

Université de Montréal

**Évaluation de l'anxiété, de la détresse et de la douleur provoquée par l'examen anogénital
chez les enfants soupçonnés d'avoir été victime d'agression sexuelle**

par

Valérie Guertin

Essai doctoral
présenté en vue de l'obtention du doctorat (D.Psy.)
sous la direction de Mireille Cyr

Lu et approuvé :

Signature du directeur d'essai

31 août 2016
© Valérie Guertin, 2016

Résumé

Les données empiriques concernant les effets de l'examen anogénital à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle chez les enfants sont peu nombreuses et contradictoires. L'objectif de cette étude est de documenter l'état émotionnel de l'enfant soupçonné d'avoir été victime et celui de son parent lors de la visite médicale, ainsi que les facteurs qui pourraient être liés aux niveaux d'anxiété, de détresse et de douleur ressentis par l'enfant. L'échantillon, composé de 55 enfants âgés entre 6 et 12 ans et leurs parents, est réparti en deux groupes, soit 37 enfants victimes et 18 enfants non victimes ayant consulté pour des infections urinaires. Les résultats des tests chi-carré et test-t indiquent, contrairement à ce qui était attendu, qu'il n'y a aucune différence significative quant au niveau d'anxiété ressentie entre les enfants victimes et non victimes et qu'entre les enfants et leur parent. De plus, le niveau de connaissances par rapport à l'examen anogénital n'est pas lié au niveau d'anxiété ressentie par l'enfant et le parent, ainsi qu'au niveau de détresse de l'enfant. Finalement, aucun lien n'a été trouvé entre l'anxiété ressentie par l'enfant avant l'examen et le niveau de douleur rapporté durant celui-ci. Afin d'obtenir un portrait des participants quant aux antécédents médicaux, ainsi qu'aux caractéristiques de l'examen médical, diverses analyses statistiques exploratoires ont été effectuées. Les résultats confirment ceux d'autres études indiquant que les enfants victimes d'agression sexuelle ne vivent pas plus d'anxiété, de détresse (score total) et de douleur que les enfants non victimes lors de l'examen.

Mots-clés : agression sexuelle, enfant, examen anogénital, anxiété, détresse, douleur, centre d'appui aux enfants, psychologie clinique

Abstract

Empirical evidence on the effects of anogenital examination following disclosure of child sexual abuse are scarce and inconsistent. The objective of this study was to provide a better understanding of the emotional response of children and their parents at the time of the medical examination and to identify the factors that may be related to the child's report of anxiety, distress and pain. The sample was composed of 55 children ranging in age from 6 to 12 years old and their parents, divided into two groups: 37 sexually abused children and 18 non-abused children consulting for urinary tract infection. Results of chi-square and t-tests analyses indicate that, contrary to expectations, there is no significant difference between victims and non-victims and between children and their parents in regard to child anxiety. Moreover, the level of knowledge relative to the anogenital examination is not related to the level of anxiety reported by the child and the parents, or to the level of distress experienced by the child. Finally, no link was found between the anxiety experienced by the child before the examination and the level of pain reported during the examination. Various exploratory statistical analyses were carried out to obtain a portrait of child victims and non-victims relative to their medical history and characteristics of the medical examination. Consistent with the results of prior studies, our results suggest that child victims do not experience more anxiety, distress (total score) and pain than non-victimized children.

Keywords : sexual abuse, child, anogenital exam, anxiety, distress, pain, Child Advocacy Center, clinical psychology

Table des matières

Résumé	i
Abstract	ii
Liste des tableaux	iv
Liste des abréviations	v
Remerciements	vi
Introduction	1
Objectifs	8
Méthode	8
Participants	8
Instruments de mesure	9
Procédure	12
Résultats	12
Discussion	15
Forces et limites de la présente étude	20
Pistes de recherches futures	21
Implications cliniques	22
Références	23

Liste des tableaux

TABLEAU 1.

<i>CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE EN FONCTION QU'IL A ÉTÉ VICTIME OU NON D'AS.....</i>	<i>29</i>
---	-----------

TABLEAU 2.

<i>DESCRIPTION DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET DE LA VISITE MÉDICALE.....</i>	<i>30</i>
---	-----------

TABLEAU 3.

<i>DESCRIPTION DES VARIABLES D'INTÉRÊTS (ANXIÉTÉ, DÉTRESSE ET DOULEUR)</i>	<i>31</i>
--	-----------

Liste des abréviations

AS	Agression sexuelle
CEMV	Centre d'expertise Marie-Vincent
CHU Sainte-Justine	Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
<i>É.T.</i>	Écart-type
<i>M</i>	Moyenne
n.s.	Non significatif

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement ma directrice de recherche, Mireille Cyr, pour sa grande compréhension, sa disponibilité et son soutien tant financier que psychologique. Durant ces cinq dernières années, j'ai ainsi eu la chance de travailler en collaboration avec une femme persévérante, rigoureuse, engagée et passionnée, ce qui m'a amenée à ne pas abandonner et à repousser mes limites. Merci aussi à Pierre McDuff pour ses nombreux conseils statistiques et son calme, malgré tous les problèmes rencontrés avec ce projet.

J'aimerais souligner l'aide financière qui m'a été octroyée, par le biais des bourses du CRIPCAS, de la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants, de l'Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA) ainsi que du département de psychologie de l'UdeM, puisque celle-ci m'a permis de me concentrer sur la rédaction de cet essai doctoral.

Je veux également remercier chaleureusement le CEMV et le CHU Sainte-Justine pour leur merveilleuse collaboration dans ce projet de recherche puisque, sans vous, ce projet n'aurait jamais pu avoir lieu.

Merci aussi à mes collègues de labo : Val, Karine, Agnès, Jonathan, Sandra et Maxim qui m'ont aidée et soutenu tout au long de mon parcours. Vous avez été des sources d'informations, de motivation et de réconfort pendant toutes ces années. Je garde de très beaux souvenirs de nos nombreuses discussions qui ont si souvent remplacé nos périodes de travail. Je tiens aussi à remercier Mel, la maman du labo, qui a toujours été là pour m'écouter et me motiver, tant pour la recherche et la clinique que ma vie personnelle.

Je veux aussi remercier trois enseignants passionnés qui se sont particulièrement démarqués dans mon parcours et qui ont été des sources d'inspiration pour moi, soit Dominique

Meilleur, Isabelle Daigneault et Alexandre l'Archevêque. Vous m'avez permis de voir la psychologie sous un œil différent en plus de façonner la clinicienne que je suis devenue.

