

Université de Montréal

Facteurs de protection et santé sexuelle chez des adolescentes ayant un vécu d'agression sexuelle dans l'enfance

par

Mathilde Lemaître

Département de psychologie

Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade Maîtrise ès science (M.Sc.) en psychologie

Décembre 2016

© Mathilde Lemaître, 2016

Sommaire

Le phénomène d'agression sexuelle sur les enfants et la sévérité des conséquences qu'il engendre représentent un problème social important. Les recherches effectuées sur le sujet indiquent que les répercussions négatives associées à l'agression concernent la majorité des victimes. Les séquelles sur le plan psychologique et comportemental ont été bien documentées à ce jour, alors que les connaissances sont plus rares en ce qui concerne l'impact de l'agression sexuelle sur la santé sexuelle, notamment auprès des adolescentes. L'objectif de ce mémoire est d'explorer les conséquences d'une agression sexuelle commise pendant l'enfance sur le plan de la santé sexuelle des adolescentes, ainsi que les facteurs de protection susceptibles de contribuer au rétablissement des victimes. L'échantillon est composé de 125 adolescentes victimes d'agression sexuelle, ayant rempli un questionnaire pour mesurer les caractéristiques de l'agression vécue et différents indicateurs liés à la santé sexuelle. Les résultats révèlent que les adolescentes actives sexuellement présentent différents comportements sexuels à risque pouvant affecter leur santé sexuelle notamment l'âge du premier rapport sexuel consentant, le nombre de partenaires sexuels, l'utilisation du condom, la grossesse à l'adolescence et les comportements sexuels en échange de biens. D'autre part, parmi les facteurs de protection considérés, seul le soutien maternel s'est révélé avoir une incidence positive sur le risque de s'engager dans des activités liées à la prostitution. Les autres facteurs de protection n'ont révélé aucun lien significatif contrairement aux hypothèses. Enfin, les données issues de la présente recherche soulignent le fait que les victimes d'ASE plus sévère sont davantage susceptibles de s'engager dans des rapports sexuels non protégés. Par ailleurs, l'ASE commise dans l'environnement intrafamilial prédit un plus grand nombre de partenaires sexuels chez les adolescentes interrogées. Ainsi, les interventions cliniques intégrant la mère dans la thérapie et optimisant les connaissances sur les moyens de contraception et leur nécessité dans la prévention des

infections transmises sexuellement et des grossesses non désirées pourraient être particulièrement pertinentes auprès des adolescentes survivantes d'agression sexuelle.

Mots clefs : agression sexuelle, adolescente, résilience, santé sexuelle, stratégies d'adaptation, soutien familial, soutien social

Abstract

The phenomenon of sexual abuse on children and the severity of its consequences is an important social problem. Research on the subject indicates that the negative impact of assaults affects the vast majority of victims. The psychological and behavioral repercussions have been well documented to this day, yet the result involving the impact of the abuse on sexual health, especially amongst adolescents, have been scantily investigated. The aim of this research is to explore the consequences of child sexual abuse (CSA) on adolescent sexual health, as well as the protective factors that may contribute to the recovery of victims. The sample consisted of 125 female adolescents that have been sexually abused, who have completed a questionnaire measuring the characteristics of their assault and different indicators related to sexual health. Results show that sexually active adolescent present different unhealthy sexual behaviors that may affect their sexual health, including early age of first sexual relations, number of sexual partners, condom use, pregnancy and prostitution. Among the different protective factors considered, only maternal support was found to have a positive impact on the risk of engaging in prostitution-related activities. The other protective factors revealed no significant link contradicting the hypothesis. Finally, data from this research highlights the fact that more severe CSA victims are more likely to engage in unprotected sex. Moreover, the CSA committed by an intra-familial perpetrator predicted a greater number of sexual partners. Thus, clinical interventions that integrate the mother into therapy and maximize knowledge about contraception and their necessity in preventing sexually transmitted infections and unwanted pregnancies may be particularly relevant to CSA teenage survivors.

Key words: sexual abuse - teenagers - adaptation strategy - resilience - sexual health - family support - social support.

Table des matières

Sommaire	iii
Abstract	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des abréviations.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	12
Les conséquences associées aux ASE	13
Les comportements sexuels à risque	14
Le soutien maternel	15
Le soutien social.....	16
Les stratégies d'adaptation	16
Objectifs de recherche.....	17
Article	20
Résumé.....	22
Abstract	23
ASE et santé sexuelle : Modèles explicatifs	25
La résilience.....	27
Les facteurs internes à l'individu.....	28
Les facteurs environnementaux	30
Les facteurs familiaux	31
Les caractéristiques liées à l'agression sexuelle.....	32
Objectifs.....	33
Méthode.....	34
Participants	35
Instruments de mesure	35
Procédure	34
Résultats	39
Discussion	42
Les comportements sexuels à risque	42
Le soutien maternel	43
Le soutien social	43
Les stratégies d'adaptation	44
Les caractéristiques de l'ASE.....	45

Forces et limites de la présente étude	45
Pistes pour les futures recherches	46
Implications cliniques.....	47
Conclusion	56
Références.....	58

Liste des tableaux

Tableau 1

Corrélations entre les stratégies d'adaptation du WCQ et du CASQ

Tableau 3

Corrélations entre les indicateurs de santé sexuelle et les facteurs de protection

Tableau 4

Régressions logistiques portant sur les comportements sexuels à risque

Liste des abréviations

ASE Agression sexuelle envers les enfants

CSR Comportement sexuel à risque

ITS Infection transmissible sexuellement

E.T Écart-type

M Moyenne

Remerciements

Par ces quelques lignes, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue dans la réalisation de ce mémoire et au cours de ces deux dernières années.

Tout d'abord, je tiens à remercier chaleureusement ma directrice de recherche Mireille Cyr. Merci Mireille d'avoir été patiente et encourageante dans les moments difficiles, merci pour vos précieux conseils, votre écoute et votre rigueur. Un gros merci également à ma co-directrice Martine Hébert pour ses commentaires constructifs et pour m'avoir permis de faire partie de ce beau projet. Merci aussi à Rachel Langevin et Pierre McDuff pour leur aide et leurs conseils statistiques.

Je remercie également le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS), la Chaire interuniversitaire Marie Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants sans lesquels cette recherche n'aurait pas pu voir le jour.

Je tiens également à exprimer ma gratitude à ma famille. Tout d'abord à ma mère, Pascale Lemaître pour son amour et son soutien inconditionnels durant toute ma vie. Merci à mon père Pierre Lemaître pour m'avoir transmis son courage et sa détermination. Vous avez toujours été présent malgré la distance et votre soutien m'a permis de me rendre là où je suis aujourd'hui. Merci à mon grand frère, Antoine, pour son écoute, ses conseils et ses bonnes énergies qui m'ont permis de repousser mes limites. Merci à toi, mon petit frère Timothée, d'avoir toujours cru en ta sœur, et de me faire ressentir ta présence et ton amour à chaque instant. Enfin, je tiens à remercier toute ma famille qui m'a accompagnée et encouragée depuis mon enfance.

Un gros merci également à mes amies en France : Jeanne, Aline, Justine, Mathylda, Pauline et tous les autres. Merci de m'avoir épaulée, encouragée et écoutée malgré la distance. Merci pour votre bienveillance et votre sens de l'humour. Je suis vraiment chanceuse de vous avoir dans ma vie. Merci également à mon ami Nicolas Ribeiro pour sa présence, ses conseils et son aide depuis le début de nos études jusqu'à la réalisation de ce mémoire.

Enfin je tiens à remercier toutes les belles personnes que j'ai rencontrées depuis mon arrivée à Montréal, tout particulièrement mes premiers colocos Salomé, JS, Alex, Tamer, Roddy, Max... Merci de m'avoir fait une place dans votre cœur et dans votre foyer. Merci aux « co-incidences » et particulièrement à toi Julie pour ton amitié et ton soutien. Merci Mahdi dyali d'avoir toujours cru en moi et à ta famille de m'avoir accueilli et d'avoir pris soin de moi lorsque j'en ai eu vraiment besoin.

Enfin un merci tout spécial à toi Nancy qui est arrivée comme un rayon de soleil dans ma vie et qui m'a donné la force de me dépasser dans cette dernière ligne droite. « Une chance qu'on s'a .. ».

Mathilde

Introduction

L'agression sexuelle chez les enfants (ASE) est considérée comme un problème de santé publique qui représente une réelle ampleur. À l'échelle internationale, 7,9% des hommes et 19,7% des femmes rapportent avoir vécu une agression sexuelle dans leur enfance (Pereda, Guilera, Forns, & Gomez-Benito, 2009). Au Québec, deux enquêtes populationnelles portant sur la prévalence des agressions sexuelles sur les enfants ont rapporté un taux d'un homme sur dix et d'une femme sur cinq victimes d'ASE (Tourigny, Gagné, Joly, & Chartrand, 2006 ; Tourigny, Hébert, Joly, Cyr, & Baril, 2008). Quant aux taux d'incidence, en 2009, environ 13 600 enfants canadiens ont été signalés à la police comme victimes d'une infraction sexuelle (Statistique Canada, 2010). Toujours selon les statistiques canadiennes, le taux d'incidence concernant l'ASE est de 201 pour 100 000 enfants et adolescents. Cependant, ces résultats ne donnent qu'une image partielle de l'ampleur du phénomène puisque les taux d'incidence varient significativement d'une étude à l'autre et ne reflètent que les cas signalés aux autorités. En effet, rappelons qu'un grand nombre d'enfants victimes d'ASE ne dévoilera pas l'agression avant d'atteindre l'âge adulte et beaucoup d'entre eux ne le dévoileront jamais aux autorités, que ce soit les services de police ou de protection de l'enfance (London, Bruck, Wright, & Ceci, 2008). L'étude de MacMillan, Jamieson et Walsh (2003) réalisée en Ontario auprès d'un échantillon d'adolescents de 15 ans et plus révèle que moins de 10% des cas d'ASE sont rapportés aux services de protection de l'enfance. Or, les taux d'incidence sont mesurés à partir des ASE reconnues par les services de protection de l'enfance, ce qui ne représente pas l'ensemble des ASE (Wolfe, 2007). De plus, les différentes études réalisées sur ce sujet n'utilisent pas les mêmes critères pour définir l'ASE. Certaines études incluent les gestes sexuels sans contact comme l'exhibitionnisme alors que d'autres incluent seulement les activités sexuelles avec

pénétration (Senn, Carey, & Vanable, 2008). Le ministère de la santé et des services sociaux (2016) propose la définition suivante : une agression sexuelle se définit comme un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Alors que les ASE intrafamiliales touchent principalement les filles qui représentent 75 à 85 % des victimes (Wolfe, 2007), les garçons seraient plus susceptibles d'être victimes d'ASE extrafamiliales.

