécialisées ou l'objet de discussions scientifiques, mais aucune information qui pourrait identifier l'enfant ne sera disponible.

Vous pouvez contacter la candidate au doctorat Geneviève Charron pour des questions additionnelles sur le déroulement du projet. Vous devez la contacter au (514) 924-7792. Vous pouvez également discuter avec le directeur de recherche,

Jacques Forget, des conditions dans lesquelles se dérouleront votre participation et celle de vos élèves et de vos droits en tant que participant de recherche. Vous pouvez le rejoindre au numéro (514) 987-3000 poste 7776.

Le projet auquel vous êtes invité à participer a été approuvé sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPÉ) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPÉ, Anick Bergeron, au 514 987-3000, poste 3642, ou par courriel à l'adresse suivante : bergeron.anick@uqam.ca.

En tant que responsable de la recherche, je m'engage à respecter l'intégrité physique, psychologique et sociale des participants de cette recherche tout en assurant la confidentialité des informations recueillies. Je m'engage également à fournir à tous participants le support et références nécessaires advenant qu'un enfant ressente un inconfort suite à sa participation à cette étude.

Je vous remercie à l'avance de votre support, votre appui et votre intérêt dans le domaine de la santé mentale pédiatrique.

ANNEXE B

FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT POUR LES PARENTS ET L'ENFANT (SUJETS MINEURS)

FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT
POUR LES PARENTS ET L'ENFANT (sujets mineurs)

« VALIDATION ET ADAPTATION DU
INVALIDATING CHILDHOOD ENVIRONMENT SCALE (ICES)
AUPRÈS D'ÉLÈVES FRANCOPHONES DE
LA CINQUIÈME ET SIXIÈME ANNÉE DU PRIMAIRE »

IDENTIFICATION

Responsables du projet : Geneviève Charron, M.Ps.
Programme d'enseignement : Département de Psychologie, Laboratoire des Sciences Appliquées du Comportement, Université du Québec à Montréal.
Adresse courriel : genevieve.charron@gmail.com
Numéro de téléphone : (514) 924-7792

Superviseur du projet : Jacques Forget, D.Ps
Adresse courriel : forget.jacques@uqam.ca
Numéro de téléphone : (514) 987-3000 poste 7776

Co-Superviseur du projet : Valentin Mbekou, Ph.D
Adresse courriel : mbeval@douglas.mcgill.ca
Numéro de téléphone : (514) 761-6131 poste 3325

BUT GÉNÉRAL DU PROJET ET DIRECTION

La manière qu'un enfant comprend et perçoit son environnement familial est clé dans son développement. Spécifiquement, par l'entremise de la relation avec son parent, l'enfant développe plusieurs habiletés dont la gestion et la régulation des émotions, la tolérance aux frustrations, la résolution de conflits et l'efficacité interpersonnelle. Ces défis développementaux se font pour tous. Le rôle des parents est de créer un contexte familial dans lequel l'enfant se sent confortable, qui lui permet de percevoir et gérer des situations négatives et d'apprendre à mieux tolérer, gérer et exprimer des situations de détresse. Il arrive parfois que les enfants perçoivent que leurs parents comprennent peu ou pas ce qu'ils vivent.

Ainsi, votre enfant est invité à prendre part à un projet de recherche visant à adapter et valider un instrument qui examine la perception des enfants de leur environnement familial. L'objectif d'une telle validation est de permettre l'utilisation d'un outil qui offrira les moyens de mieux comprendre la perception d'un enfant de son environnement familial. Ainsi, nous pourrons mieux comprendre le lien qui existe entre la perception de l'enfant et de ses comportements. La pertinence de cette recherche est de mise puisqu'il existe encore aujourd'hui un nombre limité et restreint d'instruments de mesure au Québec qui examine le lien entre le monde affectif de l'enfant perçu par lui-même et ses comportements. En outre, tout projet qui vise d'enrichir la batterie de questionnaires à la disposition de cliniciens et chercheurs afin de mieux comprendre la vie affective d'enfants est précieux.

Votre contribution favorisera l'avancement des connaissances dans le domaine de la psychologie développementale et clinique chez les enfants.

L'Université du Québec À Montréal ainsi que la direction de l'école de votre enfant a donné son accord à ce projet.

Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre du projet de recherche doctorale de Geneviève Charron, M.Ps., psychologue et doctorante. Ce projet est supervisé par Jacques Forget, D.Ps., professeur au département de psychologie, de la Faculté des sciences humaines de l'UQÀM ainsi que de Dr. Valentin Mbekou, Ph.D., psychologue clinicien et chercheur à l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas.

PROCÉDURE

Avec votre autorisation, votre enfant est invité à répondre à un questionnaire qui se nomme l'Invalidating Childhood Environment Scale. Ce dernier sera administré en classe par deux membres de l'équipe de recherche qui le distribueront aux élèves. Une fois que l'enfant aura inscrit son nom, son sexe et son âge sur la page couverture, les consignes seront alors expliquées par les membres de l'équipe de recherche. Par la suite, chacune des 14 questions sera lue à haute voix par les membres de l'équipe de recherche. Après chaque question, l'enfant cachera sa réponse et déposera son crayon. L'ensemble du questionnaire requiert un temps de passation de 15 minutes.

AVANTAGES et RISQUES

Votre enfant va participer à une étude qui vise à développer un instrument clinique qui bénéficiera aux cliniciens et aux chercheurs intervenant auprès d'enfants qui demeurent dans des environnements familiaux qui sont perçus comme peu à l'écoute du monde affectif de l'enfant. Votre contribution favorisera l'avancement des

connaissances dans le domaine de la psychologie développementale et clinique chez les enfants. Quant aux risques possibles, il n'y en a pour ainsi dire aucun qui soit majeur; le risque d'inconfort associé à la participation à cette étude est minimal. Selon la nature des questions, il est peu probable que votre enfant ne soit exposé à des questions qui le mettront en situation de risque plus élevé que la moyenne retrouvée dans son quotidien. Tous les participants peuvent interrompre pour quelque raison que ce soit leur collaboration et ce, à tout moment.

CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis sont confidentiels et que seuls les responsables du projet et les assistants de recherche auront accès aux questionnaires. Dès la fin du questionnaire en classe, toutes les identifications personnelles sont remplacées par un code alphanumérique dont la clé de codage n'est accessible que par les responsables de l'étude. Les questionnaires originaux sont conservés dans un classeur barré situé dans les locaux du Laboratoire des sciences appliquées du comportement à l'UQAM. Les bases de données sont protégées par un mot de passe et les copies de sauvegarde sont conservées sous clé. Le processus de validation d'un test pouvant comporter plusieurs réévaluations, les originaux, sans identifications personnelles, sont conservés jusqu'à mise en place d'une nouvelle version du questionnaire ou pour une période de deux ans suivant la dernière diffusion des résultats si aucun projet de recherche portant sur l'instrument n'est effectué pendant cette période. Toutes les copies électroniques seront effacées des disques durs et les copies papier seront détruites avec l'aide d'un service spécialisé en destructions de données confidentielles. Ni l'enseignant, ni la direction de l'école ne peuvent avoir accès aux données recueillies sur votre enfant.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

La participation de votre enfant à ce projet est volontaire. Cela signifie que, même si vous consentez aujourd'hui à participer à cette recherche, votre enfant demeure entièrement libre de ne pas participer ou de mettre fin à sa participation en tout temps sans justification ni pénalité. Vous pouvez également vous retirer du projet en tout temps. Pour les enfants qui ne participent pas au projet, du travail personnel leur sera proposé en classe par leur enseignant.