Sur une note plus personnelle, je veux remercier mes parents, Ginette et René, qui m'ont toujours soutenue et encouragée dans mes études, et ce, peu importe la distance et la complexité de mon cheminement. Merci aussi à Val, Alex, Sab, Julie, Jessie-Ann, Drew, Anne, Léandre, Florence, Caro et Maryse et tous les autres qui ont cru en moi pendant toute cette longue traversée et qui ne m'ont jamais laissé tomber, malgré les nombreuses tempêtes. Puis, un merci bien spécial à trois personnes qui ont joué un rôle très particulier dans ma vie: Jade, Jess et Marie. Malgré le fait qu'on ne sache pas trop ce qui a amené la création de notre quatuor, il n'en reste pas moins que je ne regrette rien de ces trois années chaotiques parsemées tant de pleurs que de folies. Merci d'être qui vous êtes et d'avoir continué à croire en moi, même quand moi je n'y croyais plus. Vous m'avez aidé à me dépasser en plus de m'apprendre incessamment ce que veut vraiment dire l'expression : « lâcher prise ». Merci d'avoir été et d'être encore aujourd'hui des collègues, des amies... une famille.

Introduction

L'agression sexuelle (AS) chez les enfants est maintenant considérée comme un problème de santé publique très sérieux étant donné sa prévalence dans la population générale et les conséquences qui en découlent. En Amérique du Nord, 20% des filles et 8% des garçons ont été victimes d'AS avant l'âge de 18 ans (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink et van Ijzendoorn, 2015). Des données comparables ont été obtenues au Québec avec une prévalence de 16% chez les femmes et de 7% chez les hommes (Flores, Laforest et Joubert, 2016). Ces taux seraient toutefois jusqu'à 30 fois plus élevés lorsque l'AS est rapportée par la victime plutôt que par les autorités (Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser et Bakermans-Kranenburg, 2011).

Il est maintenant bien établi qu'une AS est un événement traumatique qui peut entraîner de nombreuses conséquences au plan psychologique, physique et comportemental chez les enfants qui en sont victimes (Berliner, 2011) et que ces difficultés peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte (Afifi et al., 2014). Il est ainsi important que les enfants victimes reçoivent des services spécialisés et adaptés à leurs besoins à la suite du dévoilement afin de diminuer les symptômes présents et la possibilité d'en développer dans le futur (American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 1991).

La visite médicale

Parmi les mesures qui sont mises en place afin de veiller à la sécurité et au développement de l'enfant à la suite d'un dévoilement d'AS, on retrouve la visite médicale. Tout au long de celle-ci, des efforts sont déployés par les professionnels de la santé pour s'ajuster aux besoins de l'enfant, et ce, dans le but de diminuer les risques d'effets négatifs. En ce sens, la durée de la rencontre est souvent plus longue qu'un examen de routine pour s'assurer que l'enfant est bien préparé et qu'il a un sentiment de contrôle au cours de l'examen (Berson, Herman-Giddens et Frothingham, 1993; Britton, 1998). Concrètement, la visite médicale comprend deux types

d'examen (général et anogénital), mais la transition entre les deux se fait naturellement et progressivement (Botash, 1997). Le médecin commence ainsi par examiner l'enfant de la tête aux pieds, 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, pour ensuite examiner les parties génitales externes et la zone anale de l'enfant.

La visite médicale a donc pour but de déceler la présence d'infections transmises sexuellement, de diagnostiquer et traiter les traumatismes génitaux lorsque nécessaire, de rassurer le parent et son enfant quant à l'intégrité physique de ce dernier ainsi que de fournir un soutien médical, social et psychologique pour prévenir le risque que l'enfant soit victime d'autres mauvais traitements (Allard-Dansereau et Frappier, 2011; Marks, Lamb et Tzioumi, 2009). Bien que les experts suggèrent que tous les enfants soupçonnés d'avoir vécu une AS complètent 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; Finkel & De Jong, 2001), la recension de cette documentation scientifique montre que seulement entre 10% et 25% d'entre eux complètent l'examen anogénital (Berliner & Conte, 1995; Faller & Henry, 2000; Hibbard, 1998; Kerns et al., 1994; Smith, Witte, Fricker-Elhai, 2006; Whitcomb, Goodman, Runyan, & Hoak, 1994). Ces taux pourraient être expliqués en partie par des notions préconçues des intervenants quant à l'utilité de l'examen ainsi que par les caractéristiques individuelles du cas, telles que le type d'AS, puisqu'elles influenceraient la décision que l'enfant complète ou non l'examen médical (Hibbard & Zollinger, 1992; Kerns et al., 1994).

Présence d'anxiété, de détresse et de douleur

Les professionnels de la santé ont remarqué, au fil des ans, que l'examen des parties génitales pouvait être une procédure effrayante pour certains enfants soupçonnés d'avoir été agressés sexuellement. Cela n'est toutefois pas surprenant puisqu'il s'agit habituellement d'une

expérience inconnue pour l'enfant et que plusieurs aspects de l'examen sont susceptibles d'être perçus comme gênants, douloureux, effrayants ou intrusifs. Quelques études ont porté sur la façon dont se sentent les enfants vis-à-vis l'examen anogénital, mais à ce jour, aucune donnée n'a supporté l'hypothèse affirmant que celui-ci est une expérience traumatisante pour l'enfant, et ce, même s'il n'a pas été préparé avant (Berenson et al., 2000; Dubowitz, 1998; Gully, Britton, Hansen, Goodwill et Nope, 1999; Lazebnik et al., 1994; Palusci et Cyrus, 2001; Steward, Schmitz, Steward, Joye et Reinhart, 1995; Waibel-Duncan, 2001; Waibel-Duncan et Sanger, 1999). Malgré tout, il est possible de croire que l'enfant demeure à risque de ressentir de l'anxiété, de la détresse ainsi que de la douleur au moment de la visite médicale.

Anxiété

En ce qui a trait aux enfants victimes d'AS, il a été démontré qu'ils sont plus susceptibles de souffrir de troubles intériorisés (p.ex. symptômes d'anxiété et de dépression, troubles somatiques) et d'entretenir certaines croyances erronées (p.ex. qu'il ne peut faire confiance à personne) que les enfants non victimes (Berliner, 2011). En plus d'avoir des répercussions sur le quotidien de l'enfant, le fait d'avoir été victimes d'AS influencerait comment il se sent lors de l'examen médical. En effet, certaines données existantes suggèrent que le fait qu'un enfant ait été victime d'AS ou d'agression physique est associé à une augmentation du niveau d'anxiété ressenti lors de la visite médicale (Gully, Hansen, Britton, Langley et McBride, 2000; Hornor, Scribano, Curran, Stevens et Roda, 2009).

Dans plusieurs études, la perception de l'enfant n'est toutefois pas prise en considération et ce sont les parents qui sont rencontrés pour documenter comment se sent leur enfant par rapport à l'examen anogénital. Selon Allard-Dansereau et al. (2001), 40,2% des mères ont dit que leur enfant était anxieux ou très anxieux avant la visite médicale et bien que la plupart des enfants avaient évalué l'examen comme étant très désagréables, il demeure que les mères avaient

tendance à l'évaluer plus négativement que les enfants. Malgré le fait que les auteurs ont évalué le stress plutôt que l'anxiété, des résultats semblables ont été observés par Marks et al. (2009), soit que plus de la moitié des parents étaient extrêmement stressés avant l'examen et supposaient que leur enfant l'était autant, mais qu'après la procédure, seulement 17% des parents ont trouvé que leur enfant était réellement stressé.