Les conséquences associées aux ASE

Les conséquences des ASE sur le plan de la santé mentale, physique et sexuelle sont nombreuses et diversifiées d'une victime à l'autre (Berliner, 2011). Ainsi, après un vécu d'ASE, certaines victimes présenteront une altération significative de leur fonctionnement alors que d'autres ne présenteront pas de symptômes atteignant le seuil clinique (Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000 ; Putnam, 2003). Concernant les répercussions sur la santé mentale des victimes d'ASE, elles peuvent être de plusieurs natures et varier selon le degré de sévérité de l'ASE. Parmi les difficultés rencontrées à long terme, les victimes d'ASE sont davantage susceptibles que leurs pairs sans vécu d'ASE de souffrir de troubles intériorisés (p.ex., symptômes de dépression et d'anxiété ou de détresse psychologique), ainsi que de troubles extériorisés (p.ex., comportements autodestructeurs, abus de substance) (Berliner, 2011 ; Briere & Elliott, 2003, Hébert, Tremblay, Parent, Daignault, & Piché, 2006). Les victimes d'ASE peuvent également développer des conséquences à long terme sur le plan de la santé physique. En effet, une étude de Newman et ses collaborateurs (2000) réalisée sur un échantillon de 608 femmes, démontre que les femmes ayant vécu une ASE rapportent davantage de symptômes physiques de type gastro-intestinaux (p.ex., douleurs abdominales, diarrhées, vomissements), de douleurs (p.ex.,

migraines, maux d'estomac, douleurs musculaires) et consultent davantage le médecin que leurs pairs sans vécu d'ASE. D'autre part, une étude de Fernet, Hébert, Gascon et Lacelle (2011) rapporte que les adultes victimes d'ASE sont davantage susceptibles de rapporter des comportements sexuels à risque (CSR) que leurs pairs sans vécu d'ASE. Ces aspects ont toutefois fait l'objet de moins de recherches concernant les répercussions à l'adolescence, notamment sur le plan de la santé sexuelle.

Les comportements sexuels à risque

La recension des études réalisées sur une population d'adultes suggère un lien entre l'ASE et l'adoption de CSR (Lacelle, Hébert, Lavoie, Vitaro, Tremblay, 2012 ; Foa & Rothbaum, 2001 ; Zwickl & Merriman, 2011). En effet, au moins trois études démontrent un lien entre l'ASE et la précocité dans l'âge des premières relations sexuelles consentantes (Lacelle, 2012 ; Noll, Trickett, & Putnam, 2003 ; Steel & Herlitz, 2005) et la multiplication des partenaires sexuels (Lacelle, 2012 ; Merrill, Guimond, Thomsen, & Milner, 2003 ; Senn & Carey, 2010). De plus, l'étude de Senn et Carey (2010) fait état d'un lien entre l'ASE et l'utilisation non systématique du condom. Ainsi, en raison des pratiques sexuelles non protégées, les femmes ayant un vécu d'ASE seraient plus à risque que les femmes sans histoire d'ASE, de vivre une grossesse précoce (Noll, Trickett, & Putnam, 2003 ; Senn & Carey, 2010 ; Steel & Herlitz, 2005). Enfin, les femmes victimes d'ASE rapportent davantage d'activités sexuelles en échange de biens ou d'argent et de prostitution que leurs pairs n'ayant pas été victimes d'ASE (Parillo, Freeman, Collier, & Young, 2001 ; Senn et al., 2008).

D'autre part, les données issues des études réalisées sur une population d'adolescentes suggèrent également un lien entre l'ASE et l'adoption de CSR (Fernet, Hébert, Gascon, &

Lacelle, 2011). En effet, les adolescentes ayant un vécu d'ASE sont davantage à risque de rapporter une précocité dans l'âge des premières relations sexuelles consentantes (Anteghini, Fronseca, Ireland, & Blum, 2001 ; Upchurch & Kusunoki, 2004) ainsi que la multiplication des partenaires sexuels (Finkelhor & Brown, 1985 ; Raj, Silverman, & Amaro, 2000). Concernant l'utilisation du condom, elles seraient également moins susceptibles de l'utiliser de manière systématique (Houck et al., 2010). Cependant, l'étude d'Upchurch et Kusunoki (2004) n'a pas révélé de lien significatif entre le vécu d'ASE et l'utilisation du condom. Par ailleurs, un vécu d'ASE prédirait davantage de grossesses précoces chez les adolescentes qui en sont victimes (Noll, Trickett, & Putnam, 2003 ; Raj, Silverman, & Amaro, 2000). Enfin, l'étude de Svedin et Priebe (2007) révèle que les adolescentes victimes d'ASE rapportent davantage d'activités sexuelles en échange de biens ou d'argent et de prostitution que leurs pairs sans vécu d'ASE.

Bien que ces résultats suggèrent un lien entre ASE et différents indicateurs de santé sexuelle, les résultats révèlent des variantes importantes. Ainsi, la diversité des profils des victimes nous amène à considérer la nécessité d'explorer les facteurs protecteurs ayant un impact positif sur le processus de résilience des victimes à la suite d'une ASE sur le plan de leur sexualité. L'élaboration d'un processus de résilience repose sur plusieurs facteurs, le soutien familial notamment le soutien maternel, le soutien social ainsi que les aptitudes individuelles comme les stratégies d'adaptation. Ces stratégies représentent des facteurs familiaux, environnementaux et internes qui seront brièvement décrits.

Le soutien maternel

La qualité des liens d'attachement existant dans la famille peut de manière générale réguler les effets d'un traumatisme, atténuer les symptômes de la désorganisation psychique et

aider la personne à se reconstruire socialement et psychologiquement (Anaut, 2012). Il en est de même dans le cadre d'une ASE, à la condition que le parent ne soit pas l'auteur de l'ASE (Elliott & Carnes, 2001). Dans le cadre d'une ASE, un soutien maternel adapté est lié à moins de détresse psychologique (Tremblay, Hébert, & Piché, 1999), une meilleure santé mentale et agit positivement sur l'estime de soi (Leifer, Shapiro, & Kassem, 1993). Cependant, des recherches plus récentes ne rapportent pas de lien significatif entre le soutien maternel et une meilleure adaptation chez l'enfant ou l'adolescente après un vécu d'ASE (Bolen & Lamb, 2007 ; Cyr, Wright, McDuff, & Perron, 2002 ; Hébert, Parent, Daignault, & Tourigny, 2006).

Le soutien social

À la suite d'un événement stressant, l'existence d'un environnement soutenant a des effets bénéfiques sur la santé mentale (McCaskill & Lakey, 2000). Après le dévoilement de l'ASE, les adolescentes qui disposent d'un soutien social approprié révèlent un meilleur niveau d'adaptation (Bilette, Guay, & Marchand, 2005) comparées à leurs pairs ayant reçu des comportements de soutien négatif (Filipas & Ullman, 2001). Une étude de Hacker et ses collaborateurs (2006) révèle que les adolescents victimes d'ASE ayant au moins un ami sur lequel ils peuvent compter, rapportent moins de détresse psychologique et de tentative de suicide. Cependant, cet aspect est à nuancer. En effet, Banchard et Hébert (2014) indiquent que les jeunes victimes d'ASE pourraient disposer d'un réseau social plus pauvre comparativement à leurs pairs sans vécu d'ASE.

Les stratégies d'adaptation

Les stratégies d'adaptation sont définies par Folkman (1984) comme étant des réponses physiques et psychiques complexes d'un individu qui sert à modérer l'impact de certains

événements stressants sur le fonctionnement physique, social et émotionnel. Ces stratégies sont divisées en deux catégories : les stratégies d'approche (la révélation de l'événement traumatique, la restructuration cognitive, exprimer ses émotions, etc.) et les stratégies d'évitement (le déni, la dissociation, le désengagement, l'isolation). Les premières font référence aux comportements axés sur la résolution de problème et la recherche de soutien et sont associées à une diminution de la détresse psychologique (Zwickl & Merriman, 2011). Les stratégies d'évitement quant à elles, sont efficaces à court terme afin de réduire le stress et les émotions négatives, mais elles apparaissent inefficaces sur le long terme et associées à des problèmes d'adaptation (Anaut, 2012). Elles ont pour rôle de diminuer l'impact émotionnel d'un événement par le biais de pensées et de comportements dont la fonction première est l'évitement. Les stratégies d'adaptation utilisées ont donc un impact important sur la santé mentale des victimes d'ASE, notamment les stratégies d'approche qui présentent une corrélation positive avec le processus de résilience. Elles devraient donc avoir un effet similaire sur la santé sexuelle, ce qui fera l'objet de cette étude.

Objectifs de recherche

Dans cette recherche, nous nous intéressons aux trois facteurs de protection qui sont les facteurs internes, environnementaux et familiaux et leur incidence sur la santé sexuelle. Etant donné le peu d'études réalisées sur le sujet en lien avec une population d'adolescente, l'objectif principal est donc de documenter davantage les variables citées précédemment et leur effet auprès d'une population d'adolescentes. En se basant sur les études antérieures portant sur les CSR chez les femmes adultes agressées sexuellement, notre objectif est d'examiner l'influence potentielle de trois facteurs de protection sur les CSR, soit un facteur individuel (les stratégies d'adaptation), un facteur environnemental (le soutien des pairs) et un facteur familial (le soutien

maternel). Les hypothèses émises sont les suivantes : 1) Le recours à des stratégies d'adaptation telles que la recherche de soutien social et la réévaluation positive sera associé à moins de CSR ; 2) un haut niveau de soutien social permettra de prédire moins de CSR et 3) un haut niveau de soutien maternel prédira moins de CSR.

La première auteure a contribué à la conceptualisation de l'étude, à la recension des écrits, à l'analyse statistique, à l'interprétation des résultats ainsi qu'à la rédaction de cet article. Les coauteures ont quant à elles contribué à la conceptualisation de l'étude, à la collecte de données ainsi qu'à la qualité de cet article. La quatrième auteure a particulièrement contribué à l'analyse statistique.

Article

Santé sexuelle et facteurs de protection des adolescentes ayant un vécu d'agression sexuelle dans
l'enfance

Titre courant : FACTEURS DE PROTECTION ET COMPORTEMENTS SEXUELS À
RISQUE

Facteurs de protection et santé sexuelle des adolescentes ayant un vécu d'agression sexuelle dans
l'enfance

Mathilde Lemaître, Mireille Cyr

Université de Montréal

Martine Hébert et

Rachel Langevin

Université du Québec à Montréal

Cette étude a bénéficié du soutien financier des Instituts de recherche en santé du Canada sous la
forme de subvention de recherche aux deuxième et troisième auteurs (IRSC # 103944).

Les demandes d'information doivent être adressées à Mireille Cyr, PhD, Département de
psychologie, Université de Montréal, C.P.6128, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec,
Canada, H3C 3J7

Résumé

L'ampleur du phénomène d'agression sexuelle sur les enfants et la diversité des conséquences qu'il engendre justifie l'intérêt de documenter davantage le sujet. L'objectif de la présente étude est d'analyser les conséquences d'une agression sexuelle vécue pendant l'enfance sur le plan de la santé sexuelle des adolescentes, ainsi que les facteurs de protection susceptibles de contribuer au rétablissement des victimes. Les données concernant les caractéristiques de l'agression sexuelle, les comportements sexuels à risque et les facteurs de protection ont été recueillies auprès d'un échantillon de 125 adolescentes âgées de 11 à 18 ans, victimes d'agression sexuelle. Concernant la fréquence des comportements sexuels à risque, 42 % des adolescentes avaient moins de 14 ans lors de leur premier rapport consentant et 27,7 % rapportent avoir eu plus de 4 partenaires sexuels. Les données révèlent également que la plupart des adolescentes interrogées n'utilisent pas le condom de manière systématique (65,1 %), que 10,7 % d'entre elles ont déjà été enceintes et 12,6 % ont indiqué avoir déjà eu des comportements sexuels en échange de biens. Enfin, 28,6 % des adolescentes de l'échantillon n'ont jamais eu de relation sexuelle consentante. Les résultats des régressions logistiques pas à pas, révèlent qu'un soutien maternel approprié réduit le risque de s'engager dans des activités en lien avec la prostitution. La discussion fait ressortir la nécessité d'une étude longitudinale afin de mieux documenter le phénomène.