Votre accord à participer implique également que vous acceptiez que les responsables du projet puissent utiliser aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Vous et votre enfant ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à cette étude.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

Vous pouvez contacter la candidate au doctorat Geneviève Charron, M.Ps., psychologue, pour des questions additionnelles sur le déroulement du projet. Vous devez la contacter au (514) 924-7792. Vous pouvez également discuter avec le directeur de recherche, Jacques Forget, D.Ps., des conditions dans lesquelles se déroulera votre participation et celle de vos élèves et de vos droits en tant que participant de recherche. Vous pouvez le rejoindre au numéro (514) 987-3000-7776.

Le projet auquel votre enfant est invité à participer a été approuvé sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPÉ) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPÉ, Anick Bergeron, au 514 987-3000, poste 3642, ou par courriel à l'adresse suivante : bergeron.anick@uqam.ca.

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

UQÀM

FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT
POUR LES PARENTS (sujets mineurs)

«VALIDATION ET ADAPTATION DU
INVALIDATING CHILDHOOD ENVIRONMENT SCALE (ICES)
AUPRÈS D'ÉLÈVES FRANCOPHONES DE
LA CINQUIÈME ET SIXIÈME ANNÉE DU PRIMAIRE»

Je, _____, en tant que parent ou tuteur légal de

_____ (nom et prénom de mon enfant),

reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement que mon enfant participe à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que la participation de mon enfant à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer le responsable du projet. Je peux également décider, pour des motifs que je n'ai pas à justifier, de me retirer ou de retirer mon enfant en tout temps du projet.

Veuillez s.v.p. cocher la case qui correspond à votre choix :

J'**ACCEPTE** que mon enfant réponde en classe au questionnaire et j'accepte de compléter les informations ci-dessous **O**

Je **REFUSE** que mon enfant réponde en classe aux questionnaires et je refuse de compléter les informations ci-dessous **O**

Signature du parent : _____ Date : _____

Nom et prénom (lettres moulées) _____

Numéro de téléphone _____

Signature du responsable du projet : _____ Date :_____
Geneviève Charron, M.Ps., psychologue et doctorante en psychologie

UQÀM

FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT
POUR ENFANTS

«VALIDATION ET ADAPTATION DU
INVALIDATING CHILDHOOD ENVIRONMENT SCALE (ICES)
AUPRÈS D'ÉLÈVES FRANCOPHONES DE
LA CINQUIÈME ET SIXIÈME ANNÉE DU PRIMAIRE»

Bonjour!

Je m'appelle Geneviève et j'ai besoin de ton aide. Tout comme toi, je suis une étudiante. Je fais une recherche sur les perceptions des enfants de leur environnement familial. Si tu le veux, j'aimerais te faire passer un questionnaire en classe en même temps que les autres amis de ta classe qui me permettra de comprendre comment tu perçois certaines réactions de tes parents. Il y aura 14 questions et je les lirai à voix haute. Tu écriras tes réponses sur le questionnaire. Si tu as des questions, j'y répondrai. Si certaines questions te rendent mal à l'aise, tu peux ne pas y répondre ou simplement d'arrêter de répondre au questionnaire et faire une autre activité de ton choix en silence. Le plus important c'est que tu comprennes qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Coche la case qui correspond à ton choix

1. J'**ACCEPTE** de répondre au questionnaire **O**
2. Je **REFUSE** de répondre au questionnaire **O**

Nom et prénom (lettres moulées) _____

Âge _____ Sexe_____

Signature du responsable du projet : _____ Date :_____
Geneviève Charron, M.Ps., psychologue et doctorante en psychologie

ANNEXE C

VERBATIM POUR L'ÉTUDE « VALIDATION ET ADAPTATION DU INVALIDATING CHILDHOOD ENVIRONMENT SCALE (ICES) AUPRÈS D'ÉLÈVES FRANCOPHONES DE LA CINQUIÈME ET SIXIÈME ANNÉE DU PRIMAIRE »

VERBATIM POUR L'ÉTUDE
« VALIDATION ET ADAPTATION DU INVALIDATING CHILDHOOD ENVIRONMENT SCALE (ICES) AUPRÈS D'ÉLÈVES FRANCOPHONES DE LA CINQUIÈME ET SIXIÈME ANNÉE DU PRIMAIRE »

Bonjour!
Nous nous appelons _____ et _____ et nous avons besoin de votre aide. Nous sommes des chercheurs de l'Université du Québec À Montréal et faisons une recherche. Nous voulons comprendre votre point de vue sur certaines réactions de vos parents. Pour y arriver, nous voudrions vous passer un questionnaire très court qui comporte 14 questions. Voulez-vous nous aider? Parfait et merci beaucoup!

Pour ceux qui ne veulent pas répondre au questionnaire, nous vous invitons à faire du travail personnel. Vous pouvez arrêter de répondre aux questions en tout temps pendant la passation et votre questionnaire ne sera pas retenu.

Nous allons vous donner un questionnaire que nous allons déposer sur votre bureau. Il sera à l'envers et nous vous demandons de ne pas le retourner jusqu'au moment que nous vous le dirons.

Distribution des questionnaires

Maintenant que tout le monde a un questionnaire, nous vous demandons de le retourner et bien nous écouter. Nous allons tout d'abord vous demander de mettre votre nom, de cocher votre sexe, de mettre votre âge et de mettre votre niveau scolaire. Maintenant que tout le monde a fait ceci, commençons le questionnaire.

Les questions suivantes concernent la façon dont tes parents réagissent à certaines situations que tu vis quotidiennement. Parce que tes deux parents sont différents, tu évalueras chacun d'eux séparément. Utilise la colonne de gauche pour évaluer ta mère et la colonne de droite pour évaluer ton père. Il est important de comprendre qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

- Si tu vis avec un seul parent depuis plus de 6 mois et que tu n'as aucun contact avec l'autre parent, complète seulement la colonne du parent avec qui tu vis actuellement.
- Si tes parents sont divorcés ou séparés et que tu vois encore chacun d'eux remplit le questionnaire pour les deux.
- Si tu vis en famille d'accueil ou dans une ressource des Centres jeunesse depuis moins d'un an, remplis le questionnaire en pensant au moment où tu vivais avec tes parents.

− Si tes parents sont décédés ou si tu es un enfant adopté, remplis le questionnaire en pensant à tes parents adoptifs ou tout autre adulte qui vit avec toi en ce moment.

Tu répondras avec des chiffres :
1- Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Après chaque réponse, cache ta réponse.

On y va.

Question 1. Ma mère/mon père se met en colère quand je ne suis pas d'accord avec elle/lui.

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 2. Lorsque je suis inquiet(e), ma mère/mon père l'ignore.

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 3. Lorsque je suis content(e), ma mère/mon père devient sarcastique (se moquer méchamment), et dit des choses comme « voyons, qu'est-ce qui t'amuse tant? ».

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 4. Lorsque je suis contrarié(e) (être dérangé, être troublé, être embêté), ma mère/mon père menace de me punir.

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.
Question 5. Ma mère/mon père me fait me sentir bien lorsque je ne comprends pas ou ne réussis pas quelque chose du premier coup.

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 6. Lorsque je suis content(e) parce que j'ai bien travaillé à l'école, ma mère/mon père dira des choses comme « ne soit pas trop confiant(e) » ou « ne soit pas trop sûr(e) de toi ».

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 7. Lorsque je dis que je ne suis pas capable de faire quelque chose, ma mère/mon père dira des choses comme « tu fais exprès d'être difficile » ou « ne sois pas si difficile ».

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 8. Ma mère/mon père me comprend et m'aide si je ne peux réussir quelque chose immédiatement.

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 9. Ma mère/mon père dit des choses comme: « parler de ce qui t'inquiète, de tes soucis ou de tes peurs peut empirer la situation ».

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 10. Lorsque je ne peux réussir une tâche, quel que soit l'effort que j'y mets, ma mère/mon père dira que je suis paresseux(se).

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 11. Ma mère/mon père fait une crise de colère lorsque je décide de quelque chose sans lui en parler avant.

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 12. Lorsque je suis malheureux, ma mère/mon père me demande ce qui ne va pas afin de m'aider et cache ta réponse.