Bref, les enfants victimes seraient plus susceptibles de vivre de l'anxiété que les enfants non victimes, mais l'intensité de celle-ci varierait selon le répondant, ce qui souligne l'importance de demander directement à l'enfant quand il est question de ses émotions puisque les parents ne semblent pas être en mesure d'évaluer adéquatement la situation. Ceux-ci seraient en fait plus anxieux que leurs enfants lors de la visite médicale.

Détresse

Afin de mieux cerner l'impact émotionnel de l'examen anogénital ainsi que les conséquences qui y sont associées, l'étude de Gulla et al., (2007), effectuée auprès de 158 enfants âgés de 5 à 6 ans, est particulièrement intéressante puisqu'elle porte sur des enfants n'ayant pas été victimes d'AS. Les résultats montrent qu'environ le tiers d'entre eux ont présenté des signes mineurs de détresse durant l'examen, mais que lorsque les données sont auto-rapportées plutôt qu'obtenues par le biais de l'infirmière ou des parents, seulement 7,7% des enfants ont considéré l'examen comme étant négatif ou plutôt négatif. Il en ressort que les enfants vivent peu de détresse durant l'examen médical, mais que les taux varient considérablement selon le répondant.

Pour ce qui est du niveau de détresse ressenti par les enfants victimes d'AS lors d'une visite médicale, l'étude d'Allard-Dansereau et al. (2001), effectuée auprès d'un échantillon de 50 enfants âgés de 4 à 12 ans, conclut que plus de la moitié des enfants n'ont pas vécu de détresse psychologique lors de l'examen, malgré la présence de peur et d'anxiété chez certains. Deux autres études (Gulla et al. 2007; Gully et al. 1999) ont quant à elles divisées la visite médicale en

deux parties (examen général et anogénital) et les résultats montrent que la détresse est significativement plus élevée lorsque les parties anogénitales sont examinées comparativement au reste du corps. Malgré le fait qu'une étude (Palusci et Cyrus, 2001), qui a évalué la réaction de 227 enfants âgés de 0 à 17 ans, a obtenu que 14% des enfants ont toujours une appréhension après l'examen il semblerait que les sentiments négatifs, dont la détresse, seraient moins élevés après avoir complété l'examen anogénital qu'avant celui-ci (Steward et al., 1995).

En résumé, ces études permettent de conclure que ce ne sont pas tous les enfants qui ressentent de la détresse lors de l'examen anogénital et que les taux sont plus faibles lorsque les données sont auto-rapportées. De plus, ce serait lorsque les parties anogénitales de l'enfant sont observées, plutôt que le reste de son corps, que l'enfant ressentirait plus de détresse et cela diminue lorsque l'examen est terminé.

Douleur

En ce qui concerne le niveau de douleur ressenti par les enfants lors de l'examen, les résultats sont similaires d'une étude à l'autre et suggèrent que la majorité des enfants ne ressentent pas ou peu de douleur. En effet, Allard-Dansereau et al. (2001) rapportent que 20% des enfants interrogés disent avoir ressenti de la douleur et Steward et al. (1995) montrent que 16% des jeunes filles âgées entre 3 et 15 ans décrivaient l'examen comme étant douloureux.

Tout comme pour l'anxiété et la détresse, les taux de douleur obtenus seraient plus élevés lorsque le répondant est le parent plutôt que l'enfant. En ce sens, l'étude de Marks et al. (2009) montre que 87% des parents d'enfants victimes d'AS âgés de 3 ans et plus s'attendaient à ce que leur enfant ressente un peu de douleur, mais qu'après l'examen, seulement 48% des parents croyaient que la procédure avait été douloureuse pour leur enfant. L'étude de Lazebnik et al. (1994) a quant à elle obtenu, après avoir interrogé les parents de 99 enfants âgés de 3 à 17 ans, que 57% des enfants avaient ressenti de la douleur, mais que seulement 14% la considéraient

comme élevée.

Il est important de noter que ce sont les enfants anxieux ou en détresse qui sont le plus susceptibles de ressentir de la douleur physique (Bernard, Peters et Makoroff, 2006). Ainsi, l'anxiété vécue lors de l'examen médical peut contribuer à l'apparition de comportements perturbateurs ainsi qu'une augmentation de la perception d'inconfort et de douleur chez l'enfant (Thevenin, 1990). Bref, les enfants ressentiraient généralement peu ou pas de douleur lors de l'examen, mais les taux semblent être influencés par le type de répondant. De plus, l'expérience de douleur est vécue différemment d'un enfant à l'autre, mais il semblerait que la présence d'anxiété avant l'examen ou de détresse pourrait influencer le niveau de douleur ressenti.

Facteurs associés à la présence d'anxiété, de détresse et de douleur

Quelques facteurs ont été identifiés comme étant associés à la réaction émotionnelle de l'enfant et de son parent lors de l'examen. Ainsi, les caractéristiques de l'enfant (p.ex. jeune, crainte des examens de routine), ainsi que de l'examen (p.ex. absence de support parental durant l'examen) peuvent augmenter la détresse vécue par l'enfant (Allard-Dansereau et al., 2001; Berson et al., 1993; Britton, 1998; Dubowitz, 1998; Gully et al., 2000; Lazebnik et al., 1994; Steward et al., 1995).

Selon Lumley et al. (1993), les expériences médicales antérieures seraient un des facteurs qui influence le plus le niveau de détresse de l'enfant durant l'examen. En ce sens, les études de Lazebnik et al. (1994), de Dahlquist et al. (1986), effectuée auprès de 79 enfants âgés de 3 à 12 ans, et de Bijjebier et Vertommen (1998), portant sur 47 enfants âgés de 2 à 13 ans, indiquent que les enfants ayant vécu une expérience négative, plutôt que neutre ou positive, lors d'un examen médical quelconque dans le passé, vont ressentir plus d'anxiété avant l'examen, démontrer une détresse plus intense et seront moins coopératifs lors d'une future consultation chez le médecin, et ce, même s'il s'agit d'un simple examen de la gorge.

