

Université de Montréal

**L'examen médical à la suite d'une agression sexuelle : qui sont les enfants qui en
bénéficient**

par

Valérie Guertin

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

Août 2013

© Valérie Guertin, 2013

Sommaire

À la suite du dévoilement d'une agression sexuelle, l'examen médical est l'une des étapes importantes qui sont recommandées pour les enfants victimes, mais seulement certains d'entre eux le complètent. L'objectif de la présente étude est de vérifier si les enfants qui font l'examen anogénital à la suite du dévoilement d'agression sexuelle sont différents de ceux qui n'en font pas ainsi que de documenter les variables, notamment les caractéristiques de l'enfant, de la famille, de l'agresseur et de l'agression, qui pourraient prédire le fait de compléter cet examen. L'échantillon est composé de 211 enfants âgés de 6 à 13 ans recevant des services au Centre d'expertise Marie-Vincent. Une régression logistique binaire révèle que l'absence d'emploi de la mère (RC = 6,15), être victime d'une agression sexuelle très sévère (RC = 6,02), être victime d'un agresseur adulte (RC = 3,43) et provenir d'une famille monoparentale (RC = 2,89) contribuent à prédire si l'examen anogénital est réalisé ou pas à la suite du dévoilement. Les résultats confirment que les enfants complètent l'examen surtout afin de trouver des éléments de preuves et que parmi ceux qui pourraient en bénéficier pour leur bien-être, plusieurs ne sont pas rencontrés.

Mots-clés : Examen anogénital, preuves médicales, intégrité physique, agression sexuelle, enfants, centre d'appui aux enfants

Abstract

Following the disclosure of sexual assault, the medical examination is one of the most important steps recommended for child victims, but only some of them undergo the examination. The objective of this study was to determine whether children who undergo an anogenital examination following a disclosure of sexual assault are different than those who do not, as well as to document the variables, particularly, the characteristics of the child, the family, the aggressor and the assault, that could predict whether or not an anogenital examination is conducted. The study group was composed of 211 children within between the ages of 6 to 13 years old receiving services at the Centre d'expertise Marie-Vincent. A binary logistic regression reveals that when the mother is unemployed (RC = 6.15), being a victim of a very violent sexual assault (RC = 6.02), being a victim of an adult aggressor (RC = 3.43) and coming from a single-parent family (RC = 2.89) contribute to predicting if the anogenital exam is given or not following the disclosure. Results confirm that the primary goal of the anogenital examination is to find elements of proof and that many children who could benefit from this test for their wellbeing are not being examined.

Keywords : Anogenital exam, medical findings, bodily integrity, sexual abuse, child, Child Advocacy Center

Table des matières

Sommaire	iii
Abstract	iv
Liste des tableaux.....	vi
Liste des abréviations.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	10
Services spécialisés et Centre d'appui aux enfants	11
L'examen anogénital.....	12
Objectif de recherche	14
Article 1	16
Résumé.....	18
Abstract	19
Recherche de preuves	20
Intégrité physique de l'enfant.....	24
Objectifs	27
Méthode.....	28
Participants	28
Instruments de mesure.....	29
Procédure.....	30
Résultats	30
Discussion	31
Facteurs prédictifs de l'examen médical	34
Forces et limites de la présente étude	36
Pistes de recherches futures.....	37
Implications cliniques.....	38
Références	40
Conclusion	48
Références.....	51

Liste des tableaux

Tableau 1

Caractéristiques de la victime, de la famille, de l'agresseur et de l'agression en fonction de l'examen anogénital	41
---	----

Tableau 2

Régression logistique binaire prédisant l'examen anogénital	43
---	----

Liste des abréviations

AS	Agression sexuelle
CEMV	Centre d'expertise Marie-Vincent
<i>ÉT</i>	Écart-type
<i>M</i>	Moyenne
<i>RC</i>	Rapport de cote

Remerciements

Au cours de ces deux dernières années, plusieurs personnes m'ont soutenue dans la réalisation de ce mémoire et il m'apparaît essentiel de prendre quelques lignes pour les remercier.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Mireille Cyr qui, depuis le début, a su me soutenir et me motiver à repousser mes limites. Son ouverture, sa rigueur, son énergie et sa patience m'ont beaucoup inspirée durant ces deux dernières années. Merci aussi à Martine Hébert pour ses commentaires constructifs ainsi qu'à Pierre McDuff, pour ses précieux conseils statistiques.

Je tiens également à remercier mes collègues de laboratoire : Agnès Alonzo-Proulx, Mélanie Corneau, Noémie Nociti Dubois, Karine Gagnon, Jonathan Lafontaine, Valérie Mercier et Laurence Séguin-Brault qui par leurs nombreux conseils et leur joie de vivre ont rendu cette expérience agréable et enrichissante.

Je remercie 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 ainsi que le département de psychologie de l'Université de Montréal, qui m'ont offert un soutien financier qui m'a permis de me concentrer sur la rédaction de ce mémoire.

Je tiens à exprimer ma gratitude à mon père René et à ma mère Ginette qui, malgré la distance, ont toujours été présents pour m'écouter et m'encourager. Votre soutien m'a poussée à continuer malgré les épreuves et à me rendre où je suis aujourd'hui. Par le fait même, je remercie mes proches, amis et belle-famille pour leur grande compréhension et leurs nombreux encouragements tout au long de ces dernières années.

Enfin, un merci tout spécial à l'homme de ma vie, Louis-Philippe. Merci d'avoir continué à croire en moi tout au long de ces dernières années. Merci d'être aussi patient, compréhensif et attentionné avec moi. Merci de toujours m'encourager et de me faire rire dans les moments difficiles. Bref, merci d'enseigner mes journées depuis toutes ces années.

Introduction

L'agression sexuelle (AS) chez les enfants est maintenant considérée comme un problème de santé publique très sérieux étant donné les résultats obtenus en ce qui concerne son incidence et sa prévalence dans la population générale. Au Québec, de 1998 à 1999, le taux annuel d'enfants victimes d'agression sexuelle dont le cas a été jugé fondé par les intervenants de la Direction de la protection de la jeunesse était de 0,9 enfant sur 1 000, ce qui représente 1 529 enfants (Tourigny, Mayer, Hélie, Wright et Trocmé, 2001). De plus, selon deux études portant sur la prévalence de l'AS au Québec, environ 10% des hommes et 20% des femmes rapportent avoir été victimes d'agression sexuelle durant l'enfance (Tourigny, Gagné, Joly & Chartrand, 2006; Tourigny, Hébert, Joly, Cyr, & Baril, 2008). Selon plusieurs chercheurs, ces taux d'incidence et de prévalence seraient sous-estimés et ne représenteraient qu'une faible proportion des victimes d'agression sexuelle. En effet, les résultats d'une méta-analyse totalisant près de 10 millions de participants révèlent que les taux de prévalence sont 30 fois plus élevés lorsqu'ils sont auto-rapportés plutôt que rapportés par les autorités (Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser et Bakermans-Kranenburg, 2011). Ces résultats permettent de supposer qu'il en est de même pour les taux annuels d'incidence rapportés par les autorités.

L'agression sexuelle entraîne de nombreuses conséquences au plan psychologique, physique et sexuel chez les enfants qui en sont victimes (Berliner, 2011). Ces difficultés peuvent d'ailleurs perdurer jusqu'à l'âge adulte (Briere & Elliot, 2003). Il a été démontré que les enfants victimes d'AS sont plus susceptibles de souffrir de troubles intériorisés (p. ex., symptômes d'anxiété et de dépression, troubles somatiques) et de troubles extériorisés (p. ex., troubles de conduite, agressivité, problèmes d'adaptation en milieu scolaire) que les enfants

qui n'ont pas subi d'AS (Berliner, 2011; Briere, & Elliot, 2001; Daigneault & Hébert, 2004, 2009; Hébert, Tremblay, Parent, Daigneault, & Piché, 2006; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). Selon Berliner (2011), l'enfant victime d'AS peut aussi entretenir certaines croyances (p. ex., qu'il ne peut pas faire confiance à personne) qui peuvent interférer avec son processus normal de développement. À plus long terme, les adultes ayant été victimes d'AS dans leur enfance sont plus susceptibles de vivre une dépression, de faire des tentatives de suicide, de s'automutiler, de rapporter des conflits conjugaux ainsi que d'avoir des symptômes de l'état de stress post-traumatique et de dissociation (Boudewyn & Liem, 1995; Dube et al., 2005; Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009; Sedney & Brooks, 1984; Walrath, Ybarra, Sheenan, Holden, & Burns, 2006). Ces données soulignent ainsi l'importance que les enfants victimes d'AS reçoivent des services spécialisés à la suite du dévoilement dans le but de diminuer les symptômes présents et la possibilité d'en développer dans le futur.

Services spécialisés et Centre d'appui aux enfants

Lorsqu'un enfant dévoile avoir été victime d'une agression sexuelle, les Services de protection de l'enfance mettent plusieurs ressources à sa disposition afin d'assurer sa sécurité. Parmi les services offerts à l'enfant, on retrouve habituellement l'enquête policière, l'évaluation du besoin de protection de l'enfant par le Directeur de la protection de la jeunesse, l'évaluation médicale et l'intervention psychosociale. La façon de procéder des Services de protection de l'enfance a souvent été critiquée (Smith, Witte, Fricker-Elhai, 2006; Zellman & Fair, 2002). L'absence de communication entre les divers intervenants est l'une des principales critiques faites à ce système puisqu'elle multiplie le nombre d'interventions réalisées auprès de l'enfant. En racontant son récit de nombreuses fois, l'enfant peut revivre le trauma de l'AS (Berliner & Conte, 1995; Henry, 1997) et en venir à modifier son discours par peur

d'avoir mal répondu aux questions la première fois (Ceci & Bruck, 1993). Par conséquent, dans le but d'améliorer les services offerts aux enfants victimes d'AS et de diminuer leur niveau de stress, un nouveau modèle a été mis en place en 1985, soit les Centres d'appui aux enfants (Smith et al., 2006). En 2007, on retrouvait plus de 650 de ces Centres à travers les États-Unis (National Children's Alliance, 2007), mais à ce jour un seul est disponible au Québec, soit le Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV) à Montréal.