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon.

13. Lorsque je suis incapable de résoudre un problème, ma mère/mon père dit des choses comme « ne sois pas stupide, même un idiot peut le faire ».

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours
Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 14. Lorsque je lui parle de ce que je veux faire quand je serai grand, ma mère/mon père m'écoute et m'encourage.

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Merci d'avoir répondu à ces questions!

Maintenant avez-vous des questions ou des commentaires qui pourraient nous aider à améliorer la compréhension du questionnaire.

ANNEXE D

LETTRE RÉSUMANT LE PROJET ET SOLLICITANT
LA DIRECTION DE L'ÉCOLE

UQÀM

LETTRE RÉSUMANT LE PROJET ET SOLLICITANT LA DIRECTION DE L'ÉCOLE

« INVALIDATION PARENTALE ET LA PRÉSENCE D'ÉLÉMENTS D'ANXIÉTÉ ET DE DÉPRESSION CHEZ DES ENFANTS FRANCOPHONES ÂGÉS DE 9 À 12 ANS»

Madame, Monsieur,

La manière qu'un enfant comprend et perçoit son environnement familial est clé dans son développement. Spécifiquement, par l'entremise de la relation avec son parent, l'enfant développe plusieurs habiletés dont la gestion et la régulation des émotions, la tolérance aux frustrations, la résolution de conflits et l'efficacité interpersonnelle. Ces défis développementaux se font pour tous. Le rôle des parents est de créer un contexte familial dans lequel l'enfant se sent confortable, qui lui permet de percevoir et gérer des situations négatives et d'apprendre à mieux tolérer, gérer et exprimer des situations de détresse. Il arrive parfois que les enfants perçoivent que leurs parents comprennent peu ou pas ce qu'ils vivent ; ce concept se nomme invalidation. L'objectif global de mon étude est de mieux comprendre les effets de l'invalidation sur un le développement d'un enfant. Pour y arriver, nous avons besoin d'administrer trois questionnaires, dont le questionnaire que nous avons développé, *Échelle de Perception De Mon Environnement Familial (EPEF), ainsi que le Mulitdimensional*

Anxiety Scale for Children (MASC) et *l'Inventaire de Dépression Chez L'Enfant* (*IDE)*.

Pour ce faire, nous sommes à la recherche d'enfants qui répondront aux questionnaires. À l'aide d'un assistant, je me rendrai en classe. Je lirai à voix haute voix chacune des questions des différents questionnaires. Une fois que l'enfant aura répondu à la question, il déposera son crayon. À l'aide d'un assistant, je circulerai en classe et répondrai aux questions des élèves. L'enseignant(e) pourra demeurer en classe si désiré. Notre temps en classe avec les enfants sera d'une durée maximale de 50 minutes.

Votre implication consistera à informer l'enseignant(e) de classe de la participation de votre école à cette étude ainsi que d'examiner une date qui pourrait convenir à l'enseignant(e) pour réserver la période de passation des questionnaires. Nous irons en fonction de l'horaire de l'enseignant(e) afin de minimiser notre interférence sur le fonctionnement usuel de la classe et du curriculum de votre école. Vous devrez remettre à l'enseignant(e) les formulaires de consentement pour les parents. L'enseignant(e) remettra à chaque enfant une copie de ces formulaires qu'il donnera à ses parents. L'enfant aura deux semaines pour faire remplir les consentements et les ramener. À la journée de l'expérimentation, les enfants me les remettront.

Avant le début de la collecte de données, l'intervenant ou le psychologue de votre établissement sera aussi avisé qu'un projet de recherche portant sur l'anxiété et la dépression aura lieu et un résumé du projet lui sera présenté.

Aucun bénéfice direct ne découlera de la participation de l'enfant ou de son parent à cette étude. Toutefois, ils auront l'occasion de participer au processus scientifique ainsi qu'à l'avancement des connaissances scientifiques sur le développement des enfants. Quant aux risques possibles, il n'y en a pour ainsi dire aucun qui soit majeur; mais si l'enfant le souhaite il pourra interrompre sa participation en tout temps et sans préjudice ou obligation. Soyez assuré que l'équipe de recherche sera pleinement à l'affut de tout inconfort et de malaise présenté par un enfant.

Il est entendu que les renseignements recueillis sont confidentiels et que seuls les responsables du projet et les assistants de recherche auront accès aux questionnaires. Dès la fin du questionnaire en classe, toutes les identifications personnelles sont remplacées par un code alphanumérique dont la clé de codage n'est accessible que par les responsables de l'étude. Les questionnaires originaux sont conservés dans un classeur barré situé dans les locaux du Laboratoire des sciences appliquées du comportement à l'UQAM. Les bases de données sont protégées par un mot de passe et les copies de sauvegarde sont conservées sous clé. Le processus de validation d'un test pouvant comporter plusieurs réévaluations, les originaux, sans identifications

personnelles, sont conservés jusqu'à mise en place d'une nouvelle version du questionnaire ou pour une période de deux ans suivant la dernière diffusion des résultats si aucun projet de recherche portant sur l'instrument n'est effectué pendant cette période. Toutes les copies électroniques seront effacées des disques durs et les copies papier seront détruites avec l'aide d'un service spécialisé en destructions de données confidentielles. Ni l'enseignant ni la direction de l'école ne peuvent avoir accès aux données recueillies sur votre enfant.

Les résultats de l'étude pourront être publiés dans des revues spécialisées ou l'objet de discussions scientifiques, mais aucune information qui pourrait identifier l'enfant ne sera disponible.

Vous pouvez contacter la candidate au doctorat Geneviève Charron pour des questions additionnelles sur le déroulement du projet. Vous devez la contacter au (514) 924-7792. Vous pouvez également discuter avec le directeur de recherche, Jacques Forget, des conditions dans lesquelles se dérouleront votre participation et celle de vos élèves et de vos droits en tant que participant de recherche. Vous pouvez le rejoindre au numéro (514) 987-3000 poste 7776.

Le projet auquel vous êtes invité à participer a été approuvé sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPÉ) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPÉ, Anick Bergeron, au 514 987-3000, poste 3642, ou par courriel à l'adresse suivante : bergeron.anick@uqam.ca.

En tant que responsable de la recherche, je m'engage à respecter l'intégrité physique, psychologique et sociale des participants de cette recherche tout en assurant la confidentialité des informations recueillies. Toutefois, étant donné que le *MASC* et *l'IDE* sont des outils de dépistage des troubles d'anxiété et de dépression, les élèves obtenant un score correspondant à un risque de présenter un trouble, les parents seront contactés (les coordonnées téléphoniques des parents seront disponibles sur le formulaire de consentement). Les parents seront informés des résultats et pourront de leur propre gré contacter leur médecin de famille ou leur pédiatre ou le psychologue scolaire que leur enfant présente des préoccupations au niveau de l'anxiété ou de la dépression.

Je vous remercie à l'avance de votre support, votre appui et votre intérêt dans le domaine de la santé mentale pédiatrique.