En ce qui a trait au niveau de connaissances par rapport à l'examen, les études montrent que cela peut avoir un impact tant sur comment se sent l'enfant que le parent lors de la visite médicale. Ainsi, plusieurs enfants sont peu et mal informés quant à la nature et au but de la visite médicale et cela influence leur état émotionnel lors de l'examen (Britton, 1998; De San Lazaro, 1995; Lynch et Faust, 1998; Rasnake et Linscheid, 1989). En ce sens, Rheingold et al. (2013) mentionnent que 94,1% des enfants ne savent pas en quoi consiste l'examen médical. Selon Steward et al. (1995), la plupart des mères préparent très peu leur enfant et omettent de mentionner que la zone anogénitale sera examinée; seulement 7% des enfants auraient reçu de telles informations. Cette préparation désuète n'est pas sans conséquence, car les études indiquent qu'une augmentation des connaissances à propos de l'examen anogénital chez l'enfant est liée à moins d'anxiété avant l'examen (Rheingold, Davidson, Resnick, Self-Brown et Danielson, 2013) et à moins de détresse durant l'examen (Thevenin, 1990 ; Waibel-Duncan et Sanger, 1999). Bref, le fait que les enfants n'ont que quelques informations à propos de l'examen et que celles-ci ne sont pas toujours exactes, influenceraient comment ceux-ci se sentent lors de l'examen médical.

Lorsque l'on s'attarde à l'expérience vécue par le parent lors de l'examen anogénital, il est possible de remarquer que ceux-ci ne sont pas mieux informés. En ce sens, selon une étude récente (Rheingold et al., 2013), plus de la moitié des parents ne savaient pas en quoi consistait l'examen (61,8%) et ces résultats rejoignent ceux d'études antérieures qui indiquent que les parents reçoivent des informations partielles et imprécises en ce qui a trait à l'examen de leur enfant (Berson et al., 1993; Steward et al., 1995; Waibel-Duncan et Sanger, 1999). Il est toutefois difficile de bien saisir l'impact du niveau de connaissances du parent à propos de l'examen sur son état émotionnel puisque les concepts ainsi que les temps de mesure varient d'une étude à l'autre. En ce sens, l'étude de Rheingold et al. (2013), a montré que les parents qui avaient plus de connaissances sur le but et la procédure de l'examen anogénital ressentaient plus d'anxiété

avant celui-ci tandis que l'étude de Marks et al. (2009) a plutôt obtenu qu'un manque de connaissances était associé à un niveau élevé de détresse chez les parents durant l'examen.

Bref, le fait d'avoir déjà eue une expérience négative chez le médecin dans le passé influence négativement comment se sent l'enfant lors des visites médicales futures. De plus, les enfants et les parents n'ont que très peu d'informations quant à la nature et au but de l'examen anogénital et cela influence l'expérience vécue lors de la visite médicale.

Objectifs

Cette recherche vise à documenter l'état émotionnel de l'enfant soupçonné d'avoir vécu une AS et de son parent lors de la visite médicale ainsi que les facteurs qui pourraient être liés au niveau d'anxiété, de détresse et de douleur ressenti par l'enfant. En se basant sur les études réalisées dans le passé, les hypothèses de recherche sont que : 1) Les enfants victimes d'AS seront significativement plus nombreux à ressentir de l'anxiété avant l'examen anogénital que les enfants n'ayant pas été victimes, 2) Il y aura significativement plus de parents que d'enfants qui rapporteront de l'anxiété avant l'examen anogénital, 3) Les enfants qui ressentiront de l'anxiété avant l'examen rapporteront significativement plus de douleur pendant l'examen que les enfants qui ne seront pas anxieux, 4) Les enfants qui auront moins de connaissances quant à l'examen anogénital seront plus anxieux avant l'examen et ressentiront plus de détresse durant celui-ci que les enfants qui auront plus de connaissances, 5) Les parents qui auront plus de connaissances quant à l'examen anogénital seront plus anxieux avant le début de l'examen que ceux qui détiennent moins de connaissances.

Méthode

Participants

L'échantillon est formé de 55 enfants répartis en deux groupes. Le premier est composé de 37 enfants (28 filles et 9 garçons) âgés entre 6 et 12 ans ($M = 8,8$; $É.T. = 1,8$) soupçonnés

d'avoir vécu une AS et de leur figure parentale non agresseure. Ceux-ci ont été sollicités lors de la prise de rendez-vous pour la visite médicale de leur enfant au Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV), qui est un Centre d'appui aux enfants qui offre sous un même toit plusieurs services (policiers, médecins, travailleurs sociaux et psychologues) spécifiquement adaptés aux besoins des victimes d'AS âgés de 6 à 12 ans. Le deuxième groupe est quant à lui formé de 18 enfants (13 filles et 5 garçons) non victimes âgés entre 6 et 11 ans ($M = 8,5$; $É.T. = 1,9$) et de leur figure parentale qui ont été sollicités à leur arrivée à la Clinique des infections urinaires au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine).

En ce qui a trait aux caractéristiques des enfants victimes d'AS, 36,7% ont rapporté avoir subi un seul incident d'AS et 63,3% disent avoir subi des épisodes répétitifs ou chroniques. Lors du premier épisode, les enfants étaient âgés entre 4 et 11 ans ($M = 7,9$; $É.T. = 2,3$) tandis que les agresseurs étaient âgés entre 10 et 75 ans ($M = 34,1$; $É.T. = 18,6$), mais majoritairement âgés de plus de 19 ans (65,6%). L'agresseur était soit le père ou le beau-père (41,2%), un frère ou un demi-frère (20,6%), un membre de la famille élargie (17,7%) ou une connaissance (20,6%).

Instruments de mesure

Afin d'obtenir un maximum d'informations concernant l'expérience vécue par l'enfant et son parent lors de la visite médicale, cinq instruments de mesure ont été utilisés auprès de l'enfant, du parent et du médecin.

Entrevue semi-structurée. L'entrevue, basée sur les études faites par Allard-Dansereau et al. (2001) et Steward et al. (1995), est d'abord effectuée avec l'enfant individuellement et ensuite avec le parent seul, et ce, avant qu'ils rencontrent le médecin. L'entrevue permet d'en apprendre davantage sur comment l'enfant et son parent se sentent, sur les connaissances qu'ils ont concernant la visite médicale, sur les attentes du parent ainsi que sa perception de la réaction

de son enfant face à l'examen. Le parent fournit aussi des informations concernant les caractéristiques sociodémographiques de la famille (p.ex. l'âge de l'enfant et du parent, le revenu familial) et le dossier médical de l'enfant (p.ex. la présence d'un problème de santé chronique ou d'antécédents chirurgicaux, la fréquence des visites chez le médecin) dans le but de contrôler le degré de familiarité de l'enfant avec les examens médicaux. Pour déterminer le niveau de connaissance de l'enfant et du parent, le nombre de réponses données a été additionné et trois niveaux ont été retenus (p.ex. aucune connaissance, 1 connaissance, 2 connaissances et plus).