Celui-ci offre sous un même toit des services spécifiquement adaptés aux besoins des jeunes victimes d'AS et de leurs proches, et ce dans un milieu chaleureux et sécurisant. Une équipe multidisciplinaire composée de médecins, de policiers, de travailleurs sociaux, de sexologues et de psychologues permet d'offrir des services intégrés et continus à la famille. De cette façon, la victime n'a pas à répéter son récit plusieurs fois ni à se déplacer d'un endroit à l'autre pour rencontrer les divers professionnels. La présente recherche s'est déroulée au CEMV afin de recueillir, en sollicitant la participation des parents et des enfants fréquentant ce centre, des informations concernant leur rencontre avec le médecin et l'infirmière.

L'examen anogénital

Parmi les mesures qui sont mises en place afin de veiller à la sécurité et au développement de l'enfant, on retrouve l'examen anogénital. Celui-ci a pour but de déceler la présence d'infections transmises sexuellement, de diagnostiquer et traiter les traumatismes génitaux lorsque nécessaire, ainsi que de rassurer le parent et l'enfant quant à l'intégrité physique de celui-ci (Allard-Dansereau & Frappier, 2011; Davies & Seymour, 2001). Au Québec, le médecin n'est habituellement pas le premier intervenant à rencontrer la victime, ce qui lui permet d'avoir accès aux informations recueillies précédemment par les intervenants des domaines social et judiciaire (Allard Dansereau & Frappier, 2011). Lors de la visite médicale,

le médecin peut toutefois poser certaines questions à l'enfant à propos de son agression dans le but d'obtenir des informations qui ne se retrouvent pas au dossier et qui lui permettront d'orienter son examen.

L'examen médical ne consiste pas seulement à examiner la région génito-anale de l'enfant. Le médecin commence plutôt par faire un examen général de ce dernier, ce qui permet de diminuer les effets négatifs potentiels de l'examen chez l'enfant en plus de s'assurer que celui-ci n'a aucune trace de maltraitance sur son corps (agression physique et négligence). L'examen de la région génito-anale consiste quant à elle à examiner les parties génitales externes de l'enfant à l'aide d'une source lumineuse afin que l'examen soit le moins intrusif possible pour l'enfant.

Il est toutefois important de bien distinguer l'examen anogénital de la trousse médico-légale. Au Québec, celle-ci est utilisée seulement lorsque les derniers gestes sexuels remontent à cinq jours ou moins et qu'il y a eu un contact possible avec le sang, la salive, le sperme ou les sécrétions génitales de l'agresseur (Allard-Dansereau & Frappier, 2011). Le but de cette trousse est donc d'essayer de trouver des preuves d'AS par le biais de prélèvements médico-légaux. Par conséquent, le contexte de l'examen est différent lorsqu'il y a utilisation de la trousse médico-légale puisque l'examen est fait d'urgence plutôt que sur rendez-vous avec un médecin spécialisé pour les AS.

L'examen anogénital a donc une fonction plus large que seulement la recherche de preuves, puisqu'il est habituellement peu probable d'en trouver chez les enfants lors de l'examen. Ainsi, l'examen médical vise plutôt à rassurer l'enfant et son parent. Les autres bienfaits qu'apporte cet examen aux enfants soupçonnés d'avoir été agressés sexuellement ont aussi été démontrés à plusieurs reprises (Marks, Lamb & Tzioumi, 2009). Notamment, le

dépistage et le traitement des ITSS lorsque cela est indiqué, la prévention de la grossesse chez les enfants pubères ainsi que l'établissement des besoins de protection et de suivi de l'enfant (Allard-Dansereau & Frappier, 2011). Par conséquent, l'examen médical devrait être recommandé pour tous les enfants, mais dans les faits, seulement certains d'entre eux le complètent à la suite du dévoilement d'AS.

Objectif de recherche

Jusqu'à maintenant, il n'y a que très peu d'études qui se sont intéressées au nombre d'enfants qui complètent l'examen médical à la suite du dévoilement d'AS et celles portant sur les caractéristiques de ces enfants sont encore plus limitées. La présente étude a donc comme objectif de vérifier si les enfants qui font l'examen anogénital sont différents de ceux qui n'en font pas, ainsi que de documenter les variables, notamment les caractéristiques de l'enfant, de l'agresseur et de l'agression, qui pourraient influencer le fait de compléter cet examen. En se basant sur les études antérieures qui portent sur l'examen anogénital, les hypothèses suggérées sont les suivantes : 1) Les filles feront significativement plus d'examens anogénitaux que les garçons, 2) Les enfants victimes d'AS considérée comme étant très sévère feront significativement plus d'examens anogénitaux que ceux victimes d'AS sévère ou moins sévère, 3) Les enfants plus jeunes feront significativement plus d'examens anogénitaux que les enfants plus vieux, 4) Les enfants victimes d'AS extrafamiliale feront significativement plus d'examens anogénitaux que les enfants victimes d'AS intrafamiliale.

La première auteure a contribué à la conceptualisation de l'étude, à la recension des écrits, à la création de la base de données, 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 la rédaction de cet article.

Article 1

Portrait des enfants qui font l'examen anogénital à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle

Titre courant : FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE L'EXAMEN MÉDICAL

Portrait des enfants qui font l'examen anogénital à la suite du
dévoilement d'une agression sexuelle

Valérie Guertin, Mireille Cyr

Université de Montréal

et Martine Hébert

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 à la deuxième et troisième auteur de même que de la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants dont elles sont co-titulaires. La première auteure a bénéficié du soutien financier du CRIPCAS et de la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants sous forme de bourse d'études.

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

Résumé

Les bienfaits qu'apporte l'examen anogénital aux enfants agressés sexuellement ont été démontrés à plusieurs reprises, mais malgré cela, certains enfants ne complètent pas l'examen anogénital à la suite du dévoilement et de l'enquête policière. L'objectif de la présente étude est de vérifier si les enfants qui font l'examen anogénital à la suite du dévoilement d'agression sexuelle sont différents de ceux qui n'en font pas ainsi que de documenter les variables, notamment les caractéristiques de l'enfant, de la famille, de l'agresseur et de l'agression, qui pourraient prédire le fait de compléter l'examen. L'échantillon est composé de 211 enfants âgés de 6 à 13 ans recevant des services au centre d'appui aux enfants. Une régression logistique binaire révèle que l'absence d'emploi de la mère (RC = 6,15), être victime d'une AS très sévère (RC = 6,02), être victime d'un agresseur adulte (RC = 3,43) et provenir d'une famille monoparentale (RC = 2,89) contribuent à prédire si l'examen anogénital est réalisé ou pas à la suite du dévoilement. Les résultats confirment que les enfants complètent l'examen surtout afin de trouver des éléments de preuves et que parmi ceux qui pourraient en bénéficier pour leur bien-être, plusieurs ne sont pas rencontrés.

Mots-clés : Examen anogénital, preuves médicales, intégrité physique, agression sexuelle, enfants

Abstract

The benefits brought by the anogenital examination for children sexually abused have been repeatedly demonstrated, but despite this, some children do not complete the anogenital examination after the police investigation. The objective of this study was to determine whether children who undergo an anogenital examination following a disclosure of sexual assault are different than those who do not, as well as to document the variables, particularly, the characteristics of the child, the family, the perpetrator and the assault, that could predict whether or not an anogenital examination is conducted. The study group was composed of 211 children within between the ages of 6 to 13 years old receiving services at a Child Advocacy Center. A binary logistic regression reveals that when the mother is unemployed (RC = 6.15), being a victim of a very violent sexual assault (RC = 6.02), being a victim of an adult perpetrator (RC = 3.43) and coming from a single-parent family (RC = 2.89) contribute to predicting if the anogenital exam is given or not following the disclosure. Results confirm that the primary goal of the anogenital examination is to find elements of proof and that many children who could benefit from this test for their wellbeing are not being examined.

Keywords : Anogenital exam, medical findings, sexual abuse, child

Portrait des enfants qui font l'examen anogénital à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle

Parmi les étapes qui sont suggérées aux enfants à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle (AS), l'examen médical en est une importante. Le médecin travaille en collaboration avec les divers intervenants au dossier et contribue ainsi, par la mise en commun des informations, à la sécurité de l'enfant. Puisqu'il y a rarement de témoins lors d'une AS, les seules informations dont on dispose proviennent du discours de l'enfant et parfois du présumé agresseur (Bays, & Chadwick, 1993; Faller, 1996; Poole & Lamb, 1998). Ainsi, lorsque l'enfant n'est pas en mesure d'expliquer ce qui s'est passé, soit parce qu'il est trop effrayé ou que ses capacités langagières ne sont pas assez développées, le procureur se voit contraint de se baser sur les preuves physiques. En ce sens, des recherches suggèrent que la raison principale pour qu'un procureur ne prenne pas en charge certains cas est l'absence de preuves physiques (Bradshaw & Marks, 1990; Gray, 1993; Spears & Spohn, 1996), ce qui signifie que ce sont les résultats de l'examen médical qui prédisent l'issue de certaines enquêtes (Conte, Sorenson, Fogarty, & Roas, 1991; Cross, De Vos, & Whitcomb, 1994; Cross, Whitcomb, & De Vos, 1995; De Jong & Rose, 1991; Heger, Ticson, Velasquez, & Bernier, 2002; Palusci, Cox, Cyrus, Heartwell, Vandervort, & Pott, 1999). Dans ce contexte, l'examen est fait principalement dans le but de trouver des preuves physiques et ainsi être en mesure de démontrer la culpabilité de l'agresseur.