ANNEXE E

FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT POUR LES PARENTS ET L'ENFANT (SUJETS MINEURS)

FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT POUR LES PARENTS ET L'ENFANT (SUJETS MINEURS)

« INVALIDATION PARENTALE ET LA PRÉSENCE D'ÉLÉMENTS D'ANXIÉTÉ ET DE DÉPRESSION CHEZ DES ENFANTS FRANCOPHONES ÂGÉS DE 9 À 12 ANS »

IDENTIFICATION

Responsables du projet : Geneviève Charron, MPs.
Programme d'enseignement : Psychologie
Adresse courriel : genevieve.charron@gmail.com
Numéro de téléphone : (514) 924-7792

Superviseur du projet : Jacques Forget, D.Ps
Adresse courriel : forget.jacques@uqam.ca
Numéro de téléphone : (514) 987-3000 poste 7776

Co-Superviseur du projet : Valentin Mbekou, Ph.D
Adresse courriel : mbeval@douglas.mcgill.ca
Numéro de téléphone : (514) 761-6131 poste 3325

BUT GÉNÉRAL DU PROJET ET DIRECTION

La perception d'un enfant de son environnement familial joue un rôle primordial dans son développement. Spécifiquement, par l'entremise de la relation avec son parent, l'enfant développe plusieurs habiletés dont la gestion et la régulation des émotions, la tolérance aux frustrations, la résolution de conflits et l'efficacité interpersonnelle. Ces défis développementaux se font pour tous. Le rôle des parents est de créer un contexte

familial sécurisant pour l'enfant et qui lui permet de percevoir, de gérer des situations négatives et d'apprendre à mieux tolérer, gérer et exprimer des situations de détresse. L'objectif global de mon étude est de mieux comprendre les effets de la perception d'un enfant de son environnement familial sur son développement. Pour atteindre notre objectif, nous aurons recours à l'administration de trois questionnaires, dont le questionnaire que nous avons développé, *Échelle de Perception De Mon Environnement Familial (EPEF), ainsi que le Mulitdimensional Anxiety Scale for Children (MASC)* et *l'Inventaire de Dépression Chez L'Enfant* (*IDE).*

Votre enfant est invité à prendre part à un projet de recherche visant à examiner l'impact de la perception des enfants de leur environnement familial. À l'aide de différents questionnaires, nous pourrons mieux saisir la perception d'un enfant quant aux comportements de ses parents sur ses pensées, ses émotions, et ses comportements. La pertinence de cette recherche est de mise puisqu'elle nous aidera à mieux comprendre les liens entre la vie affective d'un enfant et ses comportements. En outre, tout projet qui vise d'enrichir la batterie de questionnaires à la disposition de cliniciens et chercheurs afin de mieux comprendre la vie affective d'enfants est précieux.

Votre contribution favorisera l'avancement des connaissances dans le domaine de la psychologie développementale et clinique chez les enfants.

L'Université du Québec à Montréal ainsi que la direction de l'école de votre enfant ont donné leur accord à ce projet.

Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre du projet de recherche doctorale de Geneviève Charron, M.Ps., psychologue et doctorante. Ce projet est supervisé par Jacques Forget, D.Ps., professeur du département de psychologie, de la Faculté des sciences humaines de l'UQÀM ainsi que de Dr. Valentin Mbekou, Ph.D., psychologue clinicien et chercheur à l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas.

PROCÉDURE

Avec votre autorisation, votre enfant est invité à répondre à trois questionnaires : un questionnaire sur l'anxiété, un questionnaire sur la dépression et un questionnaire sur la perception de son environnement familial. Les questionnaires seront administrés en classe par deux membres de l'équipe de recherche qui le distribueront aux élèves. Une fois que l'enfant aura inscrit son nom, son sexe et son âge sur la page couverture, les consignes seront lues et seront expliquées par les membres de l'équipe de recherche. Après chaque question, l'enfant cachera sa réponse et déposera son

crayon. L'ensemble de ces questionnaires requiert un temps de réponse d'une période de classe de 50 minutes.

AVANTAGES et RISQUES

Hormis sa contribution aux connaissances en psychologie, votre enfant ne pourra bénéficier de privilèges étant donné que cette étude vise à mieux comprendre les impacts de la perception d'un enfant de son environnement familial sur ses pensées, émotions et actions. Quant aux risques possibles, advenant qu'un inconfort soit rapporté par votre enfant, ou s'il le souhaite, tout enfant peut interrompre sa participation et ce, à tout moment. Toutefois, par la nature des questions, il est peu probable que votre enfant ne soit exposé à des questions qui le mettront en situation de risque plus élevé que la moyenne retrouvée dans son quotidien.

L'intervenant de l'école de votre enfant a déjà été informé par un résumé, du projet de recherche en cours.

Advenant que votre enfant obtienne un score significatif, vous serez contacté personnellement (vos coordonnées téléphoniques sont disponibles sur le formulaire de consentement). Vous serez informé des résultats et pourrez de votre propre gré contacter votre médecin de famille ou votre pédiatre ou le psychologue scolaire que votre enfant présente des préoccupations au niveau de l'anxiété ou de la dépression.

CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis sont confidentiels et que seuls les responsables du projet et les assistants de recherche auront accès aux questionnaires. Dès la fin des questionnaires en classe, toutes les identifications personnelles sont remplacées par un code alphanumérique dont la clé de codage n'est accessible que par les responsables de l'étude. Les questionnaires originaux sont conservés dans un classeur barré situé dans les locaux du Laboratoire des sciences appliquées du comportement à l'UQAM. Les bases de données sont protégées par un mot de passe et les copies de sauvegarde sont conservées sous clé. Ni l'enseignant, ni la direction de l'école ne peuvent avoir accès aux données recueillies sur votre enfant.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

La participation de votre enfant à ce projet est volontaire. Cela signifie que, même si vous consentez aujourd'hui que votre enfant participe à cette recherche, il demeure entièrement libre de ne pas participer ou de mettre fin à sa participation en tout temps sans justification ni pénalité. Vous pouvez également vous retirer du projet en tout temps.

Votre accord à participer implique également que vous acceptiez que les responsables du projet puissent utiliser aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ou d'identifier votre enfant ne soit divulguée publiquement.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Aucune compensation ne sera offerte.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

Vous pouvez contacter la candidate au doctorat Geneviève Charron, M.Ps., psychologue et candidate au doctorat, pour des questions additionnelles sur le déroulement du projet. Vous devez la contacter au (514) 924-7792. Vous pouvez également discuter avec le directeur de recherche, Jacques Forget, D.Ps., au (514) 987-3000-7776, ou Dr. Valentin Mbekou, Ph.D., au (514) 761-6131 poste 3325, des conditions dans lesquelles se dérouleront votre participation et celle de vos élèves et de vos droits en tant que participant de recherche.

Le projet auquel votre enfant est invité à participer a été approuvé sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPÉ) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPÉ, Anick Bergeron, au 514 987-3000, poste 3642, ou par courriel à l'adresse suivante : bergeron.anick@uqam.ca.

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT
POUR LES PARENTS ET L'ENFANT

« INVALIDATION PARENTALE ET LA PRÉSENCE D'ÉLÉMENTS D'ANXIÉTÉ ET DE DÉPRESSION CHEZ DES ENFANTS FRANCOPHONES ÂGÉS DE 9 À 12 ANS »

Je, _____
reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement que mon enfant _____ participe à ce projet de recherche.

Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer le responsable du projet. Je peux également décider, pour des motifs que je n'ai pas à justifier, de me retirer en tout temps du projet.

Signature du parent : _____Date :_____

Nom (lettres moulées) :_____

Numéro de téléphone : _____

Signature du responsable du projet : _____Date :_____
Geneviève Charron, M.Ps., psychologue et candidate au doctorat.

UQÀM

FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT
POUR ENFANT

« INVALIDATION PARENTALE ET LA PRÉSENCE D'ÉLÉMENTS D'ANXIÉTÉ ET DE DÉPRESSION CHEZ DES ENFANTS FRANCOPHONES ÂGÉS DE 9 À 12 ANS »

Bonjour!

Je m'appelle Geneviève et j'ai besoin de ton aide. Je suis une étudiante et je fais un travail qui aimerait savoir comment tu perçois certaines réactions de tes parents. Si tu le veux, j'aimerais te faire passer trois questionnaires en classe en même temps que les autres amis de ta classe. Je lirai les questions à voix haute. Tu écriras tes réponses sur le questionnaire. Si tu as des questions, je pourrai y répondre. Si les questions qui te sont posées te mettent mal à l'aise ou te font sentir pas bien, tu pourras arrêter à n'importe quel moment. Tu peux changer d'idée n'importe quand et ne plus participer. Tu pourras à ce moment faire du travail personnel et ton questionnaire ne sera pas retenu. Les questions qui te seront posées vont parfois s'intéresser quand tu es stressé ou tu as de la peine. Si ceci ne te rend pas bien, tu pourras arrêter de répondre. Aussi, personne ne saura tes réponses à part moi. Par contre, si dans tes réponses je vois que tu as souvent des pensées tristes ou stressées, je vais devoir le nommer à tes parents afin qu'ils puissent t'aider.