L'échelle d'anxiété situationnelle de l'Inventaire d'anxiété situationnelle et de Trait de l'enfant. Cet instrument de 20 items est une version française et adaptée du *State and Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC*; Spielberger, Edwards, Lushence, Montuori et Platzek, 1973), soit *l'Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait de l'enfant (IASTE*, Turgeon et Chartrand, 2003). Celui-ci permet d'évaluer, sur une échelle de Likert en trois points (1 = presque jamais à 3 = souvent), l'anxiété vécue par l'enfant lors de la visite médicale. Aux fins de l'étude, l'anxiété situationnelle de l'enfant a été évaluée avant et après l'examen. La consistance interne de l'instrument se situe à 0,88, la fidélité temporelle à 0,43 et la validité convergente à 0,46. Étant donné l'absence de seuil clinique établi pour cet instrument, deux catégories ont été créées pour les analyses (Score total plus grand de 0 = Présence d'anxiété, Score total de 0 = Absence).

L'échelle d'Anxiété Situationnelle de l'Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété. Ce questionnaire est une version courte de 6 items (*STAI-SF-Y*, Marteau et Bekker, 1992) de la version française du *State and Trait Anxiety Inventory (STAI-Y*, Spielberg, 1983). Celui-ci permet d'évaluer, sur une échelle de Likert à quatre points (1 = pas du tout à 4 = beaucoup), leur anxiété situationnelle vis-à-vis la visite médicale de leur enfant, et ce, avant et après l'examen médical. Cette version a une consistance interne de 0,90 et une fidélité temporelle variant de 0,79 à 0,81. De plus, des corrélations variant de 0,92 à 0,95 sont obtenues

entre les scores de la version courte et longue. Le coefficient de corrélation obtenu entre une situation anxiogène et non anxiogène est de 0,89, ce qui corrobore la validité de construit de l'instrument. Étant donné l'absence de seuil clinique établi pour cet instrument, deux catégories ont été créées pour les analyses (Score total plus grand de 0 = Présence d'anxiété, Score total de 0 = Absence).

Évaluation de la douleur. Cet instrument, qui est la version française et révisée du *Pain Faces Scale* (Bieri, Reeve, Champion, Addicoat et Ziegler, 1990), permet d'évaluer, à l'aide de dessin représentant six visages (0 = pas mal à 10 = très très mal), la douleur ressentie par l'enfant avant, pendant et après l'examen médical. Il est important de noter que pour ne pas influencer la douleur ressentie pendant l'examen, la question a été posée rétrospectivement. Cet instrument a une fidélité interjuges moyenne de 0,97 et un coefficient de corrélation de 0,92 a été obtenu avec une échelle visuelle analogique, ce qui supporte la validité de l'instrument. Étant donné l'absence de seuil clinique établi pour cet instrument, deux catégories ont été créées pour les analyses (Score total plus grand de 0 = Présence de douleur, Score total de 0 = Absence).

Échelle de détresse lors d'un examen génital. Cette mesure d'observation de 7 indices de détresse comportementale est la version française du *Genital Examination Distress Scale* (Gully et al., 1999). Elle comporte deux sous-échelles, soit la détresse agitée (pleurs, contrainte, rigidité musculaire, battre l'air) et la détresse verbale (comportements nerveux, verbalisation de la peur ou de la douleur). Elle a été complétée par le médecin après la visite médicale pour évaluer le degré de détresse perçue chez l'enfant durant l'examen à l'aide d'une échelle de Likert à 3 points (1 = absent à 3 = définitivement démontré). Cet instrument a une consistance interne de 0,71 et une fidélité interjuge de 0,61 lorsque le score total est utilisé. Étant donné l'absence de seuil clinique établi pour cet instrument, deux catégories ont été créées pour les analyses (Score total plus grand de 0 = Présence de détresse, Score total de 0 = Absence).

Procédure

Les participants ont été sollicités à leur prise de rendez-vous au CEMV ou à leur arrivée à la clinique d'infection urinaire du CHU Sainte-Justine pour leur examen médical. Une assistante de recherche était présente pour rencontrer l'enfant et son répondant afin de leur expliquer le projet, leur faire signer le formulaire de consentement et les aider à remplir les questionnaires avant et après l'examen médical. Les médecins ont aussi été sollicités après la visite médicale pour compléter l'Échelle de détresse lors d'un examen génital. L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine, certificat qui est reconnu 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, en ce qui a trait aux caractéristiques sociodémographiques, des analyses Chi-carré et test t ont été effectuées et sont rapportées au Tableau 1. Les résultats montrent qu'il y a des différences significatives entre les enfants victimes et non victimes en ce qui a trait au type de famille ($\chi^2 (1, N = 55) = 13,96, p = 0,000, \text{Phi} = -0,504$) et au revenu familial ($\chi^2 (1, N = 55) = 11,26, p = 0,001, \text{Phi} = 0,452$). Cela signifie qu'un plus haut taux d'enfants victimes ne vivent pas dans leur famille d'origine et sont dans des familles avec un revenu plus faible, lorsque comparé aux enfants qui ne sont pas victimes.

Afin de vérifier les hypothèses qui ont été émises, des analyses Chi-carré et test t ont été effectuées. Contrairement à ce qui était attendu, il n'y a pas plus d'enfants vivant de l'anxiété dans le groupe des victimes que celui des non victimes ($t (50) = 0,630, p = \text{n.s.}$). En ce qui concerne la présence d'un lien entre l'anxiété vécue par l'enfant victime et son parent, les résultats ne sont pas significatifs, ce qui signifie qu'il n'y a pas plus de parents que d'enfants qui vivent de l'anxiété avant l'examen ($\chi^2 (1, N = 35) = 0,686, p = \text{n.s.}, \text{Phi} = 0,140$). L'analyse des données montre aussi que les enfants qui ressentent de l'anxiété avant l'examen ne rapportent pas

plus de douleur pendant celui-ci ($\chi^2 (1, N = 38) = 0,422, p = \text{n.s.}, \text{Phi} = 0,105$). Pour ce qui est du niveau de connaissances quant au déroulement de l'examen anogénital chez l'enfant, les résultats indiquent qu'il n'est pas lié à la présence d'anxiété avant l'examen ($\chi^2 (2, N = 34) = 3,143, p = \text{n.s.}, \text{Phi} = 0,304$) ainsi qu'à la détresse verbale ($\chi^2 (2, N = 31) = 0,045, p = \text{n.s.}, \text{Phi} = 0,978$) ou agitée ($\chi^2 (2, N = 31) = 0,471, p = \text{n.s.}, \text{Phi} = 0,123$) ressentie durant l'examen. Cela signifie que le fait d'avoir moins de connaissances à propos de l'examen n'est pas lié à un niveau plus élevé d'anxiété avant l'examen ou de détresse durant l'examen. Finalement, les résultats montrent que le niveau de connaissances du parent concernant l'examen n'est pas lié à l'anxiété vécue avant l'examen ($\chi^2 (1, N = 37) = 0,045, p = \text{n.s.}, \text{Phi} = 0,035$), donc le parent ayant beaucoup de connaissances ne serait pas plus anxieux avant l'examen qu'un parent détenant moins d'informations.