Recherche de preuves

Depuis 1979, plusieurs recherches ont porté sur les preuves physiques d'AS trouvées lors de l'examen médical (Orr & Prietto, 1979). À la fin des années 1980, le taux d'examens anormaux était supérieur à 80% (Cantwell, 1983; Hobbs & Wynne, 1987), mais celui-ci a

ensuite diminué au fil du temps (Adams, 2001). Selon Adams (2008), cette diminution peut être expliquée par l'évolution marquée des connaissances médicales. Ainsi, des anomalies qui étaient auparavant considérées comme des preuves spécifiques d'une AS sont aujourd'hui reconnues comme étant non spécifiques. Cela signifie qu'il arrive à certains médecins de confondre des variantes de la norme avec des lésions consécutives à une AS. En effet, ce ne sont pas tous les médecins qui sont familiers avec la problématique de la maltraitance, dont les AS font parties (Allard Dansereau & Frappier, 2011; De Jong, & Finkel, 1990; Hibbard, 1998). Le domaine de la maltraitance est d'ailleurs reconnu, depuis peu, comme une sous spécialité de la pédiatrie aux États-Unis. L'évolution considérable au fil des dernières années de ce champ de compétence justifierait en partie pourquoi la définition d'anomalies génitales diffère d'une étude à l'autre et qu'il y ait autant de variance dans les taux d'examens anormaux obtenus (Adams, 2008). Outre la définition d'anomalies, plusieurs facteurs ont été examinés en lien avec le fait d'obtenir des preuves, notamment la présence d'une preuve corroborant l'AS (p. ex., présence d'un témoin ou aveu de l'agresseur), la sévérité de l'AS, les caractéristiques de l'enfant et le délai entre l'AS et l'examen médical.

Dans le domaine des agressions sexuelles, il est rare de pouvoir disposer de preuves qui permettent de corroborer le témoignage de l'enfant. Une étude réalisée auprès de 236 enfants pour laquelle l'AS a été confirmée soit par l'aveu de l'agresseur ou par la présence d'un témoin, a relevé des examens anormaux dans 14% des cas (Adams, Harper, Knudson, & Revilla, 1994). Deux études similaires ont plutôt rapporté des taux d'examens anormaux de 45% (Muram, 1989) et de 23% (De Jong & Rose, 1991), mais il est important de tenir compte du fait que la définition d'anomalie ainsi que le type d'examen conduit diffèrent dans ces trois études.

En ce qui concerne la sévérité de l'AS, même lorsque l'AS est jugée comme sévère, par exemple les cas où il y a eu pénétration vaginale ou anale, le taux d'anomalies trouvé lors de l'examen est seulement de 5,5% versus 1,7% chez ceux qui nient la pénétration (Heger et al., 2002).

D'autres recherches ont démontré que les jeunes enfants, les garçons, les victimes d'agresseurs âgés de moins de 15 ans ainsi que les victimes d'agression intrafamiliale sont moins susceptibles d'avoir des blessures anogénitales (Christian, Lavelle, De Jong, Loisselle, Brenner, & Joffe, 2000; Enos, Conrath, & Byer, 1986; Heger et al., 2002; Holmes & Slap, 1998). Ce dernier résultat pourrait s'expliquer par le fait que la relation de l'enfant avec l'agresseur influence le niveau de sévérité de l'AS (Heger et al., 2002). Ainsi, les parents biologiques sont moins susceptibles de s'engager dans une AS sévère que les beaux-parents, les membres de la famille éloignée et les étrangers.

Pour ce qui est du délai entre l'AS et l'examen médical, une recherche de Palusci, Cox, Shatz et Schultze (2006) a démontré que les enfants ayant fait l'examen d'urgence obtiennent plus d'examens positifs que ceux pour qui il y avait un délai entre la dernière agression et l'examen médical (13,2% vs. 3,8%). Des chercheurs ont conclu que s'il y avait eu un délai entre l'AS et l'examen dans les cas où des preuves d'AS ont été trouvées, les blessures auraient eu le temps de guérir et la preuve aurait ainsi été perdue (Heger et al., 2002). Il en est de même pour les blessures non spécifiques, telles que les bleus, puisqu'elles peuvent guérir rapidement et ne plus être détectables plus de 5 jours après l'événement (Finkel, 1989; Hibbard, 1998; McCann, Voris, & Simon, 1992). Il est donc reconnu que lorsque l'examen médical est fait dans le but de trouver des preuves, celui-ci doit être fait dans les plus brefs délais. Toutefois, les recherches disponibles (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009 ;

Tourigny, Hébert, Joly, Cyr, & Baril, 2008) indiquent qu'il est peu fréquent que le dévoilement se fasse dans les 72 heures suivant l'AS. Ainsi, plusieurs enfants risquent de ne pas compléter l'examen.

L'étude de Seidel, Elvik, Berkowitz, et Day (1986) a permis d'analyser 26 000 rapports d'enfants vus à l'urgence pour diverses plaintes non spécifiques aux AS, telles que des douleurs abdominales et des problèmes de constipation. En complétant un examen médical sur chaque enfant, dans le but de vérifier leur état de santé général, les professionnels médicaux ont découvert 57 cas d'enfants victimes d'AS qui étaient jusqu'à ce moment insoupçonnés. De plus, Adams et Wells (1993) ont trouvé que dans certaines circonstances, il est possible que des blessures, bien que guéries, soient toujours évidentes jusqu'à un an après l'AS. Ces résultats montrent que peu importe le délai entre l'AS et le dévoilement ou les faibles probabilités de trouver des preuves d'AS sur la victime, il est important que chaque enfant soit examiné puisqu'il est possible que ce dernier subisse encore physiquement et mentalement les effets du traumatisme. L'examen leur permet ainsi de recevoir les soins nécessaires et d'être référés au besoin.

Malgré les variations présentes en ce qui concerne les taux d'examens anormaux, il demeure que selon la plupart des études, des anomalies sont trouvées dans moins de 5% des cas et que la grande majorité des examens médicaux est considérée comme étant normale (Adams, et al., 1994; Anderst, Kellogg, & Jung, 2009; Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, Akman, & Cassavia, 1992; Berenson, Chacko, Wiemann, Mishaw, Friedrich, & Grady, 2000; De Jong & Rose, 1989; Finkel & De Jong, 1994; Girardet et al., 2011; Heger et al., 2002; Kerns & Ritter, 1992; Muram, 1989; Palusci et al., 2006; Sapp & Vandeven, 2005; Trickett & McBride-Chang, 1995).

Tous ces résultats démontrent que peu importe la sévérité de l'AS, la présence d'une preuve corroborant l'AS, les caractéristiques de l'enfant ou le délai entre l'AS et l'examen, les chances de trouver des preuves physiques lors de l'examen médical sont très faibles. Par ailleurs, l'examen médical a aussi pour but de rassurer les enfants quant à leur intégrité physique et de ce fait devrait être complété par tous les enfants.

Intégrité physique de l'enfant

Parmi les objectifs de l'examen médical, on y retrouve une fonction thérapeutique qui consiste à rassurer la victime et ses parents quant au bien-être physique de l'enfant (Adams et al., 2007; Britton, 1998; Christian, 2011; Hanson et al., 2001; Heger, 1996; Heger & Emans, 1992; Heger et al., 2002; Holmes, 1995; Hornor, Scribano, Curran, Stevens, & Roda, 2009; Jenny, 2002; Kerns, Terman, & Larson, 1994; Marks, Lamb, & Tzioumi, 2009; Muram, 1989). À la suite d'une AS, les enfants et leurs parents sont souvent très anxieux en ce qui concerne la santé présente et future de la victime et l'examen permet ainsi d'aborder avec eux leurs inquiétudes et de les rassurer quant à la condition physique de l'enfant. En ce sens, l'examen devrait être considéré comme une urgence familiale plutôt qu'une urgence médicale (Lauritsen, Meldgaard, & Charles, 2000; Christian, 2011).

Les experts suggèrent que tous les enfants présumés victimes d'AS devraient faire l'examen médical, et ce même lorsqu'il y a peu de chances de trouver des preuves ou que les probabilités que l'enfant ait besoin de traitement physique soient faibles (Adams et al., 2007; De Jong & Rose, 1989; Blake & McGregor, 1999 ; Finkel & De Jong, 2001 ; Emans, 1988 ; Heger, 1996 ; Kerns et al., 1994). Ainsi, le fait de rassurer l'enfant quant à son intégrité corporelle et d'aborder les diverses préoccupations de la famille avec eux sont suffisants pour justifier la nécessité de faire l'examen.

Jusqu'à maintenant, il n'y a toutefois qu'un nombre très limité d'études qui se sont intéressées au nombre d'enfants qui complètent l'examen médical à la suite du dévoilement d'AS (Kerns et al., 1994; Hanson et al., 2001; Heger et al., 2002; Hibbard, 1998; Palusci et al., 2006). Selon la recension de cette documentation scientifique, le pourcentage d'enfants soupçonnés d'avoir été victimes d'AS qui complètent l'examen anogénital se situe généralement entre 10% et 25% (Berliner & Conte, 1995; Faller & Henry, 2000; Hibbard, 1998; Kerns et al., 1994; Smith, Witte, Fricker-Elhai, 2006; Whitcomb, Goodman, Runyan, & Hoak, 1994). Différents facteurs semblent influencer le fait que l'enfant complète ou non l'examen médical, notamment les milieux de pratique, les caractéristiques de l'enfant et de l'AS ainsi que les idées préconçues des intervenants.

En ce qui concerne les milieux de pratique, les enfants suivis dans les Centres d'appui aux enfants font plus souvent l'examen médical que ceux suivis dans les Services de protection de l'enfance. Ainsi, les enfants victimes d'AS sont deux fois plus susceptibles de compléter un examen médical dans un Centre d'appui aux enfants qu'avec les Services de protection de l'enfance (Smith et al., 2006; Walsh, Cross, Jones, Simone, & Kolko, 2007) et ont quatre fois plus de chance de faire l'examen dans un Centre d'appui aux enfants lorsqu'il n'y a pas eu pénétration (Walsh et al., 2007). Dans la documentation scientifique, seulement deux études se sont intéressées aux différences entre les enfants recevant des services dans un Centre d'appui aux enfants et les Services de protection de l'enfance. Dans l'étude de Smith et al. (2006), réalisée auprès de 76 enfants victimes d'AS, 13 cas sur 21 (57%) ont complété l'examen dans un Centre d'appui aux enfants comparativement à 7 sur 55 cas (13%) avec les Services de protection de l'enfance. Des résultats similaires ont été obtenus dans l'étude de Walsh et al. (2007), effectuée auprès de 1 220 enfants victimes d'AS, avec des taux d'examen

de 48% pour les Centres d'appui aux enfants et de 21% pour les Services de protection de l'enfance.