Coche la case qui correspond à ton choix

1. J'**ACCEPTE** de répondre au questionnaire O
2. Je **REFUSE** de répondre au questionnaire O

Nom et prénom (lettres moulées) _____

Signature du responsable du projet :_____ Date :_____
Geneviève Charron, M.Ps., psychologue et doctorante en psychologie

ANNEXE F

VERBATIM POUR L'ÉTUDE
« INVALIDATION PARENTALE ET LA PRÉSENCE D'ÉLÉMENTS
D'ANXIÉTÉ ET DE DÉPRESSION CHEZ DES ENFANTS FRANCOPHONES
ÂGÉS DE 9 À 12 ANS »

VERBATIM POUR L'ÉTUDE « INVALIDATION PARENTALE ET LA PRÉSENCE D'ÉLÉMENTS D'ANXIÉTÉ ET DE DÉPRESSION CHEZ DES ENFANTS FRANCOPHONES ÂGÉS DE 9 À 12 ANS »

Bonjour!
Nous nous appelons _____ et _____ et nous avons besoin de votre aide. Nous sommes des chercheurs de l'Université du Québec à Montréal et faisons une recherche. Nous voulons comprendre comment des enfants de votre âge voyez et comprenez certaines réactions de vos parents. Pour y arriver, nous voudrions vous passer trois questionnaires très courts.

Voulez-vous nous aider? Parfait et merci beaucoup!

Pour ceux qui ne veulent pas répondre au questionnaire, nous vous invitons à faire du travail personnel. Vous pouvez arrêter de répondre aux questions en tout temps pendant la passation et votre questionnaire ne sera pas retenu.

Nous allons vous donner un questionnaire que nous allons déposer sur votre bureau. Il sera à l'envers et nous vous demandons de ne pas le retourner jusqu'au moment que nous vous le dirons.

Distribution des questionnaires

Maintenant que tout le monde a le premier questionnaire intitulé EPEF, nous vous demandons de le retourner et bien nous écouter. Nous allons tout d'abord vous demander de mettre votre nom, de cocher votre sexe, de mettre votre âge et de mettre votre niveau scolaire. Maintenant que tout le monde a fait ceci, commençons le questionnaire.

Les questions suivantes concernent la façon dont tes parents réagissent à certaines situations que tu vis quotidiennement. Parce que tes deux parents sont différents, tu évalueras chacun d'eux séparément. Utilise la colonne de gauche pour évaluer ta mère et la colonne de droite pour évaluer ton père.

- Si tu vis avec un seul parent depuis plus de 6 mois et que tu n'as aucun contact avec l'autre parent, complète seulement la colonne du parent avec qui tu vis actuellement.
- Si tes parents sont divorcés ou séparés et que tu vois encore chacun d'eux remplis le questionnaire pour les deux.
- Si tu vis en famille d'accueil ou dans une ressource des Centres jeunesse depuis moins d'un an, remplis le questionnaire en pensant au moment où tu vivais avec tes parents.
- Si tes parents sont décédés ou si tu es un enfant adopté, remplis le questionnaire en pensant à tes parents adoptifs ou tout autre adulte qui vit avec toi en ce moment.

Tu répondras avec des chiffres :
1- Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Après chaque réponse, cache ta réponse.

On y va.

Question 1. Ma mère/mon père se met en colère quand je ne suis pas d'accord avec elle/lui.

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 2. Lorsque je suis inquiet(e), ma mère/mon père l'ignore.

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 3. Lorsque je suis content(e), ma mère/mon père devient sarcastique (se moquer méchamment), et dit des choses comme « voyons, qu'est-ce qui t'amuse tant? ».

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 4. Lorsque je suis contrarié(e) (être dérangé, être troublé, être embêté), ma mère/mon père menace de me punir.

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 5. Ma mère/mon père me fait me sentir bien lorsque je ne comprends pas ou ne réussis pas quelque chose du premier coup.

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 6. Lorsque je suis content(e) parce que j'ai bien travaillé à l'école, ma mère/mon père dira des choses comme « ne soit pas trop confiant(e) » ou « ne soit pas trop sûr(e) de toi ».

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 7. Lorsque je dis que je ne suis pas capable de faire quelque chose, ma mère/mon père dira des choses comme « tu fais exprès d'être difficile » ou « ne sois pas si difficile ».

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 8. Ma mère/mon père me comprend et m'aide si je ne peux réussir quelque chose immédiatement.

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 9. Ma mère/mon père dit des choses comme: « parler de ce qui t'inquiète, de tes soucis ou de tes peurs peut empirer la situation ».

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 10. Lorsque je ne peux réussir une tâche, quel que soit l'effort que j'y mets, ma mère/mon père dira que je suis paresseux(se).

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 11. Ma mère/mon père fait une crise de colère lorsque je décide de quelque chose sans lui en parler avant.

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 12. Lorsque je suis malheureux, ma mère/mon père me demande ce qui ne va pas afin de m'aider et cache ta réponse.

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon.

13. Lorsque je suis incapable de résoudre un problème, ma mère/mon père dit des choses comme « ne sois pas stupide, même un idiot peut le faire ».

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 14. Lorsque je lui parle de ce que je veux faire quand je serai grand, ma mère/mon père m'écoute et m'encourage.

1-Jamais 2- Rarement 3- Quelques fois 4- Souvent 5- Toujours

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

MERCI D'AVOIR RÉPONDU À CES QUESTIONS!

Maintenant, nous avons terminé le premier questionnaire et sommes prêts à procéder au second qui s'intitule le MASC.

Ce questionnaire porte sur ce que tu as pensé et sur comment tu t'es senti(e) et comporté(e) RÉCEMMENT. Pour chaque énoncé, encercle le chiffre qui indique à quel point il est vrai pour toi. Si pour toi une phrase est vraie la plupart du temps, encerclez le 3. Si pour toi elle est vraie quelques fois, encercle le 2. Si pour toi elle est vraie une fois de temps en temps, encercle le 1. Si la phrase n'est jamais vraie pour toi, encerclez le 0. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses; ne fais que répondre comment tu t'es senti(e) ces derniers temps.

Après chaque réponse, cache ta réponse.

On y va.

Voici deux exemples pour te montrer comment répondre au questionnaire. Dans l'exemple A, si tu n'as presque jamais peur des chiens, tu encercles le 1, ce qui signifie que l'énoncé est rarement vrai pour toi. Dans l'exemple B, si les orages te dérangent quelquefois, tu encercles le 2, ce qui signifie que l'énoncé est parfois vrai pour toi.

		Jamais vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai
Exemple A	J'ai peur des chiens.	0	(1)	2	3
Exemple B	Les orages me dérangent.	0	1	(2)	3

On commence.

Question 1. Je me sens tendue(e) et crispé(e).

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 2. Je demande habituellement la permission de faire quelque chose.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 3. Je m'inquiète que d'autres personnes rient de moi.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 4. J'ai peur quand mes parents s'en vont.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 5. Je perds mon souffle facilement.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 6. Je vois du danger partout.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 7. L'idée d'aller dans un camp de vacances me fait peur.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 8. Je me mets à trembler ou à avoir la frousse.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 9. Je fais beaucoup d'efforts pour obéir à mes parents et à mes professeurs.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 10. J'ai peur que les autres enfants se moquent de moi.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 11. J'essaie de rester près de ma mère ou de mon père.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 12. Je deviens étourdi(e) ou je sens que je vais perdre connaissance.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 13. Je vérifie tout avant d'agir.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 14. J'ai peur d'être interrogé(e) en classe.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 15. Je suis agité(e), nerveux(se).