Mots-clefs : agression sexuelle, adolescentes, résilience, santé sexuelle, stratégies d'adaptation, soutien familial, soutien social

Abstract

The magnitude of the phenomenon of sexual abuse on children and the diversity of its consequences warrants the value of documenting the subject further. The objective of this study is to analyze the consequences of sexual abuse in childhood for adolescent sexual health and the protective factors that may contribute to the recovery of victims. Data on characteristics of sexual assault, risky sexual behavior and protective factors were collected from a sample of 125 adolescent girls between the ages of 11 and 18 who were sexually assaulted. Regarding the frequency of risky sexual behavior, 42% of adolescent girls were under 14 years of age in their first sexual relationship and 27.7% reported having more than 4 sexual partners. The data also show that most adolescent do not use of condom systematically (65.1%), 10.7% have already been pregnant, and 12.6% reported engaging into prostitution. Finally, 28.6% of the adolescent girls in the sample never had a consenting sexual relationship. The results of step-by-step logistic regressions show that adequate maternal support reduce the risk of engaging in prostitution-related activities. The discussion highlights the need for a longitudinal study to better document the phenomenon.

Key words: sexual abuse - teenagers - adaptation strategy - resilience - sexual health - family support - social support.

Facteurs de protection et santé sexuelle des adolescentes ayant un vécu d'agression sexuelle dans l'enfance

L'agression sexuelle envers les enfants (ASE) représente un réel problème de santé publique. En effet, 22,1 % des femmes et environ 9,7 % des hommes déclarent avoir été victimes d'une ASE au Québec (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009). Selon le ministère de la santé et des services sociaux (2016), une agression sexuelle se définit comme un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. L'ASE est associée à de nombreuses conséquences néfastes sur le plan de la santé mentale (p.ex., faible estime de soi, dépression, anxiété) mais également sur le plan de la santé sexuelle incluant un risque accru de présenter des problèmes sexuels et des comportements sexuels à risque (CSR). Parmi les CSR rencontrés, les rapports sexuels non protégés augmentant le risque de grossesses précoces et la contraction d'infection transmissible sexuellement (ITS), l'âge de la première relation sexuelle, un nombre élevé de partenaires sexuels ainsi que les comportements de prostitution sont les plus fréquents (Hébert, 2011 ; Lacelle, Hébert, Lavoie, Vitaro, & Tremblay, 2012, Foa & Rothbaum, 2001 ; Senn, Carey, & Venable, 2008 ; Zwickl & Merriman, 2011). Cependant, les conséquences liées à l'ASE spécifique chez les adolescentes ont fait l'objet de moins de recherche. Selon l'Organisation mondiale de la santé (2003), la définition de la santé sexuelle proposée est la suivante : « ... état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes,

discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés. »

ASE et santé sexuelle : Modèles explicatifs

Afin d'expliquer l'existence des nombreuses conséquences des ASE sur la santé sexuelle, certains auteurs ont élaboré des modèles explicatifs. La théorie des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985) suggère qu'il existe quatre dynamiques expliquant l'émergence de certains symptômes chez les victimes d'ASE : la sexualisation traumatique, la trahison, l'impuissance et la stigmatisation. Seules les deux premières dynamiques seront élaborées dans cet article puisqu'elles ont un rapport direct avec nos hypothèses. Tout d'abord, l'enfant qui reçoit une « récompense » comme de l'affection à la suite d'activité sexuelle peut façonner sa sexualité de manière inappropriée en confondant sexualité et amour, ce qui peut le conduire à sexualiser ses relations. La sexualité devient pour l'individu une stratégie pour recevoir de l'affection, ce qui peut l'inciter à multiplier ses partenaires sexuels et à avoir des relations sexuelles à risque ou encore des comportements d'échange de sexualité contre des biens ou de prostitution (Mayall & Gold, 1995 ; Senn et al., 2008). D'autre part, l'adolescent peut se sentir trahi par l'adulte qui l'a agressé ou qui n'a pas su le protéger. Ce sentiment engendre des difficultés dans les relations interpersonnelles, notamment dans la capacité à accorder sa confiance. L'individu ayant vécu une AS peut donc être amené à vivre des relations de courtes durées (Senn et al., 2008). La théorie de réduction de la tension de Briere (1992), rejoint la théorie de Finkelhor et Browne. Selon Briere, les victimes d'ASE sont susceptibles de recourir à des CSR. En effet, l'engagement dans des relations sexuelles à court terme et la multiplication des partenaires sont associés à un besoin d'instaurer une intimité avec une autre personne et à une peur de se sentir vulnérable dans un contexte d'intimité.

Dans la présente recherche, plusieurs indicateurs de santé sexuelle seront considérés, notamment : l'âge de la première relation sexuelle, le nombre de partenaires, l'utilisation du préservatif, la grossesse, les activités sexuelles en échange de biens et de services et la prostitution. Au Canada, l'âge moyen de la première relation sexuelle consentante se situerait autour de 17,1 ans (Woo & Brotto, 2008). Cependant, les données issues de plusieurs études portant sur des échantillons d'adultes (Noll et al., 2003 ; Steel & Herlitz, 2005) et d'adolescentes (Anteghini et al., 2001 ; Upchurch & Kusunoki, 2004) rapportent que les victimes d'ASE débuteraient leur vie sexuelle active plus tôt que leurs pairs sans vécu d'ASE. Une étude brésilienne confirme cette donnée en rapportant que parmi les victimes d'ASE, 30% d'adolescentes ont eu une relation sexuelle avant l'âge de 15 ans contre 13% de la population sans vécu d'ASE (Anteghini et al., 2001). Silverman et ses collaborateurs (2001) ont observé que le fait de vivre une relation sexuelle avant l'âge de 15 ans comporte davantage de risque de vivre des expériences de violences physiques ou sexuelles. De même, plusieurs études établissent un lien entre l'ASE et le fait de rapporter un nombre plus élevé de partenaires sexuels au cours des trois derniers mois ainsi qu'au cours de leur vie tant chez les adolescentes (Finkelhor & Brown, 1985 ; Raj, Silverman, & Amaro, 2000) qu'auprès d'adultes survivantes (Lacelle, 2012 ; Merrill, Guimond, Thomsen, & Milner, 2003 ; Senn & Carey, 2010). De plus, certaines recherches révèlent que les femmes ayant une histoire d'ASE révéleraient davantage de relations sexuelles non protégées comparativement aux femmes sans vécu d'ASE (Senn et al., 2010). Il en est de même pour les adolescentes (Houck, Barker, Rizzo, Hancock, Norton, & Brown, 2014). Notamment en raison de pratiques sexuelles non protégées, les femmes ayant vécu une ASE présenteraient plus de risque de vivre une grossesse non désirée que les femmes n'ayant pas subi d'ASE (Noll, Trickett, & Putnam, 2003 ; Senn & Carey, 2010 ; Steel & Herlitz, 2005). Les

résultats sont similaires chez les adolescentes (Raj, Silverman, & Amaro, 2000). En accord avec les théories de dynamiques traumagéniques et de réduction de la tension, les femmes ayant une histoire d'ASE sont plus susceptibles de s'engager dans des CSR que leurs pairs sans vécu d'ASE, notamment des comportements de prostitution (Senn et al., 2008). De même, une étude réalisée auprès d'une population d'adolescents recrutés en milieu scolaire a révélé que, parmi les adolescentes qui révélaient une expérience de prostitution, 61% d'entre elles rapportaient une histoire d'agression sexuelle sévère (Svedin & Priebe, 2007).

La plupart des études précédentes suggèrent donc un lien entre une histoire d'ASE et l'engagement dans des CSR. Cependant, certains auteurs n'ont pas identifié de lien entre les CSR et le vécu d'ASE (Molitor, Ruiz, Klausner, & Mc Farland, 2000 ; Noll et al., 2003), notamment concernant le nombre de partenaires sexuels et l'utilisation du condom chez les adultes (Parillo et al., 2001 ; Petrak, Byrne, & Baker, 2000) et chez les adolescentes (Upchurch & Kusunoki, 2004). De manière plus générale, la documentation scientifique indique en effet que certaines victimes ne présenteront pas de symptômes probants : 20 à 40% des victimes d'AS ne présenteraient pas de symptôme atteignant le seuil clinique (Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000 ; Putnam, 2003). Ces résultats suggèrent que certaines victimes pourraient être résilientes et que des facteurs de protection pourraient jouer un rôle.

La résilience

La résilience se définit comme l'habileté d'une personne à retrouver son niveau de développement antérieur ou un niveau de développement supérieur après un événement traumatique. Il ne s'agit pas d'une sur-adaptation de quelques personnes exceptionnelles insensibles au trauma ou au stress aggravé (Steinhauer, 1998). Certains facteurs sont propices à

la mise en place d'un processus de résilience alors que d'autres vont l'entraver. Parmi ceux qui l'entravent, il y a les mécanismes de défense immature, dont la régression qui est un comportement caractéristique d'un stade de développement antérieur, le déni, l'évitement qui altèrent les relations et donc le soutien (Anaut, 2012). Certaines victimes vont alors s'isoler, ce qui pourrait aggraver leur souffrance et compromettre leur rétablissement. Le processus de résilience se construit de façon multifactorielle, il résulte du maillage complexe entre des aptitudes individuelles, environnementales et sociales et des compétences psychoaffectives familiales.

Afin de comprendre le phénomène de résilience, il est indispensable de s'attarder sur les différents facteurs de protection. Selon Rutter (1985), les facteurs de protection réfèrent aux caractéristiques individuelles et environnementales qui modifient, améliorent ou altèrent la réponse d'un individu à une menace ou à une agression. En effet, trois types de facteurs influencent la mise en place d'un processus de résilience (Anaut, 2012 ; Cyrulnik, 2001 ; Dufour et al., 2000) soit les facteurs internes, environnementaux et familiaux.