À ce jour, seulement deux études se sont intéressées aux caractéristiques des enfants ayant une plus grande probabilité de faire l'examen médical à la suite du dévoilement. Dans l'étude de Walsh et al. (2007), les résultats indiquent que les enfants les plus susceptibles de faire l'examen, en ordre d'importance, sont ceux fréquentant un Centre d'appui aux enfants, les filles, les enfants ayant rapportés avoir été victimes de pénétration, ceux ayant été blessés physiquement lors de l'AS, les victimes dont le parent non agresseur est considéré comme soutenant et les jeunes enfants. L'étude longitudinale de Hanson et al. (2001), réalisée auprès de 3 006 femmes ayant été victimes d'AS dans leur enfance, a quant à elle observé que ce sont les enfants les plus âgés (de 12 à 17 ans), ceux ayant été blessés durant l'AS ainsi que ceux dont l'agresseur était un inconnu ou une personne connue autre qu'une figure paternelle qui avaient le plus de chances de compléter un examen médical dans un Centre d'appui aux enfants à la suite du dévoilement.

La décision que l'enfant complète ou non l'examen médical serait aussi influencée par des notions préconçues quant à l'utilité de l'examen ainsi que par les caractéristiques individuelles du cas, telles que le type d'AS ainsi que les symptômes physiques et psychologiques (Hibbard & Zollinger, 1992; Kerns et al., 1994). Dans l'étude de Smith et al. (2006), certains professionnels travaillant pour les Services de protection de l'enfance ont justifié l'exclusion de certains enfants pour l'examen médical par l'absence de pénétration, un trop long délai entre l'AS et le dévoilement et le fait que l'AS soit non fondée. Ces raisons vont dans le même sens que plusieurs études qui ont démontré qu'il y a plus de chances que l'examen soit positif lorsqu'il y a eu pénétration par un homme âgé de plus de 15 ans et que le

délai entre la dernière agression et l'examen est court (Christian et al., 2000; Enos et al., 1986; Heger et al., 2002). Les différents professionnels auraient ainsi tendance à percevoir négativement l'examen et à référer pour un examen médical seulement les enfants qui sont le plus susceptibles d'avoir un examen anormal, et ce, malgré le fait que tous les enfants devraient faire l'examen afin d'être rassurés quant à leur intégrité physique.

Tous ces résultats confirment que plusieurs facteurs, dont le sexe et l'âge de l'enfant, le lien de celui-ci avec l'agresseur ainsi que le niveau de sévérité de l'AS, influencent le fait que l'enfant complète ou non l'examen médical à la suite du dévoilement.

Objectifs

Étant donné le peu de recherches faites à ce sujet, la présente étude a comme objectif de vérifier si les enfants qui font l'examen anogénital sont différents de ceux qui n'en font pas ainsi que de documenter les variables, notamment les caractéristiques de l'enfant, de la famille, de l'agresseur et de l'agression, qui pourraient influencer le fait de faire cet examen. En se basant sur les études antérieures qui portent sur l'examen anogénital, les hypothèses émises sont les suivantes : 1) les filles feront significativement plus d'examens anogénitaux que les garçons, 2) les enfants victimes d'AS considérées comme étant très sévères feront significativement plus d'examens anogénitaux que ceux victimes d'AS sévère ou moins sévère, 3) les enfants plus jeunes feront significativement plus d'examens anogénitaux que les enfants plus vieux. 4) les enfants victimes d'AS extrafamiliale feront significativement plus d'examens anogénitaux que les enfants victimes d'AS intrafamiliale.

Méthode

Participants

L'échantillon est formé de 211 enfants et de leur figure parentale non-agresseuse ayant participé à une étude plus large menée par la Chaire de recherche interuniversitaire sur les agressions sexuelles envers les enfants au Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV). Le seul critère de sélection était de détenir l'information quant au fait que l'enfant avait complété ou non un examen anogénital à la suite du dévoilement de l'agression sexuelle.

L'échantillon est ainsi composé de 145 filles et de 66 garçons âgés entre 6 et 13 ans ($M = 9,4$; $É.T. = 2,1$). Au total, 18,4% des enfants ont rapporté avoir subi un seul incident d'AS, 43,7% quelques événements et 37,9% ont subi des épisodes répétitifs ou chroniques d'AS). Lors du premier épisode d'AS, les enfants étaient âgés entre 1 et 13 ans ($M = 6,6$; $É.T. = 2,6$). Dans 65,9% des cas, les événements décrits par l'enfant permettaient de catégoriser l'AS comme étant très sévère et les agresseurs étaient soit un membre de la famille immédiate (44,1%), un membre de la famille élargie (24,2%), une connaissance (29,4%) ou un inconnu (2,4%). Les agresseurs étaient majoritairement âgés de plus de 19 ans (63%).

En ce qui a trait aux caractéristiques sociodémographiques, les mères étaient âgées entre 24 et 60 ans ($M = 38,1$ ans; $É.T. = 6,7$) et plus de la moitié a obtenu un diplôme d'études postsecondaire (55,5%). Parmi celles-ci, 37,0% ont un emploi rémunéré, 10,9% sont aux études, 52,1% sont sans emploi. Les pères étaient quant à eux âgés entre 25 et 70 ans ($M = 41,4$ ans; $É.T. = 7,9$) et un peu moins de la moitié a obtenu un diplôme d'études postsecondaire (43,0%). Une proportion importante des pères a un emploi rémunéré (66,2%), 5,8% sont aux études, 24,7% sont sans emploi et 3,2% entrent dans la catégorie autre (p. ex., décédé). Le revenu annuel des familles était soit inférieur à 19 999\$ (33,7%), entre 20 000\$ et

39 999\$ (29,7%), entre 40 000\$ et 59 999\$ (15,8%) ou de plus de 60 000\$ (20,8%). Au total, 43,6% des familles sont monoparentales, 22,3% sont recomposées, 17,5% sont d'origine et 16,6% sont d'accueil. Les données descriptives recueillies sur les enfants sont résumées dans le Tableau 1 en fonction du fait qu'ils aient eu un examen médical ou non.

Instruments de mesure

Afin d'obtenir un maximum d'informations concernant les caractéristiques de l'enfant, de l'agresseur, de l'agression sexuelle et du dévoilement, trois instruments de mesure ont été utilisés, dont un qui permet de savoir si l'enfant a fait ou non un examen anogénital à la suite du dévoilement d'AS.

Histoire de victimisation. Cette grille, qui est la version française du *History of Victimization Form (HVF)* (Wolfe, Gentile, & Bourdeau, 1987), permet de codifier la sévérité de l'AS comme étant moins sévère (aucun contact physique ou contact par-dessus les vêtements), sévère (implique un contact physique sous les vêtements ou avec déshabillage, et ce, sans pénétration ou force) ou très sévère (implique soit une pénétration, une tentative de pénétration, la force ou qu'il y ait plus d'un agresseur). De plus, elle permet de documenter les caractéristiques de l'agresseur (sexe, âge, lien avec l'enfant, réside avec l'enfant lors de l'AS, utilisation de menaces et coercition ainsi que nombre d'agresseurs), de l'agression sexuelle (gestes vécus par l'enfant, sévérité, durée et preuves médicales) et du dévoilement (présence d'autres types de mauvais traitements, source du dévoilement, statut du processus judiciaire et du signalement). Ce sont les intervenantes du CEMV doit compléter le HVF pour chacune des situations d'agression sexuelle qui concernent l'enfant à partir des informations recueillies par le biais de différentes sources (dossier médical et social, entrevue avec le parent et les intervenants concernés).

Le dévoilement et ses suites. Ce questionnaire de neuf items est basé sur les études de Dyb, Holen, Steinberg, Rodriguez, & Pynoos (2003) et Massat & Lundy (1998). Chaque item porte sur un événement potentiellement stressant lié au dévoilement de l'AS, tel que l'examen médical, l'entrevue policière, le témoignage à la cour, l'évaluation par un professionnel et le placement en famille d'accueil. Dans le cadre de la présente étude, seulement la question portant sur l'examen médical en lien avec l'agression sexuelle a été considérée afin d'établir s'il y avait eu un examen médical pour l'enfant.

Renseignements. Un questionnaire sociodémographique de 21 items a été utilisé afin de recueillir des informations sur les caractéristiques des enfants (p. ex., sexe, âge, troubles diagnostiqués), des parents (p. ex., niveau d'éducation, occupation actuelle, revenu annuel brut).

Procédure

Les participants ont été sollicités lors de la première entrevue d'évaluation à la suite de leur demande de services au CEMV. Une assistante de recherche était présente pour rencontrer le répondant de l'enfant afin de lui faire signer le formulaire de consentement et remplir les questionnaires. L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal.

Résultats

Tout d'abord, les résultats obtenus montrent que 78% des enfants de l'échantillon ont complété l'examen médical à la suite du dévoilement d'AS. Afin de vérifier si les enfants qui ont fait l'examen sont différents de ceux qui ne le font pas, quant aux caractéristiques de l'enfant, de la famille, de l'agresseur et de l'agression, des analyses (Chi-carré et test t) ont été effectuées et sont rapportées au Tableau 1.

Les cinq variables pour lesquelles des différences significatives sont ressorties entre les deux groupes, soit le sexe de l'enfant, le type de famille, l'occupation de la mère, l'âge de l'agresseur ainsi que le niveau de sévérité de l'AS, ont été insérées dans une régression logistique binaire afin de déterminer leur impact sur le fait de compléter l'examen anogénital à la suite du dévoilement (voir Tableau 2). Le modèle permet de différencier ceux qui font l'examen de ceux qui ne le font pas. Celui-ci explique entre 18,1% (R^2 de Cox & Snell) et 27,7% (R^2 de Nagelkerke) de la variance et classe 81,0% des cas correctement. Les résultats indiquent que la situation d'emploi, notamment le fait que la mère soit sans emploi, contribue de façon aussi importante que la sévérité de l'AS vécue à la prédiction du fait d'avoir un examen anogénital, et ce, de façon significative. Par ailleurs, le fait d'avoir été victime d'une AS perpétrée par un adulte et de vivre dans une famille monoparentale augmente significativement les probabilités d'avoir un examen médical. Il est toutefois important de noter qu'il n'y a aucune multicolinéarité entre les variables.