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 16. J'ai peur que les autres personnes pensent que je suis stupide.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 17. Je garde la lumière allumée la nuit.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 18. J'ai des douleurs à la poitrine.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 19. J'évite d'aller à des endroits sans ma famille.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 20. Je me sens étrange, bizarre ou irréel (e).

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 21. J'essaie de faire des choses que les autres personnes vont aimer.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 22. Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 23. J'évite de regarder des films ou des émissions de télévision qui font peur.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 24. Mon coeur bat vite ou s'arrête un moment.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 25. J'évite les choses qui me dérangent.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 26. Je dors à côté de quelqu'un de ma famille.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 27. Je me sens agité(e) et énervé(e).

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai
Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 28. J'essaie de faire les choses le plus parfaitement possible.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 29. J'ai peur de faire quelque chose de stupide ou d'embarrassant.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 30. J'ai peur quand je me promène en auto ou en autobus.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 31. J'ai mal au ventre.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 32. Si je deviens troublé(e) ou effrayé(e), je le fais tout de suite savoir à quelqu'un.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 33. Je deviens nerveux(se) si je dois faire quelque chose devant un public.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 34. Le mauvais temps, la noirceur, les hauteurs, les animaux ou les insectes me font peur.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 35. Mes mains tremblent.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 36. Je vérifie les choses pour être certain(e) qu'elles sont sans danger.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 37. J'ai de la difficulté à demander aux autres enfants de jouer avec moi.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Question 38. Mes mains sont moites (mouillées) ou froides.

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.
39. Je me sens gêné(e) (timide).

1- Jamais vrai 2- Rarement vrai 3- Parfois vrai 4- Souvent vrai

Dès que tu as répondu, dépose ton crayon et cache ta réponse.

Maintenant, nous avons terminé le deuxième questionnaire et sommes prêts à procéder au troisième et dernier questionnaire qui s'intitule l'IDE.

Parfois les enfants ont certaines idées, vivent certains sentiments. Dans ce questionnaire, les idées et les sentiments sont classés en groupe. À l'intérieur de chaque groupe, choisis une phrase qui te décrit le mieux depuis les deux dernières semaines. Après avoir choisi une phrase dans le premier groupe, tu attends, tu déposes ton crayon et tu caches ta réponse. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Choisis simplement la phrase qui décrit le mieux ce que tu ressens depuis quelque temps. Coche dans la case devant la phrase que tu choisis.

Item 1
O Je suis triste de temps en temps
O Je suis triste souvent.
O Je suis triste tout le temps

Item 2
O Il n'y aura jamais rien qui va bien aller pour moi
O Je ne suis pas sûr (e) que ça va bien aller pour moi
O Ça va bien aller pour moi

Item 3
O D’habitude, je fais bien les choses
O Il y a beaucoup de choses que je fais mal
O Je fais tout mal

Item 4
O Beaucoup de choses m’amusent
O Certaines choses m’amusent
O Rien ne m’amuse

Item 5
O Je suis méchant (e) tout le temps
O Je suis méchant (e) souvent
O Je suis méchant (e) de temps en temps.

Item 6
O De temps en temps, je pense aux choses désagréables qui pourraient m’arriver.
O J’ai peur qu’il m’arrive des choses désagréables.
O Je suis sûr (e) qu’il va m’arriver des choses désagréables.

Item 7
O Je me déteste
O Je ne m’aime pas
O Je m’aime bien

Item 8
O Tout ce qui est de mauvais est de ma faute
O Beaucoup de choses mauvaises sont de ma faute
O D’habitude, ce qui est de mauvais est de ma faute.

Item 9
O Je ne pense pas à me tuer.
O Je pense à me tuer, mais je ne le ferais pas
O Je veux me tuer

Item 10
O Tous les jours, j’ai envie de pleurer
O Souvent, j’ai envie de pleurer
O De temps en temps, j’ai envie de pleurer

Item 11
O Il y a des choses qui me dérangent tout le temps
O Il y a des choses qui me dérangent souvent
O Il y a des choses qui me dérangent de temps en temps

Item 12
O J'aime être avec les gens
O Souvent, je n'aime pas être avec les gens
O Je n'ai jamais envie d'être avec les gens

Item 13
O Je suis incapable de me décider.
O J'ai de la difficulté à me décider.
O C'est facile pour moi de me décider.

Item 14
O J'ai une belle apparence physique.
O Mon apparence physique a quelques défauts.
O Je suis laid(e).

Item 15
O Je dois toujours me forcer pour faire mon travail scolaire.
O Je dois souvent me forcer pour faire mon travail scolaire.
O Je n'ai pas à me forcer pour faire mon travail scolaire.

Item 16
O Chaque nuit, j'ai de la difficulté à dormir.
O Souvent, j'ai de la difficulté à dormir.
O Je dors assez bien.

Item 17
O Je suis fatigué(e) de temps en temps.
O Je suis souvent fatigué(e).
O Je suis toujours fatigué (e).

Item 18
O Je n'ai presque jamais envie de manger.
O Je n'ai pas souvent envie de manger.
O Je mange assez bien.

Item 19
O Je ne m'inquiète pas au sujet de mes bobos.
O Je m'inquiète souvent au sujet de mes bobos.
O Je m'inquiète tout le temps au sujet de mes bobos.

Item 20
O Je ne me sens pas seul(e).
O Je me sens souvent seule(e).
O Je me sens tout le temps seul(e).

Item 21
O Je ne m'amuse jamais à l'école.
O Je m'amuse à l'école seulement une fois de temps en temps.
O Je m'amuse souvent à l'école.

Item 22
O J'ai beaucoup d'amis.
O J'ai quelques amis, mais j'aimerais en avoir plus.
O Je n'ai pas d'ami.

Item 23
O Mon travail scolaire est assez bon.
O Mon travail scolaire n'est pas aussi bon qu'avant.
O Je suis très faible dans des matières où j'étais don avant.

Item 24
O Je ne peux jamais être aussi bon(ne) que les autres enfants.
O Je peux être aussi bon(ne) que les autres enfants, si je le veux.
O Je suis aussi bon(ne) que les autres enfants.

Item 25
O Personne ne m'aime vraiment.
O Je ne suis pas sûr(e) que quelqu'un m'aime.
O Je suis sûr(e) que quelqu'un m'aime.

Item 26
O Je fais habituellement ce qu'on me dit de faire.
O La plupart du temps, je ne fais pas ce qu'on me dit de faire.
O Je ne fais jamais ce qu'on me dit de faire.

Item 27

O Je m’entends bien avec les autres.
O Je me dispute souvent avec les autres.
O Je me dispute tout le temps avec les autres.

Maintenant, nous avons terminé. Nous allons ramasser vos questionnaires.

ANNEXE G

ÉCHELLE DE PERCEPTION DE MON ENVIRONNEMENT FAMILIAL POUR ENFANT (EPEF-E)

Échelle de perception de mon environnement familial pour enfant (EPEF-E)

Les questions suivantes concernent la façon dont tes parents réagissent à certaines situations que tu vis quotidiennement. Parce que tes deux parents sont différents, tu évalueras chacun d'eux séparément. Utilise la colonne de gauche pour évaluer ta mère et la colonne de droite pour évaluer ton père.