Bien que les résultats obtenus infirment chacune des hypothèses, des analyses statistiques exploratoires (Chi-carré et test-t) ont permis d'établir un portrait plus détaillé des enfants victimes et non victimes quant aux antécédents médicaux (p.ex. avoir ou non un médecin de famille, avoir déjà eu des prélèvements) ainsi qu'aux caractéristiques de l'examen médical (p.ex. niveau de connaissances de l'enfant et du parent par rapport à l'examen, présence de gêne chez l'enfant) (voir Tableau 2). Il en ressort que les enfants victimes et non victimes sont différents principalement en ce qui concerne les antécédents médicaux. Ainsi, les enfants non victimes seraient plus nombreux à avoir consulté un médecin au cours de l'année précédente ($\chi^2 (1, N = 55) = 4,55, p = 0,033, \text{Phi} = 0,288$), à avoir eu un examen anogénital ($\chi^2 (1, N = 55) = 7,61, p = 0,006, \text{Phi} = 0,372$), des infections ($\chi^2 (1, N = 54) = 18,33, p = 0,000, \text{Phi} = 0,583$) ainsi que des prélèvements ($\chi^2 (1, N = 55) = 8,97, p = 0,003, \text{Phi} = 0,404$) que les enfants victimes. Pour ce qui est des caractéristiques de l'examen médical, les enfants victimes sont plus nombreux à rapporter

que quelqu'un leur a expliqué le déroulement de l'examen ($\chi^2 (1, N = 55) = 7,91, p = 0,005, \Phi = -0,379$).

Afin de vérifier si les enfants qui ont été victimes d'AS sont différents de ceux qui ne le sont pas en ce qui a trait à l'anxiété, la détresse (verbale et agitée) et la douleur, des analyses Chi-carré et test t ont été effectuées (voir Tableau 3).

Anxiété. Les résultats permettent de souligner la présence d'une relation statistiquement significative entre la présence d'anxiété chez l'enfant avant l'examen et la présence de contradiction dans le discours du parent ($\chi^2 (1, N = 35) = 4,80, p = 0,03, \Phi = 0,370$). Ce qui signifie que le nombre d'enfants qui ressentent de l'anxiété avant l'examen est plus élevé lorsque le parent se contredit en répondant aux questionnaires que lorsqu'il ne se contredit pas.

Détresse. En ce qui concerne la détresse de type verbale, les résultats montrent des différences significatives entre les deux groupes ($\chi^2 (1, N = 49) = 4,895, p = 0,027, \Phi = -0,316$), ce qui signifie que davantage d'enfants victimes manifestent de la détresse verbale lors de l'examen anogénital. De plus, il en ressort que chez les enfants victimes, la détresse de type verbale est moins présente lorsque l'enfant a déjà été hospitalisé ou opéré au cours de sa vie ($\chi^2 (1, N = 32) = 10,49, p = 0,001, \Phi = -0,573$) et qu'il n'est pas gêné ou stressé d'enlever ses vêtements lors de l'examen ($\chi^2 (1, N = 21) = 4,89, p = 0,003, \Phi = 0,482$). Pour ce qui est de la détresse de type agitée, les résultats révèlent que l'intensité est plus élevée pour le groupe d'enfants victimes que celui des non victimes ($t (4) = 2,746, p = 0,05, \eta^2 = 0,557$).

Douleur. La douleur ressentie avant l'examen par l'enfant est associée au fait que quelqu'un lui a expliqué ce qui va se passer ($\chi^2 (1, N = 33) = 3,915, p = 0,048, \Phi = 0,344$), ce qui signifie que les enfants qui disent avoir reçu des explications concernant l'examen sont plus nombreux à rapporter de la douleur avant celui-ci. De plus, les enfants qui rapportent de la

douleur pendant l'examen sont plus nombreux à n'avoir jamais complété d'examen anogénital ($\chi^2(1, N = 27) = 3,825, p = 0,05, \text{Phi} = -0,376$) que les enfants qui ne rapportent pas de douleur.

Discussion

La présente étude avait pour objectif de documenter l'état émotionnel de l'enfant soupçonné d'avoir vécu une AS et son parent lors de la visite médicale ainsi que les facteurs liés aux niveaux d'anxiété, de détresse et de douleur ressentis par l'enfant. À ce jour, les données empiriques concernant les effets de l'examen anogénital chez les enfants soupçonnés d'avoir été victimes d'AS sont peu nombreuses et contradictoires, d'où l'intérêt de la présente étude. Les résultats montrent que ce n'est pas tous les enfants qui ressentent de l'anxiété, de la détresse ou de la douleur lors de l'examen anogénital et que lorsque c'est le cas, l'intensité n'est pas élevée. Cela va dans le même sens que les résultats obtenus par d'autres études (Allard-Dansereau et al., 2001; Rheingold et al., 2013; Waibel-Duncan et Sanger, 1999) dont le déroulement de l'examen et la préparation de l'enfant étaient ajustés aux besoins de celui-ci.

Anxiété. En ce qui concerne l'anxiété ressentie avant l'examen médical, contrairement à ce qui était attendu, il n'y a pas plus d'enfants qui vivent de l'anxiété dans le groupe des enfants victimes que celui des non victimes. Il est possible de croire que cette différence puisse être expliquée par les faibles taux d'anxiété ressentis par les enfants, et ce, dans les deux groupes.

De plus, la présente étude n'a pas trouvé de lien entre celle de l'enfant et de son parent. Ce résultat signifie que contrairement à ce qui était attendu, il n'y a pas plus de parents que d'enfants qui rapportent de l'anxiété avant l'examen. Cela est cohérent avec une étude (Rheingold et al., 2013) qui a été effectuée dans un centre d'appui aux enfants et qui a obtenu les mêmes résultats. Il est donc possible de croire que les caractéristiques du milieu où se déroule l'examen influencent l'anxiété ressentie par l'enfant et son parent et que cela expliquerait

pourquoi d'autres études (Marks et al., 2009; Lynch et Faust, 1998; Steward et al., 1995) ont obtenu des résultats contraires.

Contrairement à ce qui était attendu, aucun lien n'a été obtenu entre le niveau de connaissances de l'enfant à propos de l'examen (nomme 0, 1 ou 2 éléments et plus) et l'anxiété ressentie avant l'examen ou à la détresse vécue au cours de celui-ci. Le même phénomène peut être observé chez les parents puisque leur niveau de connaissances par rapport à l'examen n'est pas lié à l'anxiété qu'ils ressentent. Une explication possible réside dans l'exactitude des informations que le parent détient à propos de l'examen médical et dans la façon dont celles-ci ont été présentées à l'enfant. En effet, les études montrent que certains parents et leurs enfants sont mal informés et confus en ce qui a trait à la nature et au but de l'examen (Britton, 1998; De San Lazaro, 1995; Lynch et Faust, 1998; Rasnake et Linscheid, 1989). Bien que les mères aimeraient jouer un rôle plus actif dans l'éducation de leur enfant par rapport aux procédures de l'examen, elles seraient limitées par le manque d'informations, la détresse émotionnelle ressentie et l'incapacité à verbaliser les informations de manière appropriée selon l'âge de leur enfant (Waibel-Duncan et Sanger, 1999). Il est important de noter que dans le cadre de cette étude, il est possible de savoir quelles informations l'enfant et son parent détiennent concernant l'examen, mais il est impossible de vérifier si celles-ci sont exactes. Il est possible de croire que des informations inexactes pourraient influencer le niveau d'anxiété ressenti, et ce, tant chez l'enfant que chez le parent.