Discussion

L'objectif principal de cette étude consistait à vérifier si les enfants qui complètent l'examen anogénital à la suite du dévoilement d'AS sont différents de ceux qui ne le font pas et à documenter les variables qui pourraient influencer le fait de compléter l'examen. À ce jour, seulement trois études portant sur les différences entre les enfants qui font l'examen et ceux qui ne le font pas ont été répertoriées, d'où l'intérêt de la présente étude. Il est toutefois important de noter qu'une des limites de la présente étude est qu'elle porte seulement sur les enfants ayant complété l'examen médical. Ainsi, les raisons pour lesquelles certains enfants n'ont pas complété l'examen n'ont pas été documentées (p. ex., si l'enfant a été référé ou non par l'intervenant).

Les résultats indiquent que 164 des 211 enfants ont complété l'examen, ce qui représente 78% de l'échantillon. Ce taux est beaucoup plus élevé que celui obtenu généralement par les autres études, se situant entre 10 et 25% (Berliner & Conte, 1995; Faller & Henry, 2000; Hanson, 2001; Hibbard, 1998; Kerns et al., 1994; Smith et al., 2006; Whitcomb et al., 1994). L'explication la plus plausible pour justifier cet écart est que l'étude s'est déroulée dans un Centre d'appui aux enfants. En effet, il a été démontré que les enfants victimes d'AS sont deux fois plus susceptibles de faire un examen médical dans un Centre d'appui aux enfants qu'avec les Services de protection de l'enfance (Smith et al., 2006; Walsh et al., 2007). Ainsi, l'étude de Smith et al. (2006) avait obtenu que 57% des enfants fréquentant un Centre d'appui aux enfants avaient complété l'examen médical tandis que l'étude de Walsh et al. (2007) avait plutôt obtenu 48%. Il est possible de croire que les taux obtenus par ces auteurs demeurent inférieurs à ceux obtenus dans la présente étude étant donné la moins grande accessibilité des soins de santé aux États-Unis comparativement au Québec.

Les résultats démontrent que les garçons font significativement moins d'examen anogénitaux que les filles. Cela confirme la première hypothèse énoncée dans le cadre de cette étude et correspond aux résultats obtenus dans l'étude de Walsh et al. (2007). De plus, les résultats indiquent que les garçons sont plus souvent victimes de jeunes agresseurs, ce qui concorde avec deux études (Cyr, McDuff, Collin-Vézina, & Hébert, 2012; Finkelhor, Ormrod & Chaffin, 2009) qui ont indiqué que les agressions sexuelles commises par les mineurs concernent plus souvent des garçons. Certaines études avaient montré que les garçons et les enfants victimes d'agresseurs âgés de moins de 15 ans étaient moins susceptibles d'avoir des blessures anogénitales (Christian et al., 2000; Heger et al., 2002; Holmes et al., 1998), mais les études récentes semblent indiquer que les gestes des mineurs peuvent être graves (Cyr,

Wright, & McDuff, 2002; Cyr et al., 2012). Il est donc possible de penser que des blessures anogénitales pourraient être trouvées chez les garçons victimes d'agression sexuelle si ceux-ci complétaient l'examen médical à la suite du dévoilement.

Contrairement à ce qui était attendu et aux résultats obtenus dans l'étude de Walsh et al. (2007), l'âge de l'enfant n'influence pas le fait de compléter l'examen. Walsh et ses collègues observaient que, les enfants plus jeunes étaient plus susceptibles de faire l'examen que les enfants plus âgés. Il est toutefois important de prendre en considération que leur échantillon incluait des enfants plus âgés que ceux de la présente étude. Ceci pourrait avoir un effet non négligeable sur le résultat obtenu dans leur étude, soit que l'âge de l'enfant soit lié à l'examen médical. Pour ce qui est de l'étude de Hanson et al. (2001), puisque l'échantillon était composé seulement d'enfants âgés de 12 à 17 ans étaient inclus, les résultats de celle-ci ne peuvent pas être comparés avec nos résultats.

En ce qui a trait au type d'agresseur, la présente étude n'a pas trouvé de lien entre l'agression intrafamiliale ou extrafamiliale et l'examen médical. Ce résultat signifie que malgré la plus faible probabilité de trouver des preuves chez les enfants victimes d'AS intrafamiliale (Hanson et al., 2001; Palusci et al., 2006), ces derniers font aussi souvent l'examen que les enfants victimes d'agression extrafamiliale. L'étude de Hanson et al. (2001) avait pourtant trouvé que les enfants victimes d'AS, dont l'agresseur était un inconnu ou une personne connue autre qu'une figure paternelle, avaient plus de chance de compléter l'examen. Il est toutefois possible qu'une proportion des personnes dites connues n'étant pas une figure paternelle soit en fait des membres de la fratrie. Dans ces cas, l'agression serait donc considérée comme étant intrafamiliale.

Facteurs prédictifs de l'examen médical

Parmi les différences obtenues dans cette étude entre les enfants qui font l'examen médical et ceux qui ne le font pas, c'est l'absence d'emploi de la mère qui est le facteur prédictif le plus important pour distinguer les enfants qui complètent l'examen médical de ceux qui ne le font pas. Cela pourrait s'expliquer par la plus grande disponibilité des mères sans emploi pour se rendre sur le lieu de l'examen durant les heures d'ouverture du CEMV comparativement aux mères ayant un emploi. Ce résultat était toutefois inattendu étant donné qu'aucune étude n'avait soulevé de résultats similaires auparavant. Une explication possible viendrait du fait que la présente étude est la seule à s'être déroulée au Canada. En ce sens, il est possible de croire que les mères n'ayant pas d'emploi aux États-Unis sont moins susceptibles de détenir une assurance ou posséder suffisamment d'argent pour payer les frais de l'examen médical pour leur enfant. Selon l'étude de Hibbard (1998), il existe un consensus quant au fait que l'examen fait à la suite du dévoilement d'AS est dispendieux, mais aucune information n'est disponible sur les coûts réels de cet examen.

En ce qui concerne le niveau de sévérité de l'AS, ce sont les enfants victimes d'une AS très sévère qui sont le plus susceptibles de compléter l'examen médical. Ce résultat confirme l'hypothèse énoncée précédemment et peut être expliqué par les deux points suivants. Tout d'abord, il est possible de croire que le niveau de sévérité de l'AS peut avoir provoqué des blessures ou des problèmes de santé chez l'enfant qui nécessitent des soins particuliers. Cela va dans le même sens que les résultats obtenus dans les études de Hanson et al. (2001) et de Walsh et al. (2007) qui indiquent que les enfants ayant été blessés durant l'AS sont plus susceptibles que ceux n'ayant pas été blessés de faire l'examen médical. Une autre explication tient à la plus grande possibilité de trouver des preuves dans les cas où l'enfant dévoile qu'il y

a eu une pénétration vaginale ou anale (Heger et al., 2002). Il a toutefois été établi que les enfants ont tendance à omettre certains éléments importants lorsqu'ils font la description de l'AS (Bidrose & Goodman, 2000; Leander, 2010; Orbach & Lamb, 1999; Quas, Davis, Goodman, & Myers, 2007; Sjöberg & Lindblad, 2002). En ce sens, si l'enfant ne dévoile pas les gestes les plus sévères de l'AS lors de l'entrevue policière, il est possible que l'AS soit considérée comme étant moins sévère et que cela diminue les chances de l'enfant d'être référé à l'examen médical et de recevoir les soins requis. Par conséquent, il est possible de penser que des preuves pourraient être trouvées chez les enfants victimes d'une AS jugée moins sévères si ceux-ci étaient référés à l'examen médical.

Le fait d'avoir été victime d'une AS perpétrée par un adulte augmente aussi les probabilités de faire l'examen médical à la suite du dévoilement. Ces cas sont plus souvent considérés comme urgents étant donné les chances plus élevées de trouver des preuves chez ceux-ci (Palusci et al., 2006). Toutefois, deux études récentes de Cyr et ses collaborateurs (Cyr, Wright, & McDuff, 2002; Cyr et al., 2012) ont pourtant démontré que lorsque l'AS est commise par un frère plutôt qu'un père ou un beau-père, les gestes commis sont plus sévères et impliquent plus souvent des pénétrations. De plus, selon ces mêmes auteurs, la comparaison de différents agresseurs mineurs entre eux indique aussi qu'entre la moitié et les trois quarts de ces agressions sont de nature sévère. Selon les études québécoise (ÉIQ-1998) et canadienne (ÉCI-2003) d'incidence des mauvais traitements dans l'enfance, respectivement 28 et 35% des agresseurs étaient considérés comme étant d'autres membres de la famille immédiate (Tourigny et al., 2002 ; Trocmé et al., 2005). Puisque les parents biologiques, les beaux-parents, les parents adoptifs et la famille élargie sont exclus de cette catégorie, cela suggère que les membres de la fratrie constituent une fraction importante des agresseurs. En ce sens,

les victimes d'AS commises par des mineurs devraient aussi compléter l'examen médical puisque ces agressions sont souvent considérées comme sévères et qu'il est donc possible de penser que des preuves pourraient aussi être trouvées chez ces enfants.