- *Si tu vis avec un seul parent depuis plus de 6 mois et que tu n'as aucun contact avec l'autre parent, complète seulement la colonne du parent avec qui tu vis actuellement,*
- *Si tes parents sont divorcés ou séparés et que tu vois encore chacun d'eux remplit le questionnaire pour les deux.*
- *Si tu vis en famille d'accueil ou dans une ressource des Centres jeunesse depuis moins d'un an, remplis le questionnaire en pensant au moment où tu vivais avec tes parents.*
- *Si tes parents sont décédés ou si tu es un enfant adopté, remplis le questionnaire en pensant à tes parents adoptifs ou tout autre adulte qui vit avec toi en ce moment.*

1- Jamais	2- Rarement	3- Quelques fois	4- Souvent	5- Toujours

Mère	Questions concernant ma situation familiale actuelle	Père
	1. Ma mère/mon père se met en colère quand je ne suis pas d'accord avec elle/lui.	
	2. Lorsque je suis inquiet(e), ma mère/mon père l'ignore.	
	3. Lorsque je suis content(e), ma mère/mon père devient sarcastique et dit des choses comme « voyons, qu'est-ce qui t'amuse tant? ».	
	4. Lorsque je suis contrarié(e), ma mère/mon père menace de me punir.	
	5. Ma mère/mon père me fait me sentir bien lorsque je ne comprends pas ou ne réussis pas quelque chose du premier coup.	
	6. Lorsque je suis content(e) parce que j'ai bien travaillé à l'école, ma mère/mon père dira des choses comme « ne soit pas trop confiant(e) » ou « ne soit pas trop sûr(e) de toi ».	
	7. Lorsque je dis que je ne suis pas capable de faire quelque chose, ma mère/mon père dira des choses comme « tu fais exprès d'être difficile » ou « ne sois pas si difficile ».	
	8. Ma mère/mon père me comprend et m'aide si je ne peux réussir quelque chose immédiatement.	
	9. Ma mère/mon père dit des choses comme: « parler de ce qui t'inquiète, de tes soucis ou de tes peurs peut empirer la situation ».	
	10. Lorsque je ne peux réussir une tâche quel que soit l'effort que j'y mets, ma mère/mon père dira que je suis paresseux(se).	

	11. Ma mère/mon père fait une crise de colère lorsque je décide de quelque chose sans lui en parler avant.	
	12. Lorsque je suis malheureux, ma mère/mon père me demande ce qui ne va pas afin de m'aider.	
	13. Lorsque je suis incapable de résoudre un problème, ma mère/mon père dit des choses comme « ne sois pas stupide, même un idiot peut le faire ».	
	14. Lorsque je lui parle de ce que je veux faire quand je serai grand, ma mère/mon père m'écoute et m'encourage.	

Merci d'avoir répondu à ces questions!

ANNEXE H

MULTIDIMENSIONAL ANXIETY SCALE FOR CHILDREN (MASC)

Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)

Ce questionnaire porte sur ce que tu as pensé et sur comment tu t'es senti(e) et comporté(e) RÉCEMMENT. Pour chaque énoncé, encercle le chiffre qui indique à quel point il est vrai pour toi. Si pour toi une phrase est vraie la plupart du temps, encerclez le 3. Si pour toi elle est vraie quelques fois, encercle le 2. Si pour toi elle est vraie une fois de temps en temps, encercle le 1. Si la phrase n'est jamais vraie pour toi, encerclez le 0. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses; ne fais que répondre comment tu t'es senti(e) ces derniers temps.

Voici deux exemples pour te montrer comment répondre au questionnaire. Dans l'exemple A, si tu n'as presque jamais peur des chiens, tu encercles le 1, ce qui signifie que l'énoncé est rarement vrai pour toi. Dans l'exemple B, si les orages te dérangent quelquefois, tu encercles le 2, ce qui signifie que l'énoncé est parfois vrai pour toi.

		Jamais vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai
Exemple A	J'ai peur des chiens.	0	(1)	2	3
Exemple B	Les orages me dérangent.	0	1	(2)	3

Maintenant, réponds au questionnaire par toi-même.

		Jamais vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai
1.	Je me sens tendu(e) et crispé(e).	0	1	2	3
2.	Je demande habituellement la permission de faire quelque chose.	0	1	2	3
3.	Je m'inquiète que d'autres personnes rient de moi.	0	1	2	3
4.	J'ai peur quand mes parents s'en vont.	0	1	2	3
5.	Je perds mon souffle facilement.	0	1	2	3
6.	Je vois du danger partout.	0	1	2	3
7.	L'idée d'aller dans un camp de vacances me fait peur.	0	1	2	3
8.	Je me mets à trembler ou à avoir la frousse.	0	1	2	3

9.	Je fais beaucoup d'efforts pour obéir à mes parents et à mes professeurs.	0	1	2	3
10	J'ai peur que les autres enfants se moquent de moi.	0	1	2	3
11.	J'essaie de rester près de ma mère ou de mon père.	0	1	2	3
12.	Je deviens étourdi(e) ou je sens que je vais perdre connaissance.	0	1	2	3
13.	Je vérifie tout avant d'agir.	0	1	2	3
14.	J'ai peur d'être interrogé (e) en classe.	0	1	2	3
15.	Je suis agité(e), nerveux(se).	0	1	2	3
16.	J'ai peur que les autres personnes pensent que je suis stupide.	0	1	2	3
17.	Je garde la lumière allumée la nuit.	0	1	2	3
18.	J'ai des douleurs à la poitrine.	0	1	2	3
19.	J'évite d'aller à des endroits sans ma famille.	0	1	2	3
20.	Je me sens étrange, bizarre ou irréel (e).	0	1	2	3
21.	J'essaie de faire des choses que les autres personnes vont aimer.	0	1	2	3
22.	Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi.	0	1	2	3
23.	J'évite de regarder des films ou des émissions de télévision qui font peur.	0	1	2	3
24.	Mon coeur bat vite ou s'arrête un moment.	0	1	2	3
25.	J'évite les choses qui me dérangent.	0	1	2	3
26.	Je dors à côté de quelqu'un de ma famille.	0	1	2	3
27.	Je me sens agité(e) et énervé (e).	0	1	2	3
28.	J'essaie de faire les choses le plus parfaitement possible.	0	1	2	3
29.	J'ai peur de faire quelque chose de stupide ou d'embarrassant.	0	1	2	3
30.	J'ai peur quand je me promène en auto ou en autobus.	0	1	2	3
31.	J'ai mal au ventre.	0	1	2	3
32.	Si je deviens troublé(e) ou effrayé(e), je le fais tout de suite savoir à quelqu'un.	0	1	2	3

33.	Je deviens nerveux(se) si je dois faire quelque chose devant un public.	0	1	2	3
34.	Le mauvais temps, la noirceur, les hauteurs, les animaux ou les insectes me font peur.	0	1	2	3
35.	Mes mains tremblent.	0	1	2	3
36.	Je vérifie les choses pour être sûr(e) qu'elles sont sans danger.	0	1	2	3
37.	J'ai de la difficulté à demander aux autres enfants de jouer avec moi.	0	1	2	3
38.	Mes mains sont moites (mouillées) ou froides.	0	1	2	3
39.	Je me sens gêné (e) (timide).	0	1	2	3

ANNEXE I

INVENTAIRE DE DÉPRESSION POUR ENFANTS (IDE)

INVENTAIRE DE DÉPRESSION POUR ENFANTS (IDE)

Parfois les enfants ont certaines idées, vivent certains sentiments. Dans ce questionnaire, les idées et les sentiments sont classés en groupe. À l'intérieur de chaque groupe, choisis une phrase qui te décrit le mieux depuis les deux dernières semaines. Après avoir choisi une phrase dans le premier groupe, tu attends, tu déposes ton crayon et tu caches ta réponse. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Choisis simplement la phrase qui décrit le mieux ce que tu ressens depuis quelque temps. Coche dans la case devant la phrase que tu choisis.

Item 1
O Je suis triste de temps en temps
O Je suis triste souvent.
O Je suis triste tout le temps

Item 2
O Il n'y aura jamais rien qui va bien aller pour moi
O Je ne suis pas sûr (e) que ça va bien aller pour moi
O Ça va bien aller pour moi

Item 3
O D'habitude, je fais bien les choses
O Il y a beaucoup de choses que je fais mal
O Je fais tout mal

Item 4
O Beaucoup de choses m'amusent
O Certaines choses m'amusent
O Rien ne m'amuse

Item 5
O Je suis méchant (e) tout le temps
O Je suis méchant (e) souvent
O Je suis méchant (e) de temps en temps.