Les facteurs internes à l'individu

Parmi les facteurs internes des victimes d'ASE, le fait de se percevoir en bonne santé et d'avoir conscience de son identité indépendamment de celle de l'agresseur par exemple, se sont révélées être des stratégies efficaces (Anaut, 2012). Dans la présente étude, nous avons choisi de nous intéresser aux stratégies d'adaptation. Elles se définissent comme l'ensemble des réponses physiques et psychiques complexes d'un individu qui sert à modérer l'impact de certains événements stressants sur le fonctionnement physique, social et émotionnel (Juillet, 2000). Ces stratégies sont généralement dichotomisées en deux catégories : les stratégies d'approche et les

stratégies d'évitement. Selon Zwickl et Merriman (2011), les stratégies d'approche se caractérisent par des comportements axés sur la résolution des problèmes et la recherche de soutien. Elles sont considérées comme des stratégies efficaces pour gérer une situation et sont associées à une diminution de la détresse psychologique. Parmi ces stratégies, on retrouve la révélation de l'événement traumatique, la restructuration cognitive qui est le fait de mettre l'accent sur les effets positifs, donner un sens à l'événement, se déculpabiliser, trouver des causes externes et exprimer ses émotions (Anaut, 2012). Une étude comparative sur 180 femmes révèle que les femmes les plus adaptées sont celles qui utilisent les stratégies d'adaptation suivantes : divulguer l'ASE, exprimer ses émotions, le recadrage positif qui est le fait de tirer un bénéfice de l'expérience et le refus de s'attarder sur l'expérience seraient des stratégies efficaces (Himelein & McElrath, 1996). Quant aux stratégies d'évitement ou axées sur les émotions, Wright, Crawford et Sebastian (2007) ont démontré que ces stratégies ont pour rôle d'atténuer l'impact émotionnel d'un événement par le biais de pensées et de comportements dont la fonction première est l'évitement. Parmi ces stratégies, le déni, la dissociation, le désengagement et l'isolement seraient les plus utilisés et associés à davantage de détresse psychologique, une faible estime de soi ainsi que des problèmes de comportements intériorisés et extériorisés chez les adolescents. Ainsi, l'utilisation de ces stratégies serait associée au recours de comportements autodestructeurs comme l'automutilation ou les CSR qui auraient pour rôle de réguler les émotions ou encore la dissociation face à l'ASE. Selon Zwickl et ses collaborateurs (2011), il pourrait encore s'agir de tentatives d'amélioration de l'estime de soi. Bien qu'efficaces à court terme afin de réduire le stress et les émotions négatives, le recours à ces stratégies d'évitement sont des stratégies associées à des problèmes d'adaptation et sont donc inefficaces sur le long terme (Anaut, 2012 ; Lacelle et al., 2012). Les stratégies d'adaptation utilisées ont donc une incidence sur les

symptômes des traumatismes et sont des prédicteurs importants de la santé mentale des jeunes après une ASE. Le recours à des stratégies d'approche présenterait une corrélation positive avec le processus de résilience.

Les facteurs environnementaux

En plus de dépendre des ressources internes à l'individu, le processus de résilience s'appuie également sur les ressources externes comme les facteurs environnementaux. En effet, le processus de résilience s'élabore également dans l'intersubjectivité et dans la relation à l'autre (Guay, Billette, & Marchand, 2006) notamment par le soutien social et le soutien familial. Si la personne ne dispose pas de ressources internes suffisantes, le soutien social peut constituer un moyen efficace permettant de remédier aux vulnérabilités personnelles ou de compenser les éventuelles défaillances de la famille, notamment les comportements de soutien négatif. Le soutien social renvoie aux comportements des proches qui sont en lien avec les besoins de l'individu tels qu'être à l'écoute, poser des questions, donner du feedback, favoriser les activités de détente. Selon une étude réalisée par Tremblay, Hébert et Piché (1999), si à la suite de son agression, la victime perçoit de son entourage des comportements positifs à son égard, cela diminuera les risques de développer une mauvaise estime d'elle-même ainsi que des problèmes de comportements extériorisés comme l'agressivité. De plus, on constate un meilleur niveau d'adaptation chez les adolescentes victimes d'ASE qui disposent d'un soutien social approprié (Chandy, Blum, & Resnick, 1996). D'autre part, le soutien négatif s'apparente aux comportements tels que s'impatienter, blâmer, éviter les discussions, ramener l'attention sur soi, critiquer et ridiculiser les réactions de l'autre, etc. Une étude réalisée auprès de 105 femmes victimes d'ASE, montre que les comportements de soutien négatifs sont associés à des difficultés d'ajustement suite à une agression sexuelle, telles la présence d'état de stress post traumatique

(ESPT), l'altération des relations sociales, une détresse psychologique ainsi qu'une faible estime de soi (Filipas & Ullman, 2001). La victime peut également nouer des liens affectifs extrafamiliaux avec une ou des personnes qui pourraient l'aider à affronter l'adversité tels que des amis ou un conjoint. Chez l'adulte, ce dernier est considéré comme la principale source de soutien, il est un agent de récupération plus efficace que les autres membres de l'entourage. Ces personnes assurent le rôle de « tuteur de résilience » (Cyrułnik, 2001). Ainsi, les attaches affectives sont donc l'une des composantes essentielles du processus de reconstruction après un traumatisme.

Les facteurs familiaux

Les liens d'attachement noués dans la famille au cours de la vie et la qualité des relations parent-enfant peuvent également aider la personne dans son rétablissement (Monette, Tourigny, & Daigneault, 2008). Marie Anaut (2012) considère qu'il peut y avoir mise en place d'un processus de reconstruction quand le groupe familial, notamment la mère, parvient à apporter un soutien adapté en régulant les effets d'un traumatisme, à atténuer les symptômes de la désorganisation psychique et à aider la personne dans sa reconstruction psychique et sociale, à la condition que les parents ne soient pas les auteurs de l'ASE et qu'il n'y ait pas de conflit dans l'environnement familial (Elliott & Carnes, 2001). Un événement traumatique peut conduire à la mise en place de processus familiaux salvateurs : la famille se soude et se mobilise pour aider la victime et l'accompagner dans le cheminement de sa résilience personnelle. En effet, la vision des proches de la victime influence la perception de la victime par rapport à l'agression (Joseph, Williams, & Yuile, 1997). Cela suggère que si l'entourage familial a tendance à blâmer la victime, cette dernière aura tendance à se tenir responsable de son agression sexuelle. Dans le cas contraire, la victime percevra son comportement comme moins inapproprié. Par ailleurs,

l'absence de soutien de l'entourage familial est moins dommageable que recevoir un soutien interprété comme inadéquat par les victimes (Campbell, Ahrens, Sefl, Wasco, & Barnes, 2001). D'autre part, une étude de Whitaker et Miller (2000) a démontré que les discussions parent-enfant ont une incidence positive sur les choix sexuels des victimes d'ASE, notamment sur l'âge de la première relation sexuelle et sur l'utilisation du condom. De manière plus spécifique, le soutien maternel présente une corrélation positive avec le degré d'adaptation de l'enfant. En effet, un enfant qui a bénéficié d'un soutien maternel adapté suite au dévoilement de l'ASE, présente une meilleure santé mentale et une plus forte estime de soi à l'âge adulte que leurs pairs qui n'en ont pas bénéficié (Leifer, Shapiro, & Kassem, 1993). Toutefois, Spaccarelli et Fuchs (1997) ont révélé que si la mère présente un comportement aversif suite au dévoilement de l'ASE, l'enfant présentera davantage de psychopathologies comme des troubles extériorisés et intériorisés à l'adolescence. Cependant, au moins trois recherches (Bolen & Lamb, 2007 ; Cyr et al., 2002 ; Hébert, Parent, Daignault, & Tourigny, 2006) n'ont pas trouvé de lien existant entre le soutien maternel et l'adaptation de l'enfant.

Chacun de ces types de facteurs de protection : internes, environnementaux et familiaux, peut constituer un support pour l'élaboration d'un processus de rétablissement des victimes, pouvant mener à la résilience. Ils ont cependant moins fait l'objet d'étude les mettant en lien avec la santé sexuelle. La présente étude visera donc à documenter davantage ces effets.

Les caractéristiques liées à l'agression sexuelle

Plusieurs études portant sur les variables liées à l'ASE telles que la relation avec l'agresseur, la sévérité et la durée de l'agression ont révélé des liens significatifs avec l'intensité des symptômes rencontrés sur le plan de la santé mentale, physique et sexuelle (Fernet, Hébert,

Gascon, & Lacelle, 2011 ; Senn et al., 2006 ; Yancey & Hansen, 2010). Une étude de Danielson et ses collaborateurs révèle qu'une ASE commise dans l'environnement intrafamilial est liée à davantage de pensées en lien avec la mort. Cela s'expliquerait en raison de la perception qu'a la victime de ne pas être désirée par sa famille et de représenter un fardeau. Le risque de rapporter des pensées suicidaires s'accroît significativement à mesure de la sévérité et la durée de l'agression. D'autre part, plus l'ASE a été sévère et de longue durée et moins la victime est encline à utiliser le condom de manière systématique (Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1997), par ce fait, elle encourt plus de risque de contracter une ITS (Upchurch & kusunoki, 2004) et de revictimisation sexuelle (Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1997) que leurs pairs sans vécu d'ASE. Concernant les conséquences sur la santé physique, la sévérité de l'ASE est également liée à des comportements de boulimie (Striegel-Moore, Dohm, Pike, Wilfrey, & Fairburn, 2002).

Certains facteurs spécifiques à l'ASE peuvent avoir des conséquences plus importantes sur les victimes. En effet, la relation avec l'agresseur, la durée de l'agression, la sévérité de l'agression sont des caractéristiques pouvant influencer la santé sexuelle (Fernet, Hébert, Gascon, & Lacelle, 2011 ; Senn et al., 2006 ; Yancey & Hansen, 2010). Ces caractéristiques de l'ASE seront examinées dans cette étude afin de contrôler leur effet en plus de l'âge de l'adolescente.

Objectifs

Dans cette recherche, nous nous intéressons à trois facteurs de protection et leur incidence sur la santé sexuelle d'adolescentes étant donné le peu d'études réalisées sur le sujet. En se basant sur les études antérieures portant sur les CSR chez les femmes adultes agressées sexuellement, notre objectif est d'examiner l'influence potentielle de trois facteurs de protection

sur les CSR, soit un facteur individuel (les stratégies d'adaptation), un facteur environnemental (le soutien des pairs) et un facteur familial (le soutien maternel), tout en contrôlant l'effet potentiel de l'âge des participantes et des caractéristiques de l'agression sexuelle. Les hypothèses émises sont les suivantes : 1) Le recours à des stratégies d'adaptation telles que la recherche de soutien social et la réévaluation positive sera associé à moins de CSR ; 2) un haut niveau de soutien social permettra de prédire moins de CSR et 3) un haut niveau de soutien maternel prédira moins de CSR.

Méthode

Procédure

Les adolescentes ont été recrutées dans quatre milieux d'interventions différents dans le cadre du volet 2a de l'enquête PAJ (Parcours Amoureux des Jeunes) : la Clinique de médecine de l'adolescent du CHU Ste-Justine de Montréal, le Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (CIASF) de Gatineau, le CJ Mauricie Centre du Québec et l'organisme Parents-Unis (PU) de Lanaudière. La collecte des données s'est effectuée directement auprès des participantes et consiste en une rencontre individuelle d'une durée de 75 minutes. Lors de la rencontre, un assistant de recherche était présent pour s'assurer du bon déroulement de la passation. Les participantes devaient répondre à un questionnaire comprenant plusieurs sections. Préalablement, le consentement libre et éclairé de l'adolescente a été obtenu avec la signature du formulaire de consentement en vue de l'utilisation du questionnaire par l'équipe de recherche. Cette recherche a été approuvée par le comité éthique de la recherche du CHU Ste-Justine.