Finalement, vivre dans une famille monoparentale est aussi un facteur prédictif de l'examen médical. Ce résultat est très étonnant puisqu'il serait intuitif de croire que le parent vivant seul a beaucoup moins de disponibilités pour emmener son enfant au CEMV afin qu'il rencontre un professionnel pour des soins médicaux que les familles intactes, recomposées ou d'accueil et que l'enfant serait ainsi moins susceptible de faire l'examen. Ce résultat pourrait être expliqué en partie par ceux obtenus par l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins de 2010-2011 menée par l'Institut de la statistique du Québec (2013). Ainsi, les familles monoparentales représentent une plus grande proportion de la population que les familles constituées de deux parents à avoir consulté un médecin spécialiste à la suite d'une référence ainsi qu'à avoir consulté un médecin à l'urgence d'un hôpital. Selon cette même étude, les familles monoparentales ont plus tendance à consulter les professionnels des services sociaux que les autres types de famille. Ce plus haut taux d'utilisation des services de santé par les familles monoparentales expliquerait pourquoi les enfants provenant de ce type de famille étaient plus nombreux à avoir complété un examen médical dans le cadre de cette étude.

Forces et limites de la présente étude

Une des principales forces de cette étude est la taille de l'échantillon, soit de 211 sujets, ce qui a permis d'explorer l'influence de plusieurs variables à la fois. Ceci permet d'avoir un meilleur portrait des facteurs prédictifs de l'examen médical. En ce sens, cette étude ajoute des connaissances au domaine de l'agression sexuelle puisque très peu d'études à

ce jour ont porté sur les caractéristiques des enfants ayant fait un examen médical à la suite du dévoilement.

Cette recherche comporte aussi certaines limites. Tel que mentionné précédemment, les raisons expliquant pourquoi certains enfants n'ont pas fait l'examen n'ont pas été documentées. Certaines variables ont aussi dû être exclues étant donné un ratio trop élevé de données manquantes, et ce, malgré l'impact possible que celles-ci auraient pu avoir sur l'examen médical. Parmi ces variables, on retrouve le délai entre l'AS et le dévoilement ainsi que les autres types de mauvais traitements (négligence, violence physique ou psychologique et exposition à la violence conjugale). De plus, puisque la majorité des études prend en considération le résultat de l'examen médical (p. ex., blessures anogénitales ou physiques, preuves d'AS), il aurait été intéressant de détenir cette information afin de faciliter la comparaison des résultats obtenus avec les autres études. Cela aurait permis de savoir si effectivement les cas qui font l'examen médical sont ceux pour lesquels des preuves médicales sont trouvées.

Pistes de recherches futures

La présente étude permet de générer des pistes de recherches futures pour améliorer la compréhension des facteurs qui influencent le fait de faire l'examen médical ou non. Le soutien offert à l'enfant par le parent non agresseur devrait être documenté afin de vérifier l'impact de celui-ci sur le fait que l'enfant complète l'examen. Aussi, le pourcentage de cas où des preuves d'AS ont été trouvées alors que cela était insoupçonné devrait être documenté afin d'établir la pertinence que l'examen anogénital soit recommandé pour tous les enfants et ce, même après un certain délai. De plus, il serait souhaitable de répliquer cette étude en incluant un groupe contrôle composé d'enfants ayant dévoilé avoir été victimes d'AS, mais qui ne

reçoivent pas de services dans un Centre d'appui aux enfants. Cela permettrait de déterminer si les facteurs prédictifs obtenus dans cette recherche sont généralisables à tous les enfants victimes d'AS du Québec ou s'ils ne se limitent qu'aux enfants recevant des services dans un Centre d'appui aux enfants. De plus, il serait pertinent de documenter les cas n'ayant pas été référé à l'examen médical ainsi que ceux ayant été référé, mais dont le parent a refusé que son enfant complète l'examen. Cela permettrait de vérifier si faire l'examen, être référé ou accepter la référence est influencé par des variables différentes selon les milieux et les intervenants. Il est possible de penser que cela pourrait révéler des biais spécifiques à certains milieux et d'éclairer les pratiques des intervenants.

Implications cliniques

Parmi les implications cliniques, il est important de considérer que deux des critères prédictifs de l'examen sont en lien avec le statut de la famille et la disponibilité des mères. Des mesures pourraient donc être mises en place par les différents intervenants qui travaillent auprès des enfants victimes d'AS pour inciter les familles ayant les deux parents à emmener leur enfant compléter l'examen médical. En outre, les plages horaires des examens pourraient être modifiées afin de faciliter leur accessibilité aux parents qui ont un emploi puisqu'en ce moment, tous les examens doivent avoir lieu durant le jour le mercredi.

De plus, il est possible de penser que les intervenants ont souvent des notions préconçues quant à l'utilité de l'examen médical pour les enfants victimes d'AS. En effet, les résultats indiquent que la sévérité de l'AS et l'âge de l'agresseur influencent le fait que l'enfant complète ou non l'examen. Ces variables pourraient influencer la décision de l'intervenant de référer ou non l'enfant à l'examen médical étant donné la plus grande probabilité de trouver des preuves médicales dans ces situations. Il est donc important de

sensibiliser les intervenants à ne pas se fier à ces deux facteurs, entre autres parce que les agressions faites par des mineurs peuvent être aussi graves que celles faites par un agresseur adulte et que les enfants ont tendance à ne pas rapporter les gestes les plus graves qui ont été posés sur leur corps.

Références

- Adams, J. A. (2001). Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreatment, 6*(1), 31-36.
- Adams, J. A. (2008). Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 20*(5), 435-441.
- Adams, J. A., Harper, K., Knudson, S., & Revilla, J. (1994). Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics, 94*(3), 310-317.
- Adams, J. A., Kaplan, R. A., Starling, S. P., Mehta, N. H., Finkel, M. A., Botash, A. S., Kellogg, N., & Shapiro, R. A. (2007). Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 20*(3), 163-172.
- Adams, J. A., & Wells, R. (1993). Normal versus abnormal genital findings in children: how well do examiners agree?. *Child Abuse & Neglect, 17*(5), 663-675.
- Anderst, J., Kellogg, N., & Jung, I. (2009). Reports of repetitive penile-genital penetration often have no definitive evidence of penetration. *Pediatrics, 124*(3), 403-409.
- Bays, J., & Chadwick, D. (1993). Medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse & Neglect, 17*(1), 91-110.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 16*(1), 101-118.
- Berenson, A. B., Chacko, M. R., Wiemann, C. M., Mishaw, C. O., Friedrich, W. N., & Grady, J. J. (2000). A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 182*(4), 820-834.
- Berliner, L., & Conte, J. R. (1995). The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 19*(3), 371-384.
- Bidrose, S., & Goodman, G. S. (2000). Testimony and evidence: A scientific case study of memory for child sexual abuse. *Applied Cognitive Psychology, 14*, 197-213.
- Blake, G. P., & McGregor, K. J. (1999) The Role of the Medical Examination in Assessment of Child Sexual Abuse in South Australia, *Journal of Child Sexual Abuse, 7*(3), 89-96.
- Bradshaw, T. L., & Marks, A. E. (1990). Beyond a reasonable doubt: Factors that influence the legal disposition of child sexual abuse cases. *Crime & Delinquency, 36*(2), 276-285.
- Britton, H. (1998). Emotional impact of the medical examination for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 22*(6), 573-579.
- Cantwell, H. B. (1983). Vaginal inspection as it relates to child sexual abuse in girls under thirteen. *Child Abuse & Neglect, 7*(2), 171-176.
- Christian, C. W. (2011). Timing of the medical examination. *Journal of child sexual abuse, 20*(5), 505-520.
- Christian, C. W., Lavelle, J. M., De Jong, A. R., Loiselle, J., Brenner, L., & Joffe, M. (2000). Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics, 106*(1), 100-104.
- Conte, J. R., Sorenson, E., Fogarty, L., & Rosa, J. D. (1991). Evaluating children's reports of sexual abuse: Results from a survey of professionals. *American Journal of Orthopsychiatry, 61*(3), 428-437.