Item 6
O De temps en temps, je pense aux choses désagréables qui pourraient m'arriver.
O J'ai peur qu'il m'arrive des choses désagréables.
O Je suis sûr (e) qu'il va m'arriver des choses désagréables.

Item 7
O Je me déteste
O Je ne m'aime pas
O Je m'aime bien

Item 8
O Tout ce qui est de mauvais est de ma faute
O Beaucoup de choses mauvaises sont de ma faute
O D'habitude, ce qui est de mauvais est de ma faute.

Item 9
O Je ne pense pas à me tuer.
O Je pense à me tuer, mais je ne le ferais pas
O Je veux me tuer

Item 10
O Tous les jours, j'ai envie de pleurer
O Souvent, j'ai envie de pleurer
O De temps en temps, j'ai envie de pleurer

Item 11
O Il y a des choses qui me dérangent tout le temps
O Il y a des choses qui me dérangent souvent
O Il y a des choses qui me dérangent de temps en temps

Item 12
O J'aime être avec les gens
O Souvent, je n'aime pas être avec les gens
O Je n'ai jamais envie d'être avec les gens

Item 13
O Je suis incapable de me décider.
O J'ai de la difficulté à me décider.
O C'est facile pour moi de me décider.

Item 14
O J'ai une belle apparence physique.
O Mon apparence physique a quelques défauts.
O Je suis laid(e).

Item 15
O Je dois toujours me forcer pour faire mon travail scolaire.
O Je dois souvent me forcer pour faire mon travail scolaire.
O Je n'ai pas à me forcer pour faire mon travail scolaire.

Item 16
O Chaque nuit, j'ai de la difficulté à dormir.
O Souvent, j'ai de la difficulté à dormir.
O Je dors assez bien.

Item 17
O Je suis fatigué(e) de temps en temps.
O Je suis souvent fatigué(e).
O Je suis toujours fatigué (e).

Item 18
O Je n'ai presque jamais envie de manger.
O Je n'ai pas souvent envie de manger.
O Je mange assez bien.

Item 19
O Je ne m'inquiète pas au sujet de mes bobos.
O Je m'inquiète souvent au sujet de mes bobos.
O Je m'inquiète tout le temps au sujet de mes bobos.

Item 20
O Je ne me sens pas seul(e).
O Je me sens souvent seule(e).
O Je me sens tout le temps seul(e).

Item 21
O Je ne m'amuse jamais à l'école.
O Je m'amuse à l'école seulement une fois de temps en temps.
O Je m'amuse souvent à l'école.

Item 22
O J'ai beaucoup d'amis.
O J'ai quelques amis, mais j'aimerais en avoir plus.
O Je n'ai pas d'ami.

Item 23

O Mon travail scolaire est assez bon.
O Mon travail scolaire n'est pas aussi bon qu'avant.
O Je suis très faible dans des matières où j'étais don avant.

Item 24

O Je ne peux jamais être aussi bon(ne) que les autres enfants.
O Je peux être aussi bon(ne) que les autres enfants, si je le veux.
O Je suis aussi bon(ne) que les autres enfants.

Item 25

O Personne ne m'aime vraiment.
O Je ne suis pas sûr(e) que quelqu'un m'aime.
O Je suis sûr(e) que quelqu'un m'aime.

Item 26

O Je fais habituellement ce qu'on me dit de faire.
O La plupart du temps, je ne fais pas ce qu'on me dit de faire.
O Je ne fais jamais ce qu'on me dit de faire.

Item 27

O Je m'entends bien avec les autres.
O Je me dispute souvent avec les autres.
O Je me dispute tout le temps avec les autres.

ANNEXE J

ACCUSÉS DE RÉCEPTION POUR SOUMISSIONS À LA REVUE DE PSYCHOÉDUCATION

From: Larivee Serge serge.larivee@umontreal.ca **Subject:** RE: article

Date: June 19, 2017 at 1:56 PM
To: Genevieve Charron genevieve.charron@gmail.com

Chère collègue,

J'ai bien reçu votre manuscrit « L'intervention parentale comme forme de maltraitance psychologique et facteur de risque dans le développement de psychopathologies à l'enfance » et je vous remercie.

Vous recevrez en temps et lieu les commentaires des lecteurs auxquels il sera soumis. Puisque les disponibilités de ces derniers sont fort variables, je ne suis pas en mesure de vous dire quand, approximativement, leurs évaluations vous parviendront. Soyez néanmoins certain que votre texte fera l'objet d'un suivi attentif, et que je n'hésiterai pas à relancer les lecteurs arbitres qui tarderaient à répondre.

D'ici là pourriez-vous me faire parvenir une copie en Word de votre manuscrit car je dois enlever la page titre avec le nom des auteurs pour soumettre au processus d'évaluation.

Bien cordialement.

Serge Larivée, professeur titulaire
Directeur de la Revue de Psychoéducation
École de psychoéducation, Université de Montréal Case postale 6128,
Succursale Centre-ville Montréal (Québec), Canada H3C 3J7
Tél. : (514) 343-6111 poste 2522 Serge.larivee@umontreal.ca

From: Larivee Serge serge.larivee@umontreal.ca **Subject:** RE: Soumission d'article

Date: August26,2018at7:29AM
To: Genevieve Charron genevieve.charron@gmail.com

Madame,

J'ai bien reçu votre manuscrit «Validation et adaptation francophone pour enfants du Invalidating Childhood Environment Scale» et je vous remercie.

Vous recevrez en temps et lieu les commentaires des lecteurs auxquels il sera soumis. Puisque les disponibilités de ces derniers sont fort variables, je ne suis pas en mesure de vous dire quand, approximativement, leurs évaluations vous parviendront. Soyez néanmoins certain que votre texte fera l'objet d'un suivi attentif, et que je n'hésiterai pas à relancer les lecteurs arbitres qui tarderaient à répondre.

J'en profite pour vous signaler que je vous ai fait parvenir les évaluations de votre premier manuscrit il y a bientôt un an (14 septembre 2017). Qu'en est-il?

Bien cordialement. _____

Serge Larivée, professeur titulaire
Directeur de la Revue de Psychoéducation
École de psychoéducation, Université de Montréal Case postale 6128,
Succursale Centre-ville Montréal (Québec), Canada H3C 3J7
Tél. : (514) 343-6111 poste 2522 Serge.larivee@umontreal.ca

From: Larivee Serge serge.larivee@umontreal.ca **Subject:** RE: Article 3 : soumission d'article.

Date: August26,2019at1:46PM
To: Genevieve Charron genevieve.charron@gmail.com

Bonjour,

J'ai bien reçu votre manuscrit «L'invalidation parentale et la présence d'éléments d'anxiété et de dépression chez des enfants francophones âgés de 9 à 12 ans» et je vous remercie.

Vous recevrez en temps et lieu les commentaires des lecteurs auxquels il sera soumis. Puisque les disponibilités de ces derniers sont fort variables, je ne suis pas en mesure de vous dire quand, approximativement, leurs évaluations vous parviendront. Soyez néanmoins certain que votre texte fera l'objet d'un suivi attentif, et que je n'hésiterai pas à relancer les lecteurs arbitres qui tarderaient à répondre.

En ce qui concerne votre article précédent, prenez tout le temps dont vous avez besoin pour effectuer les corrections demandées. Bien cordialement.

Serge Larivée, professeur titulaire
Directeur de la Revue de Psychoéducation
École de psychoéducation, Université de Montréal Case postale 6128, Succursale Centre-ville Montréal (Québec), Canada H3C 3J7
Tél. : (514) 343-6111 poste 2522 Serge.larivee@umontreal.ca