Participants

L'échantillon se compose de 125 adolescentes, âgées de 11 à 18 ans ($M = 15,4$; $E.T. = 1,5$) ayant vécu une ASE, 30% d'entre elles ont moins de 14 ans. La majorité des participantes sont nées au Canada (85,3 %) et parlent le français (84,8 %). Concernant leur lieu de résidence, la plupart des adolescentes résident avec leur mère (35,2 %), 27,2 % au sein d'une famille élargie, dans une famille ou un centre d'accueil, les autres habitent avec leurs deux parents sous le même toit (20 %), chez leur père (10,4 %) ou chez leurs deux parents en garde partagée (7,2 %). Une proportion importante des adolescentes suit une formation générale (79,2 %). Concernant les mères, la plupart a obtenu un diplôme d'études post secondaire (63,2 %) et occupe un emploi (62,5%).

Instruments de mesure

Les indicateurs de santé sexuelle. Afin de mesurer la santé sexuelle, 5 catégories ont été retenues à partir d'énoncés provenant de différents questionnaires et seront prédites dans les analyses de manière séparée. Les réponses des participantes ont été dichotomisées (0 = comportement sexuel non à risque ; 1 = comportement sexuel à risque).

L'âge au moment de la première relation sexuelle consentante. Cette donnée est mesurée par une question tirée de l'enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ, 2007). Sur la base des résultats des études de Anteghini et al. (2001) et Silverman et al. (2001), dans la présente étude, l'âge de la première relation consentante est considéré à risque lorsque l'adolescente est âgée de 14 ans et moins. Un score de 0 correspond aux adolescentes ayant eu leur première relation sexuelle consentante à l'âge de 15 ans et plus ou à celles n'ayant

jamais eu de relation sexuelle consentante. Les adolescentes qui ont eu une relation sexuelle consentante à 14 ans et moins obtiennent un score de 1.

Le nombre de partenaires sexuels est demandé par le biais de la question suivante : « *Avec combien de personnes, au cours de ta vie, as-tu eu une relation sexuelle consentante avec pénétration ?* ». Une étude de Raj, Silverman et Amaro (2000) a rapporté que les adolescentes ayant eu une histoire d'agression sexuelle avaient eu plus de trois partenaires sexuels au cours de leur vie, qui est davantage que leurs pairs sans vécu d'ASE. Ainsi, pour notre échantillon d'adolescentes, un score de 0 est associé à un nombre de 4 partenaires sexuels et moins et un score de 1 renvoie à 4 partenaires sexuels et plus.

La fréquence d'utilisation du condom est connue par la question: « *Jusqu'à maintenant, combien de fois as-tu utilisé le condom lors de tes relations sexuelles consentantes avec pénétration ?* » (Add Health Survey ; National Longitudinal Study of Adolescent Health. Carolina Population Center 1994-1995). Dans cette recherche, on considère qu'il suffit d'une seule relation sexuelle sans utiliser de condom pour contracter une ITS ou pour être enceinte. Ainsi, un score de 0 est associé à l'utilisation systématique du condom et un score de 1 est associé à l'utilisation non systématique du condom. Les adolescentes n'ayant jamais eu de relation sexuelle consentante obtiennent un score de 0.

La grossesse. La question « *as-tu déjà été enceinte ?* » (Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents ; ESSEA 1999, Questionnaire de l'adolescent), nous informe sur le vécu de grossesse. Un score de 1 est associé à la réponse « oui » et un score de 0 à la réponse « non ».

L'expérience de prostitution. Elle est appréhendée par l'énoncé suivant : « *Au cours de ta vie, as-tu reçu quelque chose en échange d'un contact sexuel avec quelqu'un d'autre que ton*

chum ou ta blonde? » (Lavoie, Thibodeau, Gagné, & Hébert, 2010). Un score de 1 est associé à la réponse « oui » et un score de 0 à la réponse « non ».

Les facteurs de protection. Deux questionnaires ont été utilisés pour mesurer les facteurs individuels et deux pour le soutien familial et environnemental. Concernant **les stratégies d'adaptation**, les participantes ont rempli la version brève francophone du *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ) (Folkman & Lazarus, 1988 ; Mishara, 1987 ; Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer, & Wright, 1995). La version abrégée mesure trois types de stratégies soit la recherche de soutien social (6 énoncés), la réévaluation positive/ résolution de problèmes (9 énoncés) et la distanciation/évitement (6 énoncés). Cet instrument a été adapté afin d'évaluer les stratégies d'adaptation spécifiques à l'ASE. Chacun des énoncés est coté selon une échelle en trois points de type Likert (0 = pas utilisé ; 3 = beaucoup utilisé). Le coefficient de consistance interne pour les énoncés retenus est de 0,77 pour la recherche de soutien social (4 énoncés) et pour la réévaluation positive/résolution de problèmes (4 énoncés) et de 0,62 pour la distanciation/évitement (4 énoncés). L'autre instrument utilisé afin de mesurer les stratégies d'adaptation, est une version adaptée du *Coping Across Situations Questionnaire* (CASQ; Seiffge-Krenke, 1995) comprenant 11 énoncés. Cet instrument a été utilisé afin d'identifier les stratégies d'adaptation utilisées par les individus face à un événement stressant en général. Ces énoncés sont également cotés selon une échelle en trois points de type Likert (0 = jamais utilisé ; 3 = utilisé à plusieurs reprises). Le coefficient de consistance interne est de 0,68 pour la résolution de problème (4 énoncés), de 0,78 pour centré sur les émotions (3 énoncés) et de 0,82 pour l'évitement (4 énoncés).

Le soutien social. Le soutien social est mesuré par une première question tirée du *Northern Ireland Young Life and Times Survey* (YLT) (Schubotz, Lloyd, Devine, & Miller,

2009) : « Combien as-tu d'amis/es proches à qui tu pourrais vraiment te confier ou parler si tu avais un problème sérieux ? ». La seconde question est tirée de *l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents* (ESSEA 1999, Questionnaire de l'adolescent) : « Est-ce que tu crois que les personnes suivantes (« un de tes parents », « un adulte significatif », « un frère ou une sœur », « un de tes amis ») pourraient t'écouter et t'encourager si tu en avais besoin ? ». Ces réponses sont évaluées sur une échelle de type Likert à 4 points (1 = je n'en ai pas 4 = beaucoup).

Le soutien familial. Le soutien familial est appréhendé par huit énoncés mesurant la relation de la victime avec chacun de ses deux parents (p. ex.: « Ma mère se préoccupe de moi ») sur une échelle en cinq points de Likert (0 = je ne le/la vois pas ; 5 = très souvent). La consistance interne est de 0,79. Les six premiers énoncés sont extraits de la version adaptée du *Inventory Parent and Peer Attachment* (IPPA ; Armsden & Greenberg, 1987 ; 25 énoncés). Les deux autres énoncés ont été ajoutés par les chercheurs de l'enquête Parcours Amoureux des Jeunes (PAJ). Plus le score est élevé, plus le soutien est considéré comme étant adapté aux besoins de l'adolescente.

Les variables de contrôle

L'âge des participantes sera utilisé dans les analyses afin de contrôler pour son effet potentiel sur les variables de l'étude

Les caractéristiques de l'agression sexuelle sont connues par le biais d'énoncés du *History of Victimization Form* (HVF ; Wolfe, Gentile, & Bourdeau, 1987). La durée de l'agression est cotée sur une échelle en 3 points de type Likert (1 = épisode unique ; 2 = quelques évènements ; 3 = répétitif / chronique). La sévérité de l'ASE se divise en trois dimensions : la moins sévère renvoie à un contact physique au-dessus des vêtements ou à une ASE n'impliquant

pas de contact physique (p.ex., incitation à une activité sexuelle, exhibitionnisme), l'agression sévère implique un contact physique sous les vêtements ou avec déshabillage, sans pénétration ou force comme des caresses ou des frottements, l'ASE très sévère implique une pénétration, une tentative de pénétration ou l'usage de la force (p.ex., pénétration digitale, sexe oral, sexe anal, actes bizarres tels que bestialités, acte sexuel impliquant plus d'un agresseur). La sévérité de l'ASE est également évaluée sur une échelle en 3 points de type échelle de Likert (1 = moins sévère ; 3 = très sévère). Enfin concernant la relation de la victime avec son agresseur, est considérée comme agression sexuelle intrafamiliale, une agression commise par la famille immédiate (parents, beaux-parents, fratrie, etc.) ou la famille élargie (grand -parent, oncle, cousin, etc.). L'agression extrafamiliale quant à elle, est une agression sexuelle commise par un partenaire amoureux, une connaissance ou un inconnu. Le lien avec l'agresseur est donc catégorisé en deux types : intrafamilial ou extrafamilial. Les adolescentes ont également rempli un questionnaire sociodémographique dans lequel elles ont rapporté le niveau de scolarité de leur mère ainsi que leur propre niveau de scolarité.

Résultats

Tout d'abord, les résultats obtenus montrent que 59,8 % des adolescentes ont rapporté avoir vécu un seul épisode d'ASE, 12,3 % quelques événements et 27,9 % ont subi des épisodes répétitifs ou chroniques. Dans 86,1 % des cas, les descriptions fournies par les adolescentes catégorisaient l'ASE comme étant très sévère et beaucoup d'entre elles ont été commises dans l'environnement intrafamilial (32,2 %).

Concernant la fréquence des comportements sexuels à risque dans l'échantillon, les résultats indiquent que 42 % des adolescentes avaient moins de 14 ans lors de leur première

relation sexuelle consentante alors que 28,6 % d'entre elles n'ont jamais eu de relation sexuelle. Quant au nombre de partenaires, 27,7 % rapportent avoir eu plus de 4 partenaires sexuels. Les données révèlent par ailleurs que la plupart des adolescentes interrogées n'utilisent pas le condom de manière systématique (65,1 %). Parmi les adolescentes 10,7 % ont déjà été enceintes. Finalement, quant aux expériences d'échanges de relations sexuelles contre des biens, 12,6 % ont indiqué en avoir déjà eu.

Avant de procéder aux régressions, une inspection des corrélations a été réalisée afin de prévenir le problème de multicollinéarité. Certaines variables se sont avérées trop fortement corrélées entre elles. Les trois variables issues du CASQ soit la résolution de problème, l'évitement, les stratégies centrées sur les émotions et les trois variables du WCQ soit la recherche de soutien social, la réévaluation positive/ résolution de problèmes et la distanciation/évitement, présentaient de fortes corrélations entre elles (tableau 1). En raison de ces résultats, nous avons choisi de retenir uniquement les trois variables du CASQ, puisqu'elles présentaient des corrélations significatives avec les indicateurs de CSR. D'autre part, les deux variables de soutien familial étaient également trop fortement intercorrélées (0,35) ainsi que les deux variables de soutien social (0,26). Ainsi, nous avons choisi de garder une variable de soutien familial : le soutien maternel et une variable de soutien social : le nombre d'amis sur qui la victime peut compter. Enfin, pour chacun des cinq indicateurs de santé sexuelle, les cinq facteurs de protection seront intégrés dans notre modèle de régression logistique.