- Cross, T. P., De Vos, E., & Whitcomb, D. (1994). Prosecution of child sexual abuse: Which cases are accepted?. *Child Abuse & Neglect, 18*(8), 663-677.
- Cross, T. P., Whitcomb, D., & De Vos, E. (1995). Criminal justice outcomes of prosecution of child sexual abuse: A case flow analysis. *Child Abuse & Neglect, 19*(12), 1431-1442.
- Cyr, M., McDuff, P., Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2012). Les agressions sexuelles commises par un membre de la fratrie: En quoi diffèrent-elles de celles commises par d'autres mineurs? *Les cahiers de PV, mars*, 29-35.
- Cyr, M., Wright, J., & McDuff, P. (2002). Intrafamilial sexual abuse: Brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest. *Child Abuse & Neglect, 26*(9), 957-973.
- De Jong, A. R., & Finkel, M. A. (1990). Sexual abuse of children. Current Problems in *Pediatrics, 20*(9), 489-567.
- De Jong, A. R., & Rose, M. (1989). Frequency and significance of physical evidence in legally proven cases of child sexual abuse. *Pediatrics, 84*(6), 1022-1026.
- De Jong, A. R., & Rose, M. (1991). Legal proof of child sexual abuse in the absence of physical evidence. *Pediatrics, 88*(3), 506-511.
- Dyb, G., Holen, A., Steinberg, A. M., Rodriguez, N., & Pynoos, R. S. (2003). Alleged sexual abuse at a day care center: Impact on parents. *Child Abuse & Neglect, 27*(8), 939-950.
- Emans, S. J. (1988). Evaluation of the sexually abused child and adolescent. *Journal of Adolescent and Pediatric Gynecology, 1*, 157-163.
- Enos, W. F., Conrath, T. B., & Byer, J. C. (1986). Forensic evaluation of the sexually abused child. *Pediatrics, 78*(3), 385-398.
- Faller, K. C. (1996). Interviewing children who may have been abused: A historical perspective and overview of controversies. *Child Maltreatment, 1*(2), 83-95.
- Faller, K. C., & Henry, J. (2000). Child sexual abuse: A case study in community collaboration. *Child Abuse & Neglect, 24*(9), 1215-1225.
- Finkel, M. A. (1989). Anogenital trauma in sexually abused children. *Pediatrics, 84*(2), 317-322.
- Finkel, M. A., & De Jong, A. R. (1994). Medical findings in child sexual abuse. Dans R. M. Reece (dir.), *Child abuse : Medical Diagnosis and Management* (p. 185-247). Philadelphia : Lea & Febiger.
- Finkel, M. A., & De Jong, A. R. (2001). Medical findings in child sexual abuse. Dans R. Reece & S. Ludwig (dir.), *Child abuse: Medical Diagnosis and Management*, (2e éd., p. 207-286). Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Chaffin, M. (2009). Juveniles who commit sex offenses against minors. *Juvenile Justice bulletin, December*, 1-11.
- Girardet, R., Bolton, K., Lahoti, S., Mowbray, H., Giardino, A., Isaac, R., Arnold, W., Mead, B., & Paes, N. (2011). Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. *Pediatrics, 128*(2), 233-238.
- Gray, E. (1993). Unequal justice: The prosecution of child sexual abuse. New-York: Free Press.
- Hanson, R. F., Davis, J. L., Resnick, H. S., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Holmes, M., & Best, C. L. (2001). Predictors of medical examinations following child and adolescent rapes in a national sample of women. *Child Maltreatment, 6*(3), 250-259.
- 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 the province of Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636.
- Heger, A. H. (1996). Twenty years in the evaluation of the sexually abused child: has medicine helped or hurt the child and the family? *Child Abuse & Neglect*, 20(10), 893-897.
- Heger, A., & Emans, S. J. H. (1992). *Evaluation of the sexually abused child: A medical textbook and photographic atlas*. Oxford University Press, USA.
- Heger, A., Ticson, L., Velasquez, O., & Bernier, R. (2002). Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse & Neglect*, 26, 645-659.
- Hershkowitz, I., Lanes, O., & Lamb, M. E. (2007). Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse & Neglect*, 31(2), 111-123.
- Hibbard, R. A. (1998). Triage and referrals for child sexual abuse medical examinations from the sociolegal system. *Child Abuse & Neglect*, 22(6), 503-513.
- Hibbard, R. A., & Zollinger, T. W. (1992). Medical evaluation referral patterns for sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 16(4), 533-540.
- Hobbs, C., & Wynne, J. (1987). Child sexual abuse—an increasing rate of diagnosis. *The Lancet*, 330(8563), 837-841.
- Holmes, M. M. (1995). The primary health care provider's role in sexual assault prevention. *Women's Health Issues*, 5(4), 224-232.
- Holmes, W. C., & Slap, G. B. (1998). Sexual abuse of boys : Definition, prevalence, correlates, sequelae and management. *Journal of the American Medical Association*, 280(21), 1855-1862.
- Institut de la statistique du Québec. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 : La consultation pour des services sociaux : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (Volume 3). Répéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/generale/services-sociaux.html>
- Institut de la statistique du Québec. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 : L'hospitalisation et la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (Volume 4). Répéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/generale/hospitalisation-urgence.html>
- Institut de la statistique du Québec. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 : La consultation d'un médecin spécialiste : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (Volume 5). Répéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/generale/medecin-specialiste.html>
- Honor, G., Scribano, P., Curran, S., & Stevens, J. (2009). Emotional response to the anogenital examination of suspected sexual abuse. *Journal of Forensic Nursing*, 5(3), 124-130.
- Jenny, C. (2002). Medical issues in child sexual abuse. Dans J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T.A. Reid (dir.), *The APSAC Handbook on child maltreatment* (2^e éd., p. 235-247). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Kerns, D. L., & Ritter, M. L. (1992). Medical findings in child sexual abuse cases with perpetrator confessions (Abstract). *American Journal of Diseases of Children*, 146, 494.
- Kerns, D. L., Terman, D. L., & Larson, C. S. (1994). The role of physicians in reporting and evaluating child sexual abuse cases. *The Future of Children*, 4(2), 119-134.

- Leander, L. (2010). Police interviews with child sexual abuse victims: Patterns of reporting, avoidance and denial. *Child Abuse & Neglect*, 34, 192-205.
- Marks, S., Lamb, R., & Tzioumi, D. (2009). Do no more harm: The psychological stress of the medical examination for alleged child sexual abuse. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 45(3), 125-132.
- Massat, C. R., & Lundy, M. (1998). « Reporting costs » to nonoffending parents in cases of intrafamilial child sexual abuse. *Child Welfare*, 77, 371-388.
- McCann, J., Voris, J., & Simon, M. (1992). Genital injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics*, 89(2), 307-317.
- Muram, D. (1989). Child sexual abuse: relationship between sexual acts and genital findings. *Child Abuse & Neglect*, 13(2), 211-216.
- Orbach, Y., & Lamb, M. E. (1999). Assessing the accuracy of a child's account of sexual abuse: A case study. *Child Abuse & Neglect*, 23, 91-98.
- Orr, D. P., & Prietto, S. V. (1979). Emergency management of sexually abused children: the role of the pediatric resident. *American Journal of Diseases of Children*, 133(6), 628-631.
- Palusci, V. J., Cox, E. O., Cyrus, T. A., Heartwell, S. W., Vandervort, F. E., & Pott, E. S. (1999). Medical assessment and legal outcome in child sexual abuse. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 153(4), 388-392.
- Palusci, V. J., Cox, E. O., Shatz, E. M., & Schultze, J. M. (2006). Urgent medical assessment after child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 30, 367-380.
- Poole, D. A., & Lamb, M. E. (1998). *Investigative interviews of children : A guide for helping professionals*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Quas, J. A., Davis, E., Goodman, G. S., & Myers, J. E. B. (2007). Repeated questions, deception, and children's true and false reports of body touch. *Child Maltreatment*, 12, 60-67.
- Sapp, M. V., & Vandeven, A. M. (2005). Update on childhood sexual abuse. *Current Opinion in Pediatrics*, 17(2), 258-264.
- Seidel, J. S., Elvik, S. L., Berkowitz, C. D., & Day, C. (1986). Presentation and evaluation of sexual misuse in the emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 2(3), 157-164.
- Sjöberg, R. L., & Lindblad, F. (2002). Limited disclosure of sexual abuse in children whose experiences were documented by videotape. *American Journal of Psychiatry* 159, 312-314.
- Smith, B. E., & Elstein, S. G. (1993). The prosecution of child sexual and physical abuse cases: Final report. ABA Center on Children and the Law.
- Smith, D. W., Witte, T. H., & Fricker-Elhai, A. E. (2006). Service outcomes in physical and sexual abuse cases: A comparison of child advocacy center-based and standard services. *Child Maltreatment*, 11(4), 354-360.
- Spears, J. W., & Spohn, C. C. (1996). The genuine victim and prosecutors' charging decisions in sexual assault cases. *American Journal of Criminal Justice*, 20(2), 183-205.
- Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M., & Baril, K. (2008). Prevalence et co-occurrence of violence against children in the Quebec population. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 32(4), 331-335.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., et al. (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportements sérieux signalés à la Direction de la protection de la*

- jeunesse du Québec* (ÉIQ) (rapport de recherche). Montréal, Canada : Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociales.
- Trickett, P. K., & McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review, 15*(3), 311-337.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., ... Cloutier, R. (2005). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003. Données principales*. Ottawa, Canada : Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Walsh, W. A., Cross, T. P., Jones, L. M., Simone, M., & Kolko, D. J. (2007). Which sexual abuse victims receive a forensic medical examination?: The impact of Children's Advocacy Centers. *Child Abuse & Neglect, 31*(10), 1053-1068.
- Whitcomb, D., Goodman, G. S., Runyan, D., & Hoak, S. (1994). *The emotional effects of testifying on sexually abused children*. Washington : National Institute of Justice.
- Wolfe, V. V., Gentile, C., & Bourdeau, P. (1987). *History of victimization Form*. Document non publié. London, ON, Canada : London Health Science Centre.

Tableau 1.

Caractéristiques de la victime, de la famille, de l'agresseur et de l'agression en fonction de l'examen anogénital

	Examen anogénital (Gr. 1)	Pas d'examen anogénital (Gr. 2)	Tests
Âge en années (<i>É.T.</i>)	9,3 (2,0)	9,6 (2,3)	$t(68) = 0,72$
Sexe			
Fille	73,2%	53,2%	Chi-2 (1) = 6,78**
Garçons	26,8%	46,8%	
Type de famille			
D'origine	16%	23%	Chi-2 (3) = 8,48**
Monoparentale	49%	26%	
Recomposée	20%	32%	
D'accueil	16%	19%	
Âge de la mère en années (<i>É.T.</i>)	37,8 (6,7)	39,1 (6,5)	$t(205) = 1,14$
Âge du père en années (<i>É.T.</i>)	40,9 (8,0)	43,05 (7,5)	$t(167) = 1,51$
Occupation de la mère			
Aux études	7%	24%	Chi-2 (2) = 10,27**
Emploi rémunéré	37%	36%	
Sans emploi	56%	40%	
Occupation du père			
Aux études	5%	11%	Chi-2 (2) = 2,38
Emploi rémunéré	69%	66%	
Sans emploi	26%	23%	

Revenu			
39 999\$ et moins	65%	57%	Chi-2(3) = 1,36
40 000\$ et plus	35%	43%	
Autres types de mauvais traitements	65%	35%	Chi-2 (1) = 0,03
Gestes vécus par l'enfant			
AS moins sévère	4%	17%	
AS sévère	25%	34%	Chi-2 (2) = 12,10**
AS très sévère	71%	49%	
Durée de l'AS			
Unique	17%	25%	
Quelques événements	44%	41%	Chi-2 (2) = 1,61
Répétitif ou chronique	39%	34%	
Âge lors de la première AS en années (<i>É.T.</i>)	6,6 (2,4)	6,7 (2,6)	$t(182) = 0,20$
Autre victime dans la fratrie	35%	47%	Chi-2 (1) = 1,90
Âge agresseur (en catégories)			
Moins de 19 ans	31%	57%	Chi-2 (1) = 10,89***
19 ans et plus	69%	43%	
Type d'agression			
Intrafamiliale	68%	70%	Chi-2 (1) = 0,11
Réside avec l'agresseur	49%	56%	Chi-2 (1) = 0,65
Entrevue policière	96%	93%	Chi-2 (1) = 0,78

Note. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p \leq 0,001$.