Bien que cela n'était pas attendu, les résultats ont permis de voir qu'il y a présence d'un lien entre l'anxiété ressentie par l'enfant avant l'examen et la présence de contradiction dans le discours du parent. Une explication plausible viendrait du fait que ce dernier est surchargé émotionnellement étant donné le dévoilement d'AS de son enfant et les conséquences qui en découlent (p.ex. déménagement, divorce), ce qui nuit à son écoute ainsi qu'à sa capacité de

répondre avec justesse et constance aux questions de l'assistant de recherche. En effet, à la suite du dévoilement de l'AS, de la détresse psychologique et des symptômes de l'état de stress post-traumatique sont soulevés chez près de la moitié des parents et les mères ont de moins bonnes habiletés à réfléchir aux sentiments et aux motivations internes de leur enfant (Ensink et Normandin, 2011). Il est donc possible de croire que le parent qui se contredit dans son discours sera plus susceptible d'avoir une mauvaise lecture du vécu émotionnel de son enfant et de répondre inadéquatement à ses besoins, ce qui pourrait expliquer la présence d'anxiété chez ce dernier puisque son parent ne parvient pas à l'apaiser. Une autre piste d'explication réside dans le fait qu'en plus de vivre de nombreux stress à la suite du dévoilement de son enfant, le parent est généralement peu et mal informé en ce qui a trait à l'examen anogénital (Berson et al., 1993; Rheingold et al., 2013; Steward et al., 1995; Waibel-Duncan et Sanger, 1999). Ainsi, il est plus susceptible d'avoir une vision erronée de l'examen et de donner de fausses informations à son enfant qui peuvent augmenter l'anxiété ressentie avant l'examen (p.ex. qu'il y aura utilisation d'un spéculum bien que cela soit impossible vu le jeune âge des enfants). Tel que mentionné précédemment, cette recherche ne permet toutefois pas de vérifier si les informations détenues sont exactes.

Détresse. En ce qui concerne la détresse de type verbale, il y a plus d'enfants victimes qui en manifestent au cours de l'examen que d'enfants non victimes. Il est possible de croire que le fait que les enfants victimes soient rencontrés dans un Centre d'appui aux enfants puisse expliquer cette différence. En effet, celui-ci est reconnu pour être un milieu chaleureux et sécurisant qui offre des services spécifiquement adaptés aux besoins des jeunes victimes d'AS et leurs proches afin de diminuer les risques d'effets négatifs (Britton, 1998; Smith, Witte, Fricker-Elhai, 2006). Cela implique généralement que la durée de l'examen est prolongée et qu'ils sont, entre autres, encouragés à exprimer tout ce qu'ils ressentent, dont la détresse ressentie. De plus,

les pédiatres qui travaillent en maltraitance au Québec ont reçu une formation spécialisée pour intervenir auprès des enfants victimes d'AS (Allard-Dansereau et Frappier, 2011), donc ils sont susceptibles d'être particulièrement sensibles pour détecter les signes de détresse chez l'enfant.

En outre, les résultats indiquent que les enfants soupçonnés d'avoir été victimes d'AS démontrent moins de signes de détresse verbale (p.ex. comportements nerveux, verbalisation de la peur ou de la douleur) au cours de l'examen médical lorsqu'ils ont déjà été hospitalisés ou opérés. Ce résultat est cohérent avec l'étude de Lazebnik et al. (1994) qui indique que les enfants qui avaient déjà eu un examen génital dans le passé rapportaient moins de peur lors de l'examen puisqu'ils auraient été sensibilisés à la procédure et que le processus serait ainsi démystifié. Bien que dans cette étude il est question d'une hospitalisation ou d'une opération plutôt que d'un examen génital, il est possible de croire que le caractère traumatique est potentiellement inférieur étant donné que l'examen anogénital ne comprend aucun processus intrusif pour l'enfant. Finalement, les études ont aussi démontré que le fait d'avoir vécu une expérience médicale négative dans le passé influence comment l'enfant se sent lors d'un examen futur (Dahlquist et al., 1986; Bijttebier et Vertommen, 1998; Lazebnik et al., 1994). Toutefois, bien que nous connaissions le nombre d'examens médicaux complétés par l'enfant, une des limites de cette étude est qu'il est impossible de savoir quelle a été la perception de l'enfant par rapport à ceux-ci (c.-à-d. expérience subjective négative, neutre ou positive). Les résultats permettent tout de même de croire que la plupart des enfants ont eu une expérience antérieure positive ou neutre étant donné que la majorité (58,8%) des parents rapporte que leur enfant n'est habituellement pas du tout craintif face aux examens médicaux.

Un lien a aussi été trouvé entre la détresse verbale exprimée durant l'examen par l'enfant victime d'AS et le fait que celui-ci est gêné ou stressé d'enlever ses vêtements. Bien qu'il soit impossible de savoir précisément quelles informations ont amené le médecin à rapporter la

présence de détresse verbale (p.ex. si l'enfant a seulement dit non ou s'il a hurlé), il est possible de croire que le fait d'enlever ses vêtements rend l'enfant très mal à l'aise et que cela l'amène à verbaliser son désaccord. En effet, l'une des choses que les enfants ont le plus souvent nommées lorsqu'il leur était demandé ce qu'ils avaient le moins aimé de l'examen est le fait qu'ils ont dû enlever leurs vêtements.

Pour ce qui est de la détresse agitée, les résultats montrent que parmi les enfants qui en manifestent durant l'examen (p.ex. pleurs, contrainte, rigidité musculaire, battre l'air), l'intensité est plus élevée chez ceux qui sont soupçonnés d'avoir été victimes d'AS. Cela va dans le même sens que les résultats obtenus dans les études de Allard-Dansereau et al. (2001) et de Gully et al. (1999) qui indiquent que les enfants victimes d'AS ressentent plus de détresse lorsque ses parties anogénitales sont observées plutôt que le reste de son corps. Il est ainsi possible de croire que les enfants soupçonnés d'avoir été victimes d'AS sont susceptibles d'avoir déjà eu des touchés moins agréables sur ces parties de leur corps et que cela peut influencer la détresse exprimée. De plus, une explication plausible au fait que l'enfant victime exprime la détresse qu'il ressent en étant dans l'agitation plutôt que par la parole est qu'il ne possède pas les stratégies cognitives nécessaires. En effet, les recherches sur les enfants ayant subi de la négligence ou des mauvais traitements montrent que ceux-ci ont plus de difficultés à parler de leurs sentiments et qu'ils ont une moins bonne capacité à mentaliser (Ensink et Normandin, 2011) en plus d'avoir souvent un retard sur le plan du développement cognitif et du langage (Cyr, Trotier Sylvain et Lewy, 2011).