Afin de vérifier si les facteurs de protection potentiels étaient significativement associés à chacun des cinq indicateurs de santé sexuelle, des corrélations de Pearson (Tableau 2) ont d'abord été réalisées. Les résultats révèlent plusieurs relations significatives entre les indicateurs de santé sexuelle. D'autre part, on relève une association positive entre le fait de recevoir du

soutien maternel et le vécu de grossesse et de prostitution. De plus, l'utilisation de stratégie d'adaptation comme l'évitement indique des associations modérées avec le nombre de partenaires sexuels, l'utilisation du condom et le vécu de prostitution. Cependant, aucune association positive n'a été révélée quant au soutien social et aux indicateurs de santé sexuelle.

Enfin, des analyses de régressions logistiques ont été menées séparément pour chaque indicateur de CSR : l'âge du premier rapport consentant, le nombre de partenaires sexuels, l'utilisation du condom, les grossesses et la prostitution. Des analyses de régressions logistiques en trois étapes selon la méthode pas à pas ont été effectuées. À la première étape, la variable sociodémographique relative à l'âge des participantes a été entrée dans le modèle, suivie des variables liées aux caractéristiques de l'agression sexuelle, à la deuxième étape. Enfin, les facteurs de protection ont été entrés à la troisième étape. Les résultats des régressions logistiques sont résumés au Tableau 3.

Dans un premier temps, les résultats concernant le nombre de partenaires sexuels révèlent également un lien avec l'âge du participant et avec la relation avec l'agresseur. Ainsi, pour les adolescentes qui rapportent avoir subi une ASE, le risque d'avoir un nombre de partenaires sexuels à risque augmente si elles sont plus âgées et si l'ASE a été commise par un agresseur intrafamilial. Les résultats des régressions logistiques visant à prédire l'utilisation du condom ont révélé que l'âge du participant est en mesure de prédire ce CSR. En effet, plus l'adolescente est âgée et plus elle aura tendance à utiliser le condom. Aussi, un lien marginal s'est révélé avec la sévérité de l'agression. On remarque que, plus le vécu d'ASE est sévère, et moins les adolescentes utilisent le condom de manière systématique. D'autre part, les résultats de la régression logistique visant à prédire la grossesse indiquent uniquement un lien avec l'âge du participant. En effet, les adolescentes les plus âgées ont plus tendance à vivre des grossesses

précoces. Enfin, les résultats concernant le vécu de prostitution indiquent que le soutien maternel contribue à prédire ce CSR. Pour les adolescentes ayant un vécu d'ASE, le fait de recevoir du soutien approprié de leur mère est associé à moins de risque de s'engager dans des comportements de prostitution.

Discussion

L'objectif principal de cette étude consistait à examiner le lien entre les facteurs protecteurs suivants : les stratégies d'adaptation, le soutien familial, et le soutien social sur la santé sexuelle des adolescentes ayant vécu une ASE. Elle visait également à documenter la santé sexuelle qui a été évaluée par le biais de cinq indicateurs de CSR: l'âge du premier rapport sexuel consentant, le nombre de partenaire sexuel, l'utilisation du condom, la grossesse et la prostitution. La santé sexuelle des adolescentes après un vécu d'ASE est encore peu documenté d'où l'intérêt de cette présente étude.

Les comportements sexuels à risque

Les différentes études réalisées sur les CSR identifiés après un vécu d'ASE révèlent que les femmes ayant un vécu d'ASE sont plus nombreuses à rapporter des rapports sexuels non protégés augmentant le risque de grossesses précoces et la contraction d'ITS, une précocité concernant l'âge de leur première relation sexuelle consentante, un nombre élevé de partenaires sexuels ainsi que des comportements en lien avec la prostitution (Hébert, 2011 ; Lacelle, Hébert, Lavoie, Vitaro, Tremblay, 2012, Foa & Rothbaum, 2001 ; Senn, Carey, & Vanable, 2008 ; Zwickl & Merriman, 2011). La présente étude a relevé des comportements similaires auprès de notre population d'adolescentes. En effet, une grande partie des adolescentes avaient moins de 14 ans lors de leur premier rapport consentant (42 %) et 27,7 % rapportent avoir eu plus de 4

partenaires sexuels et la plupart d'entre elles n'utilisent pas le condom de manière systématique (65,1 %). De plus, 10,7 % des adolescentes interrogées ont déjà été enceintes et 12,6 % ont révélé déjà avoir eu des expériences d'échanges de relations sexuelles contre des biens, ou de prostitution. Par ailleurs, il est important de noter qu'un peu plus du quart des participantes ne sont pas actives sexuellement. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elles sont âgées de 11 à 18 ans, et 30% d'entre elles ont moins de 14 ans.

Le soutien maternel

Dans cette recherche, la plupart de nos hypothèses de départ n'ont pas été validées hormis l'aspect novateur du soutien maternel pour prévenir les comportements de prostitution. En effet, les résultats ont révélé que les victimes d'ASE ont tendance à moins s'engager dans des comportements de prostitution si elles reçoivent un soutien maternel adapté. La présence de la mère pourrait agir positivement sur l'estime de soi ce qui limite ce genre de CSR perçu comme dégradant pour les femmes qui y ont recours. Concernant le lien entre le soutien maternel et l'adaptation de la victime après le dévoilement, on a pu constater que les résultats des études sont mitigés. En effet, l'étude de Bolen et Lamb (2007) réalisée auprès de 90 enfants, révèle peu de lien à court terme entre le soutien maternel et les symptômes dans le cadre d'une ASE. Cela pourrait expliquer la raison pour laquelle le soutien maternel ne s'est avéré être un facteur de protection que pour l'un des CRS : la prostitution.

Le soutien social

Contrairement à nos attentes, aucun lien significatif n'a été démontré entre le soutien social et les CSR. Cette donnée pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes ayant un vécu d'ASE ont un réseau social plus pauvre comparativement à leurs pairs sans vécu d'ASE

(Blanchard & Hébert, 2014). On peut également imaginer qu'en raison de la sévérité du traumatisme vécu, la plupart des adolescentes ressentent de la honte ou de la culpabilité à l'idée de partager leur expérience d'ASE avec leurs pairs. D'autre part, les adolescentes peuvent également considérer que ces derniers n'ont pas les ressources suffisantes pour leur apporter de l'aide ou un soutien adapté. De plus, l'adolescence étant une période cruciale dans la construction de l'identité, il est possible que les adolescentes ne veulent pas être réduites au fait d'avoir été une victime d'ASE aux regards de leurs pairs. Nos résultats ne confirment donc pas les résultats de la recherche de Billette et ses collaborateurs (2005) qui affirmaient que le soutien social apparaît comme étant l'un des éléments nécessaires dans l'élaboration d'un processus de résilience. Dans cette recherche, les victimes d'ASE ayant disposé d'un soutien social approprié disposaient d'un meilleur niveau d'adaptation que leurs pairs ayant disposé d'un soutien social perçu comme négatif.

Les stratégies d'adaptation

Dans la présente étude, aucun lien significatif n'a été révélé quant à l'influence possible de l'utilisation de certaines stratégies d'adaptation et les CSR des adolescentes. Les études antérieures suggèrent que les facteurs de protection présenteraient une corrélation positive avec le processus de résilience. En effet au moins trois études (Himelein & McElrath, 1996 ; Lacelle et al., 2012 ; Wright et al., 2007) rapportaient que les stratégies d'adaptation utilisées auraient une incidence sur les symptômes des traumatismes et que les stratégies d'approche prédisent le rétablissement des jeunes ayant été victime d'une ASE. À notre connaissance, aucune étude n'avait encore examiné le lien entre les stratégies d'adaptation et les CSR avec une population d'adolescentes. Il serait important de vérifier à nouveau ce lien dans d'autres études.

Les caractéristiques de l'ASE

Dans cette étude, la relation avec l'agresseur est reliée significativement au nombre de partenaires sexuels. En effet, avoir vécu une agression perpétrée par un agresseur intrafamilial prédit un plus grand nombre de partenaires sexuels. Cela pourrait renvoyer à la dynamique de la sexualisation traumatique de Finkelhor et Browne (1985) : l'adolescente victime d'ASE dans son environnement familial peut être confuse à propos des normes sexuelles et présenter des dysfonctions sexuelles. La sexualité devient pour elle le moyen de répondre à ses besoins affectifs, ce qui l'amène à sexualiser ses relations et donc d'avoir un plus grand nombre de partenaires sexuels. D'autre part, cette confusion à propos des normes sexuelles peut amener les adolescentes à associer leur identité à leur potentiel sexuel, ce qui peut les conduire à être davantage disponible sexuellement (Roosa, Tein, Reinholtz, & Angelini, 1997). Enfin, nous avons pu constater que la sévérité de l'ASE pouvait contribuer à prédire la non utilisation du préservatif des adolescentes ayant un vécu d'ASE. Cela confirme les résultats des études antérieures postulant que la sévérité de l'agression sexuelle est une prédisposition à l'expérience de CSR (Fernet, Hébert, Gascon & Lacelle, 2011 ; Senn et al., 2006 ; Yancey, & Hansen, 2010). D'autre part, on peut également penser que lors d'une ASE sévère, les limites de la victime ont été transgressées, ce qui peut l'amener à avoir des difficultés à évaluer ses propres limites et donc à imposer le port du condom à son partenaire lors d'une relation sexuelle. Enfin, le fait d'avoir été victime d'une ASE sévère peut engendrer un manque d'estime de soi et de respect envers son propre corps. L'adolescente pourrait alors se voir accepter des rapports sexuels non protégés, ayant peu d'intérêt quant aux répercussions sur sa santé.

Forces et limites de la présente étude

Une des principales forces que présente cette étude est la taille de son échantillon, soit de 125 adolescentes, ce qui nous a permis d'étudier plusieurs variables simultanément. De plus, beaucoup de variables ont été examinées dans cette recherche, cela nous a amenés à avoir un meilleur portrait de la relation entre les facteurs de protection et la santé sexuelle et donc d'élargir les connaissances sur les conséquences d'une ASE à l'adolescence.

Cependant, cette étude comporte aussi certaines limites. En effet, les adolescentes de l'échantillon sont âgées de 11 à 18 ans, et 30 % ont moins de 14 ans, ce qui pourrait expliquer qu'une grande partie d'entre elles ne soit pas encore engagée dans des relations sexuelles consentantes et, par ce même fait, dans des CSR. D'autre part, toutes les participantes ont été conservées dans les analyses, y compris celles qui n'ont pas encore eu de relation sexuelle. Ainsi, cela a pu biaiser nos résultats dans la mesure où l'on ne peut pas prédire quels auraient été leurs comportements sexuels. De plus, la généralisation des résultats est limitée par le fait que les participantes sont sélectionnées de façon homogène. Ainsi, il est important de suggérer l'ajout d'un groupe contrôle pour les futures recherches. Enfin, il est important de considérer que les résultats obtenus puissent s'expliquer par d'autres variables qui n'ont pas été prises en compte par la présente recherche.