Tableau 2.*Régression logistique binaire prédisant l'examen anogénital (n=211)*

	B (S.E)	Wald	df	Odds ratio	95% C.I. ratio	Odds ratio
Sexe de l'enfant	- 0,37 (0,40)	0,87	1	0,69	0,32	1,51
Famille monoparentale	1,06 (0,43)**	6,17	1	2,89	1,25	6,66
Occupation de la mère						
Aux études		9,90	2			
Emploi rémunéré	1,80 (0,58)	5,62	1	3,91	1,27	12,04
Sans emploi	1,82 (0,58)**	9,90	1	6,15	1,98	19,08
Sévérité						
Moins sévère		11,27	2			
Sévère	0,73 (0,67)	1,19	1	2,07	0,56	7,61
Très sévère	1,80 (0,63)**	8,02	1	6,02	1,74	20,85
Âge de l'agresseur	1,23 (0,40)***	9,67	1	3,43	1,58	7,46
Constante	- 2,38 (0,88)**	7,36	1	0,09		

Note. $R^2 = 0,18$ (Cox & Snell), $0,28$ (Nagelkerke). Modèle $X^2(7) = 42,09$, $p < 0,001$.

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$.

Conclusion

L'examen anogénital est l'un des services qui est habituellement offert aux enfants soupçonnés d'avoir été victimes d'agression sexuelle. Au cours des dernières années, les connaissances médicales ainsi que la technologie ont beaucoup évoluées, ce qui a mené à une spécialisation de ce champ de compétence. C'est pourquoi l'équipe multidisciplinaire du Centre d'expertise Marie-Vincent est composée, entre autres, d'un médecin et d'une infirmière qui sont familiers avec la problématique de la maltraitance. Les bienfaits qu'apporte cet examen médical aux enfants victimes d'AS ont été démontrés à plusieurs reprises, mais malgré cela, seulement certains d'entre eux le complètent. Le présent mémoire avait donc pour but de vérifier si le groupe d'enfants qui fait l'examen anogénital à la suite du dévoilement de l'AS est différent du groupe qui ne le fait pas, ainsi que de documenter les diverses caractéristiques, notamment celles de l'enfant, de l'agresseur et de l'agression qui pourraient influencer le fait de compléter cet examen.

Les hypothèses formulées dans le cadre de cette étude étaient que les filles, les enfants victimes d'AS considérées comme étant très sévères, les enfants plus jeunes ainsi que les enfants victimes d'une AS extrafamiliale feraient significativement plus d'examens anogénitaux que les garçons, les enfants victimes d'AS considérées comme étant moins sévères, les enfants plus âgés ainsi que ceux victimes d'une AS intrafamiliale. L'étude a été réalisée auprès de 211 enfants et leur figure parentale non agresseure ayant participé à une étude plus large menée par la Chaire de recherche interuniversitaire sur les agressions sexuelles envers les enfants au CEMV.

Les résultats obtenus indiquent que la majorité des enfants de l'échantillon (78%) ont complété l'examen médical à la suite du dévoilement. Deux explications ont été élaborées

pour expliquer l'écart de ce résultat avec ceux des autres études, soit le fait que l'étude se soit déroulée dans un Centre d'appui aux enfants et le fait que l'étude ait été effectuée au Canada, où les soins de santé sont gratuits.

Parmi les hypothèses émises dans le cadre de cette étude, seulement celles concernant le sexe de l'enfant et la sévérité de l'AS ont été confirmées. En effet, les filles ainsi que les enfants victimes d'AS considérées comme étant sévères faisaient significativement plus d'exams anogénitaux que les garçons et les enfants victimes d'AS moins sévères. Toutefois, aucune différence n'a été observée quant à l'âge de l'enfant et le type d'agresseur. Ces résultats, qui diffèrent de ceux d'autres études, infirment donc les hypothèses formulées en lien avec ces deux variables et pourraient s'expliquer en partie en raison de la nature de l'échantillon.

En ce qui concerne les facteurs prédictifs de l'examen, les résultats de cette recherche indiquent que quatre facteurs, soit l'absence d'emploi de la mère, être victime d'une AS très sévère, être victime d'un agresseur adulte et provenir d'une famille monoparentale contribuent à prédire si l'examen anogénital est réalisé ou pas à la suite du dévoilement.

Il est surprenant que l'absence d'emploi de la mère soit le facteur le plus prédictif de l'examen, mais l'explication la plus plausible pour donner un sens à ce résultat est la plus grande disponibilité de la mère pour emmener l'enfant chez le médecin. Il est possible de se questionner quant à la pertinence de mettre en place certaines mesures afin de faciliter l'accessibilité à l'examen médical, entre autres pour les familles dont la mère a un emploi.

Pour ce qui est de la sévérité de l'AS et le fait d'avoir été victime d'un agresseur adulte, l'explication qui a été proposée est que la plus grande probabilité de trouver des preuves chez ces enfants pourrait influencer la décision de l'intervenant de référer ou non

l'enfant à l'examen médical. Ces résultats laissent croire que les intervenants ont comme objectif d'utiliser l'examen médical pour la recherche des preuves plutôt que de rassurer la victime et sa famille quant à l'intégrité physique de l'enfant.

Les résultats montrent que le fait de venir d'une famille monoparentale contribue aussi à prédire l'examen médical. Ce résultat était inattendu puisqu'aucune étude n'a obtenu de résultats allant dans ce sens et qu'un parent seul devrait habituellement avoir moins de disponibilité qu'une famille composée de deux parents. Toutefois, une explication possible viendrait du fait que les familles monoparentales ont tendance à plus utiliser les services de santé et les services sociaux que les familles composées de deux parents.

Tous ces résultats indiquent que malgré les nombreuses études qui démontrent l'importance de l'examen anogénital, seulement certains enfants victimes d'AS le complètent à la suite du dévoilement. Il serait donc important que des mesures soient mises en place afin d'inciter les intervenants à référer tous les enfants à l'examen médical, et ce peu importe la probabilité de trouver des preuves d'AS. Le fait de rassurer la victime ainsi que son parent quant à l'intégrité physique de l'enfant justifie à lui seul la nécessité que l'enfant complète l'examen à la suite du dévoilement d'AS. Afin de mieux documenter les facteurs prédictifs de l'examen et de s'assurer de la généralisation des résultats obtenus dans cette étude, des recherches supplémentaires devraient être menées au Québec auprès d'une clientèle ne fréquentant pas un Centre d'appui aux enfants.

Références

- Allard-Dansereau, C., Frappier, J.-Y. (2011). L'intervention médicale et médicolégale auprès des enfants et des adolescents victimes d'agressions sexuelles. Dans M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants Tome 1* (p. 97-147). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Berliner, L. (2011). Child sexual abuse-Definitions, prevalence, and consequences. Dans J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T.A. Reid (dir.), *The APSAC Handbook on child maltreatment* (2^e éd., p. 215-232). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Berliner, L., & Conte, J. R. (1995). The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 19(3), 371-384.
- Boudewyn, A. C., & Liem, J. H. (1995). Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, 8(3), 445-459.
- Briere, J., & Elliot, D. M. (2001). Immediate and long term impacts of child sexual abuse. Dans K. Franey, R. Geffner & R. Falconer (dir.), *The cost of child maltreatment: Who pays? We all do* (p. 121-136). San Diego, CA: Family Violence and Sexual Assault Institute.
- Briere, J., & Elliot, 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.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.
- Ceci, S. J., & Bruck, M. (1993). Suggestibility of the child witness: A historical review and synthesis. *Psychological Bulletin*, 113(3), 403-439.
- Daignault, I.V., & Hébert, M. (2004). L'adaptation scolaire des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle. *Psychologie canadienne*, 45(4), 293-307.
- Daignault, I.V., & Hébert, M. (2009). Profiles of school adaptation: Social, behavioural and academic functioning in sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect*, 33, 102-115.
- Davies, E., & Seymour, F. (2001). Medical evaluations in cases of suspected child sexual abuse: Referrals and perceptions. *New Zealand Medical Journal*, 114, 334-335.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Whitfield, C.L., Brown, D.W., Felitti, V.J., Dong, M., & Giles, W.H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventing Medicine*, 28(5), 430-438.
- 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 the province of Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V., & Piché, C. (2006). Correlates of behavioural outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299.
- Henry, J. (1997). System intervention trauma to child sexual abuse victims following disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(4), 499-512.

- Marks, S., Lamb, R., & Tzioumi, D. (2009). Do no more harm: The psychological stress of the medical examination for alleged child sexual abuse. *Journal of Paediatrics and Child Health, 45*(3), 125-132.
- National Children's Alliance. (2007). *National Children's Alliance news*. Washington D.C.: Author.
- Paolucci, E.O., Genuis, M.L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology, 135*, 17-36.
- Sedney, M. A., & Brooks, B. (1984). Factors associated with a history of childhood sexual experience in a nonclinical female population. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23*(2), 215-218.
- Smith, D. W., Witte, T. H., & Fricker-Elhai, A. E. (2006). Service outcomes in physical and sexual abuse cases: A comparison of child advocacy center-based and standard services. *Child Maltreatment, 11*(4), 354-360.
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment, 16*(2), 79-101.
- Tourigny, M., Gagné, M.-H., Joly, J., & Chartrand, M.-È. (2006). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Revue canadienne de santé publique, 97*, 109-113.
- Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M., & Baril, K. (2008). Prevalence et co-occurrence of violence against children in the Quebec population. *Australian & New Zealand Journal of Public Health, 32*(4), 331-335.
- Tourigny, M., Mayer, M., Hélie, S., Wright, J., & Trocmé, N. (2001). Les mauvais traitements envers les enfants tels que rapportés aux Directeurs de la protection de la jeunesse. *Portrait social du Québec, 466-467*.
- Walrath, C. M., Ybarra, M. L., Sheehan, A. K., Holden, E. W., & Burns, B. J. (2006). Impact of maltreatment on children served in community mental health programs. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 14*(3), 143-156.
- Zellman, G. L., & Fair, C. C. (2002). Preventing and reporting abuse. Dans J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T.A. Reid (dir.), *The APSAC Handbook on child maltreatment* (2^e éd., p. 449-475). Thousand Oaks, CA : Sage.