Pistes pour les futures recherches

Étant donné le faible nombre de participantes engagées dans des relations sexuelles actives, il serait pertinent de suivre ces adolescentes à plus long terme. Cela pourrait permettre de voir si les adolescentes qui ne développent pas de relations sexuelles sont dans une stratégie d'évitement. Aussi, une approche davantage qualitative basée sur des entrevues ouvertes avec les adolescentes permettrait de répondre à la question d'un évitement potentiel. Les études

pourraient également reproduire cette recherche en y incluant d'autres indicateurs de santé sexuelle tels que la contraction d'ITS ou l'utilisation de drogue ou d'alcool lors des relations sexuelles. Par ailleurs, augmenter le nombre de participantes de cette étude serait nécessaire afin de détecter des phénomènes qui sont moins prévalents. Rappelons qu'environ 15 % des hommes seraient victimes d'ASE (Briere & Elliott, 2003), les chercheurs pourraient également examiner l'impact d'une ASE sur la santé sexuelle auprès d'un échantillon composé d'hommes adolescents. Enfin, il serait intéressant de reproduire cette recherche en y ajoutant une population d'adolescents ayant un vécu d'ASE afin de procéder à une analyse comparative entre les deux sexes.

Implications cliniques

La recension des écrits a permis de mettre en lumière que sur le plan de la santé sexuelle, les adolescents victimes d'ASE présenteraient davantage de CSR que des adolescents non victimes. Les résultats de la présente recherche nous montrent que cette donnée semble être amplifiée quand l'agression se produit dans l'environnement intrafamilial de l'enfant et à mesure que la sévérité de l'ASE augmente. D'autre part, le rôle de la mère semble avoir un impact sur au moins un CSR soit dans la prévention de la prostitution. Ainsi, le fait d'intégrer la mère à la thérapie permettrait de soutenir ses efforts pour qu'elle puisse offrir un soutien adéquat qui tient compte des besoins de son enfant. Cela pourrait être bénéfique pour la réussite de la prise en charge thérapeutique. Enfin, l'ASE sévère semble avoir un impact négatif sur le port du condom. Ainsi, il serait nécessaire que la victime d'ASE ait accès à des interventions qui abordent la nécessité de pratiques sexuelles plus sécuritaire. En effet, les victimes d'ASE pourraient tirer avantage de ces interventions visant à les informer sur les conséquences dommageables des CSR comme la possibilité de contracter une ITS ou encore de vivre une grossesse non désirée.

Références

- Anaut, M. (2012). Résilience. In *Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)* (pp. 269-270). Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).
- Anteghini, M., Fonseca, H., Ireland, M., & Blum, R. W. (2001). Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health, 28*(4), 295-302.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 16*(5), 427-454.
- Billette, V., Guay, S., & Marchand, A. (2005). Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle: synthèse des écrits. *Santé mentale au Québec, 30*(2), 101-120.
- Blanchard-Dallaire, C., & Hébert, M. (2014). Social relationships in sexually abused children: Self-reports and teachers' evaluation. *Journal of Child Sexual Abuse, 23*(3), 326-344.
- Bolen, R. M., & Lamb, J. L. (2007). Parental support and outcome in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse, 16*(2), 33-54.
- Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C., & Wright, J. (1995). Nature of coping strategies in conjugal relationships-introduction of a brief version of the ways of coping questionnaire. *Canadian Journal of Behavioural, 27*(3), 371-377.
- Briere, J. N. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Briere, J. N., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children, 54*-69.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect, 27*(10), 1205-1222.
- Campbell, R., Wasco, S. M., Ahrens, C. E., Sefl, T., & Barnes, H. E. (2001). Preventing the "Second rape" rape survivors' experiences with community service providers. *Journal of Interpersonal Violence, 16*(12), 1239-1259.
- Chandy, J. M., Blum, R. W., & Resnick, M. D. (1996). Gender-specific outcomes for sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect, 20*(12), 1219-1231.
- Cyr, M., Wright, J., Toupin, J., Oxman-Martinez, J., Mcduff, P., & Theriault, C. (2002). Les déterminants du soutien maternel offert par les mères à leurs enfants ayant vécu une agression sexuelle récente. *Revue de Psychoéducation et d'Orientation, 31*(2), 319-337.
- Cyrułnik, B. (2001). *Vilains petits canards (Les)*. Paris: Odile Jacob.

- Danielson, C. K., de Arellano, M. A., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Resnick, H. S. (2005). Child maltreatment in depressed adolescents: Differences in symptomatology based on history of abuse. *Child Maltreatment, 10*(1), 37-48.
- Dufour, M. H., Nadeau, L., & Bertrand, K. (2000). Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel: état de la question. *Child Abuse & Neglect, 24*(6), 781-797.
- Elliott, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment, 6*(4), 314-331.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect, 21*(8), 789-803.
- Fernet, M., Hébert, M., Gascon, S., & Lacelle, C. (2011). Agression sexuelle et comportements sexuels à risque à l'adolescence. Dans Hébert, m., Cyr, M., et Tourigny, M. *L'agression sexuelle envers les enfants*, Tome 2, pages 131-170. Montréal, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Filipas, H. H., & Ullman, S. E. (2001). Social reactions to sexual assault victims from various support sources. *Violence and Victims, 16*(6), 673.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*(4), 530.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (2001). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Guilford Press.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Consulting Psychologists Press.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress, 19*(3), 327-338.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(9), 631-636.
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr, et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants*, Tome I (1e éd., p. 149-189). Ste-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Parent, N., Daignault, I. V., & Tourigny, M. (2006). A typological analysis of behavioral profiles of sexually abused children. *Child Maltreatment, 11*(3), 203-216.
- Himelein, M. J., & McElrath, J. A. V. (1996). Resilient child sexual abuse survivors: Cognitive coping and illusion. *Child Abuse & Neglect, 20*(8), 747-758.
- Houck, C. D., Barker, D., Rizzo, C., Hancock, E., Norton, A., & Brown, L. K. (2014). Sexting and sexual behavior in at-risk adolescents. *Pediatrics, 133*(2), e276-e282.

- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding post-traumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Wiley.
- Lacelle, C. (2012). L'état de santé sexuelle de jeunes femmes adultes ayant rapporté une agression sexuelle à l'enfance.
- Lacelle, C., Hébert, M., Lavoie, F., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2012). Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 36(3), 247-259.
- Lavoie, F., Thibodeau, C., Gagné, M. H., & Hébert, M. (2010). Buying and selling sex in Québec adolescents: A study of risk and protective factors. *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1147-1160.
- Leifer, M., Shapiro, J. P., & Kassem, L. (1993). The impact of maternal history and behavior upon foster placement and adjustment in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 17(6), 755-766.
- Lemieux, S. R., & Byers, E. S. (2008). The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. *Psychology of Women Quarterly*, 32(2), 126-144.
- Mayall, A., & Gold, S. R. (1995). Definitional issues and mediating variables in the sexual revictimization of women sexually abused as children. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(1), 26-42.
- Merrill, L. L., Guimond, J. M., Thomsen, C. J., & Milner, J. S. (2003). Child sexual abuse and number of sexual partners in young women: the role of abuse severity, coping style, and sexual functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 987.
- Mishara, B. (1987). Traduction française du ways of coping checklist. *Manuscrit inédit, UQAM*.
- Molitor, F., Ruiz, J. D., Klausner, J. D., & McFarland, William. (2000). History of Forced Sex in Association With Drug Use and Sexual HIV Risk Behaviors, Infection With STDs, and Diagnostic Medical Care Results From the Young Women Survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(3), 262-278.
- Monette, M. C., Tourigny, M., & Daigneault, I. (2008). Facteurs associés aux problèmes de comportement intériorisés et extériorisés chez des adolescentes agressées sexuellement. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 40(1), 31.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 575.
- Parillo, K. M., Freeman, R. C., Collier, K., & Young, P. (2001). Association between early sexual abuse and adult HIV-risky sexual behaviors among community-recruited women. *Child Abuse & Neglect*, 25(3), 335-346.
- Petrak, J., Byrne, A., & Baker, M. (2000). The association between abuse in childhood and STD/HIV risk behaviours in female genitourinary (GU) clinic attendees. *Sexually Transmitted Infections*, 76(6), 457-461.

- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(3), 269-278.
- Raj, A., Silverman, J. G., & Amaro, H. (2000). The relationship between sexual abuse and sexual risk among high school students: Findings from the 1997 Massachusetts Youth Risk Behavior Survey. *Maternal and child Health Journal, 4*(2), 125-134.
- Raj, A., & Silverman, J. G. (2003). Immigrant South Asian women at greater risk for injury from intimate partner violence. *American Journal of Public Health, 93*(3), 435-437.
- Roosa, M. W., Tein, J. Y., Reinholtz, C., & Angelini, P. J. (1997). The relationship of childhood sexual abuse to teenage pregnancy. *Journal of Marriage and the Family, 119*-130.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry, 147*(6), 598-611.
- Senn, T. E., Carey, M. P., & Vanable, P. A. (2008). Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: Evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clinical Psychology Review, 28*(5), 711-735.
- Senn, T. E., & Carey, M. P. (2010). Child maltreatment and women's adult sexual risk behavior: Childhood sexual abuse as a unique risk factor. *Child Maltreatment, 15*(4), 324-335.
- Senn, T. E., Carey, M. P., Vanable, P. A., Coury-Doniger, P., & Urban, M. A. (2006). Childhood sexual abuse and sexual risk behavior among men and women attending a sexually transmitted disease clinic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 720.
- Silverman, J. G., Raj, A., Mucci, L. A., & Hathaway, J. E. (2001). Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. *Jama, 286*(5), 572-579.
- Spaccarelli, S., & Fuchs, C. (1997). Variability in symptom expression among sexually abused girls: Developing multivariate models. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*(1), 24-35.
- Steel, J. L., & Herlitz, C. A. (2005). The association between childhood and adolescent sexual abuse and proxies for sexual risk behavior: A random sample of the general population of Sweden. *Child Abuse & Neglect, 29*(10), 1141-1153.
- Steinhauer, P. D. (1998). Developing resiliency in children from disadvantaged populations. *Determinants of Health, I*, 51-102.
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2002). Abuse, bullying, and discrimination as risk factors for binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*(11), 1902-1907.
- Svedin, C. G., & Priebe, G. (2007). Selling sex in a population-based study of high school seniors in Sweden: Demographic and psychosocial correlates. *Archives of Sexual Behavior, 36*(1), 21-32.
- Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect, 23*(9), 929-945.

- Upchurch, D. M., & Kusunoki, Y. (2004). Associations between forced sex, sexual and protective practices, and sexually transmitted diseases among a national sample of adolescent girls. *Women's Health Issues, 14*(3), 75-84.
- Whitaker, D. J., & Miller, K. S. (2000). Parent-adolescent discussions about sex and condoms impact on peer influences of sexual risk behavior. *Journal of Adolescent Research, 15*(2), 251-273.
- Woo, J. S., & Brotto, L. A. (2008). Original research—Psychology: Age of First Sexual Intercourse and Acculturation: Effects on Adult Sexual Responding. *The journal of sexual medicine, 5*(3), 571-582.
- Wolfe, V., & Birt, J. (1997). *Child Sexual Abuse* (pp. 569-623). I. E. Mash, & L. Terdal (Eds.). Guilford Press.
- Wright, M. O. D., Crawford, E., & Sebastian, K. (2007). Positive resolution of childhood sexual abuse experiences: The role of coping, benefit-finding and meaning-making. *Journal of Family Violence, 22*(7), 597-608.
- Yancey, C. T., & Hansen, D. J. (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior, 15*(6), 410-421.
- Zwickl, S., & Merriman, G. (2011). The association between childhood sexual abuse and adult female sexual difficulties. *Sexual and Relationship Therapy, 26*(1), 16-32.

Tableau 1.*Corrélations entre les stratégies d'adaptation du WCQ et du CASQ*

	WCQ Recherche de soutien social	WCQ Réévaluation positive- Résolution de problèmes	WCQ Distanciation- Évitement
CASQ Résolution de problèmes	,357**	,120	-,122
CASQ Evitement	-,188*	-,086	,216*
CASQ centré sur les émotions	-,224*	-,029	,154

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Tableau 2.*Corrélation entre les indicateurs de santé sexuelle et les facteurs de protection*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Âge de la 1 ^{ère} relation sexuelle consentante impliquant une pénétration										
2. Nombre de partenaires sexuels	,40**									
3. Utilisation du préservatif	,56**	,44**								
4. Vécu de grossesse	,11	,24*	,26**							
5. Vécu de prostitution	,22*	,26**	,25**	,04						
6. Soutien social	,01	,11	,03	-,01	-,12					
7. Soutien maternel	,03	-,16	-,01	-,22*	-,19*	,13				
8. CASQ Résolution de problèmes	-,01	,14	,17	-,10	-,10	,13	,10			
9. CASQ Évitement	,13	,21*	,21*	,10	,20*	,03	-,20*	-		
10. CASQ Centré sur les émotions	,08	,13	,14	,07	,11	,00	-	,10		
							,24**	,04	,35**	

* p ≤ 0,05, ** p ≤ 0,01

Tableau 3.*Régression logistique portant sur les comportements sexuels à risques*

Variables	B	ES	OR	IC 95%	Wald	p
Âge du premier rapport consentant						
Âge de l'adolescent	- 0,33	0,17	0,71	[0,51 - 1,003]	3,78	0,05*
Note. R2 = 0,04 (Cox & Snell), 0,50 (Nagelkerke). Modèle X2(4) = 133,86, p < 0,001.						
Nombre de partenaires sexuels						
Âge de l'adolescent	0,26	1,68	1,30	[0,88 - 1,92]	1,68	0,19*
Intra / extra familial	-1,75	4,99	0,17	[0,04 - 0,81]	4,99	0,03*
Note. R2 = 0,10 (Cox & Snell), 0,14 (Nagelkerke). Modèle X2(5) = 108,48, p < 0,001.						
Utilisation du condom						
Âge de l'adolescent	0,28	0,18	1,33	[0,93 - 1,90]	2,40	0,12*
Sévérité de l'agression	1,15	0,60	3,16	[0,96 - 10,34]	3,61	0,06
Note. R2 = 0,06 (Cox & Snell), 0,09 (Nagelkerke). Modèle X2(4) = 123,05, p < 0,001.						
Grossesse						
Âge de l'adolescent	1,01	0,36	2,74	[1,36 - 5,52]	7,99	0,005**
Note. R2 = 0,10 (Cox & Snell), 0,20 (Nagelkerke). Modèle X2(6) = 62,42, p < 0,001.						
Prostitution						
Âge de l'adolescent	-0,06	0,26	0,94	[0,56 - 1,56]	0,06	0,80
Soutien maternel	-0,15	0,07	0,86	[0,74 - 0,99]	4,59	0,03*
Note. R2 = 0,04 (Cox & Snell), 0,80 (Nagelkerke). Modèle X2(5) = 69,17, p < 0,001.						

* p ≤ 0,05, ** p ≤ 0,01

Conclusion

Les résultats de ce mémoire confirment que l'ASE représente un enjeu majeur de santé publique. En effet, les données issues de la présente recherche rapportent que les adolescentes victimes d'ASE sont susceptibles de présenter des conséquences néfastes sur leur santé sexuelle. Plus précisément, elles sont plus nombreuses à pratiquer des CSR tels que la précocité dans l'âge des premières relations sexuelles, la multiplication des partenaires sexuels, l'utilisation non systématique du condom qui augmente les risques de vivre une grossesse précoce, des activités sexuelles en échange de biens ou d'argent et la prostitution.

Les résultats de cette présente recherche ont permis d'identifier l'aspect novateur du soutien maternel pour prévenir les comportements en lien avec la prostitution. En effet, les adolescentes victimes d'ASE ont tendance à moins s'engager dans des comportements en lien avec la prostitution si elles perçoivent un soutien maternel approprié. D'autre part, les données indiquent que les adolescentes ayant été victimes d'une ASE dans leur environnement intra familial rapportent un plus grand nombre de partenaires sexuels. De plus, la sévérité de l'ASE pourrait contribuer à prédire l'engagement des victimes dans des rapports sexuels non protégés.

Ce mémoire apporte donc quelques pistes de réflexion concernant les facteurs de protection et les facteurs de risque en lien avec la santé sexuelle des adolescentes. Toutefois, en raison du fait que plus du quart de l'échantillon de l'étude n'avait encore jamais eu de relations sexuelles consentantes, il convient d'interpréter ces résultats avec prudence.

Sur le plan de la clinique, les résultats de ce mémoire suggèrent la nécessité de proposer aux adolescentes des interventions en éducation sexuelle ainsi que des programmes de prévention qui ciblent la nécessité des pratiques sexuelles plus sécuritaires visant à informer les victimes d'ASE sur les conséquences négatives des CSR comme le risque accru

de contracter une ITS ou de vivre une grossesse non désirée. Enfin, concernant la prise en charge thérapeutique, l'idée d'intégrer la mère dans la thérapie dans le but de soutenir ses efforts, pourrait être bénéfique pour le rétablissement de son enfant.

Références

- Anaut, M. (2012). Résilience. In *Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)* (pp. 269-270). Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).
- Anteghini, M., Fonseca, H., Ireland, M., & Blum, R. W. (2001). Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health, 28*(4), 295-302.
- Billette, V., Guay, S., & Marchand, A. (2005). Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle: synthèse des écrits. *Santé mentale au Québec, 30*(2), 101-120.
- Blanchard-Dallaire, C., & Hébert, M. (2014). Social relationships in sexually abused children: Self-reports and teachers' evaluation. *Journal of Child Sexual Abuse, 23*(3), 326-344.
- Bolen, R. M., & Lamb, J. L. (2007). Parental support and outcome in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse, 16*(2), 33-54.
- Berliner, L. (2011). Child sexual abuse: Definitions, prevalence, and consequences. *The APSAC Handbook on Child Maltreatment, 215-232*.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect, 27*(10), 1205-1222.
- Cyr, M., Wright, J., Toupin, J., Oxman-Martinez, J., McDuff, P., & Theriault, C. (2002). Les déterminants du soutien maternel offert par les mères à leurs enfants ayant vécu une agression sexuelle récente. *Revue de Psychoéducation et d'Orientation, 31*(2), 319-337.
- Dufour, M. H., Nadeau, L., & Bertrand, K. (2000). Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel: état de la question. *Child Abuse & Neglect, 24*(6), 781-797.
- Elliott, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment, 6*(4), 314-331.
- Fernet, M., Hébert, M., Gascon, S., & Lacelle, C. (2011). Aggression sexuelle et comportements sexuels à risque à l'adolescence. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (eds.) *L'agression sexuelle envers les enfants*, tome 2, pages 131-170. Montréal, Qc : Presses de l'Université du Québec.
- Filipas, H. H., & Ullman, S. E. (2001). Social reactions to sexual assault victims from various support sources. *Violence and Victims, 16*(6), 673.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*(4), 530.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (2001). *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Guilford Press

- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839.
- Hacker, K. A., Suglia, S. F., Fried, L. E., Rappaport, N., & Cabral, H. (2006). Developmental differences in risk factors for suicide attempts between ninth and eleventh graders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(2), 154-166.
- Hébert, M., Parent, N., Daignault, I. V., & Tourigny, M. (2006). A typological analysis of behavioral profiles of sexually abused children. *Child Maltreatment*, 11(3), 203-216.
- Houck, C. D., Barker, D., Rizzo, C., Hancock, E., Norton, A., & Brown, L. K. (2014). Sexting and sexual behavior in at-risk adolescents. *Pediatrics*, 133(2), e276-e282.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V., & Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299.
- Lacelle, C. (2012). L'état de santé sexuelle de jeunes femmes adultes ayant rapporté une agression sexuelle à l'enfance.
- Lacelle, C., Hébert, M., Lavoie, F., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2012). Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 36(3), 247-259.
- Leifer, M., Shapiro, J. P., & Kassem, L. (1993). The impact of maternal history and behavior upon foster placement and adjustment in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 17(6), 755-766.
- London, K., Bruck, M., Wright, D. B., & Ceci, S. J. (2008). Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. *Memory*, 16(1), 29-47.
- McCaskill, J. W., & Lakey, B. (2000). Perceived support, social undermining, and emotion: Idiosyncratic and shared perspectives of adolescents and their families. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(7), 820-832.
- MacMillan, H. L., Jamieson, E., & Walsh, C. A. (2003). Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: results from a community survey. *Child Abuse & Neglect*, 27(12), 1397-1408.
- Merrill, L. L., Guimond, J. M., Thomsen, C. J., & Milner, J. S. (2003). Child sexual abuse and number of sexual partners in young women: the role of abuse severity, coping style, and sexual functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 987.
- Newman, M. G., Clayton, L., Zuellig, A., Cashman, L., Arnow, B., Dea, R., & Taylor, C. B. (2000). The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization. *Psychological Medicine*, 30(05), 1063-1077.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 575.

- Parillo, K. M., Freeman, R. C., Collier, K., & Young, P. (2001). Association between early sexual abuse and adult HIV-risky sexual behaviors among community-recruited women. *Child Abuse & Neglect*, 25(3), 335-346.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Raj, A., Silverman, J. G., & Amaro, H. (2000). The relationship between sexual abuse and sexual risk among high school students: Findings from the 1997 Massachusetts Youth Risk Behavior Survey. *Maternal and Child Health Journal*, 4(2), 125-134.
- Senn, T. E., Carey, M. P., & Vanable, P. A. (2008). Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: Evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 711-735.
- Senn, T. E., & Carey, M. P. (2010). Child maltreatment and women's adult sexual risk behavior: Childhood sexual abuse as a unique risk factor. *Child Maltreatment*, 15(4), 324-335.
- Steel, J. L., & Herlitz, C. A. (2005). The association between childhood and adolescent sexual abuse and proxies for sexual risk behavior: A random sample of the general population of Sweden. *Child Abuse & Neglect*, 29(10), 1141-1153.
- Svedin, C. G., & Priebe, G. (2007). Selling sex in a population-based study of high school seniors in Sweden: Demographic and psychosocial correlates. *Archives of Sexual Behavior*, 36(1), 21-32.
- Tourigny, M., Gagné, M. H., Joly, J., & Chartrand, M. È. (2006). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 109-113.
- Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M., & Baril, K. (2008). Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32(4), 331-335.
- Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 929-945.
- Upchurch, D. M., & Kusunoki, Y. (2004). Associations between forced sex, sexual and protective practices, and sexually transmitted diseases among a national sample of adolescent girls. *Women's Health Issues*, 14(3), 75-84.
- Wolfe, V.V. (2007). *Child Sexual Abuse*. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Assessment of childhood disorders* (4th ed.) (pp. 685-748). New York, NY: Guilford Press
- Zwickl, S., & Merriman, G. (2011). The association between childhood sexual abuse and adult female sexual difficulties. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(1), 16-32.