Douleur. Contrairement à ce qui était attendu, il n'y a pas de lien entre le fait que l'enfant victime d'AS vive de l'anxiété avant l'examen et la douleur ressentie pendant l'examen médical. Il est possible de croire que ce résultat s'explique en partie par le fait que l'examen se déroule dans un milieu chaleureux et adapté à l'enfant, ce qui diminue le risque qu'il vive de l'anxiété ainsi qu'un inconfort physique. De plus, il est important de noter que par souci de ne pas induire

une impression de douleur chez l'enfant, celle-ci était évaluée de façon rétrospective ce qui peut avoir un effet non négligeable sur les résultats obtenus.

Bien que cela n'était pas attendu, deux résultats ont été obtenus en lien avec la douleur ressentie par l'enfant avant et pendant l'examen médical. Premièrement, les résultats ont permis de voir que les enfants qui disent avoir reçu des explications concernant l'examen sont plus nombreux à rapporter de la douleur avant celui-ci. Une explication plausible viendrait du fait que, tel que mentionné précédemment, le parent ait donné de fausses informations à son enfant et que cela affecte négativement comment il se sent. De plus, certaines réponses données par les enfants suggèrent la présence de symptômes somatiques (p.ex. maux de cœur, de ventre et de tête), ce qui n'était évalué par aucun instrument de mesure dans le cadre de cette recherche.

Deuxièmement, un lien a été trouvé entre le fait de n'avoir jamais complété d'examen anogénital ainsi que la douleur ressentie pendant l'examen, ce qui signifie que les enfants victimes d'AS qui rapportent de la douleur pendant l'examen sont plus nombreux à n'avoir jamais complété d'examen anogénital. Ce résultat va dans le même sens que celui obtenu par Lazebnik et al. (1994), soit que le fait d'avoir été sensibilisé à la procédure de l'examen influencerait comment l'enfant se sent lors de la visite médicale. Ce résultat souligne l'importance de bien préparer l'enfant avant la visite médicale et d'ajuster le déroulement en fonction de ses besoins.

Forces et limites de la présente étude

Cette étude permet de pallier à certaines limites des études précédentes. Une des principales forces est la présence d'un groupe contrôle qui effectue un examen similaire aux enfants victimes d'AS. Cela a permis de vérifier si dans les mêmes conditions, soit l'examen anogénital, le fait d'avoir été victime ou non influence les niveaux d'anxiété, de détresse et de douleur ressentis. De plus, l'utilisation d'entrevue semi-structurée en plus des questionnaires a

permis d'avoir un portrait plus global des perceptions et des réactions des enfants et de leur parent quant à l'examen anogénital.

Toutefois, plusieurs limites méthodologiques peuvent être émises, dont la petite taille des deux groupes. Les résultats obtenus doivent donc être interprétés avec précaution puisque la puissance statistique pour détecter des tailles d'effet petites ou moyennes n'est pas atteinte (Cohen, 1992). Il est aussi important de noter que la cohérence interne de l'échelle de détresse verbale du GEDS est de seulement de 0,46, ce qui peut influencer de façon non négligeable les résultats obtenus. De plus, plusieurs médecins ont dû utiliser l'instrument sans qu'un accord inter-juges puisse être effectué, donc cela a pu influencer les scores de détresse des enfants et expliquer certains résultats qui sont inattendus. Aux fins de l'étude, le critère utilisé pour discriminer les groupes est le milieu, mais il est possible que des enfants du CHU Sainte-Justine aient été victimes d'AS et que le signalement de certains enfants du CEMV soit jugé non fondé. De plus, seuls les enfants accompagnés d'un parent qui a accepté que son enfant participe à la recherche ont pu être inclus dans cette étude. Il est possible que les enfants et les parents qui ressentent plus d'anxiété par rapport à l'examen ont refusé de participer ou ne se sont pas présentés à l'examen médical. Finalement, puisque le nombre de participants qui ressentent de l'anxiété, de la détresse ou de la douleur est peu élevé, les scores ont dû être transformés en variables dichotomiques (présent – absent) afin d'obtenir un portrait plus précis de la situation.

Pistes de recherches futures

La présente étude permet de générer des pistes de recherches futures pour mieux cerner l'impact émotionnel de l'examen sur les enfants et leur parent. Ainsi, il serait souhaitable que les résultats soient répliqués auprès d'un plus grand échantillon en incluant un groupe d'enfant victime d'AS qui complète l'examen médical dans un autre milieu (p.ex. hôpital). Cela permettrait de vérifier si les résultats de cette étude sont généralisables à tous les enfants victimes

d'AS qui font un examen anogénital ou s'ils ne se limitent qu'aux enfants qui complètent l'examen dans un centre d'appui aux enfants. De plus, la détresse devrait être mesurée à l'aide d'un instrument de mesure ayant de meilleures propriétés psychométriques que le GEDS. Finalement, il serait pertinent de documenter les cas ayant été jugés fondés et ceux dont le parent a refusé de participer afin de vérifier si cela influence l'anxiété, la détresse et la douleur ressentie.

Implications cliniques

Parmi les implications cliniques, il est important de considérer que la plupart des participants à cette étude ressentent peu ou pas d'anxiété, de détresse ou de douleur en lien avec l'examen anogénital. Il est ainsi important de bien informer les intervenants qui travaillent auprès des enfants victimes d'AS puisqu'il a été démontré que la décision de référer l'enfant pour un examen médical est influencée par les préjugés entretenus par ceux-ci (Berson et al., 1993; Hibbard et Zollinger, 1992; Kerns, Terman et Larson, 1994). En outre, les professionnels de la santé peuvent avoir tendance à hésiter ou même éviter d'effectuer un tel examen, en supposant qu'il s'agit d'une expérience traumatisante pour l'enfant, et ce, même lorsqu'il est question d'évaluer un enfant en santé (Botash, 1997; Britton, 1998; Lentsch et Johnson, 2000).

Références

- 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.
- Afifi, T. O., Macmillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., & Sareen J. (2014), “Child abuse and mental disorders in Canada”, *Canadian Medical Association Journal*, 186(9), 324-332.
- Allard-Dansereau, C., Hébert, M., Tremblay, C., & Bernard-Bonnin, A.-C. (2001). Children’s response to the medical visit for allegations of sexual abuse : maternal perceptions and predicting variables. *Child Abuse Review*, 10, 210-222.
- 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 (Éds), *L’agression sexuelle envers les enfants Tome 1* (pp. 97-147). Québec : Presses de l’Université du Québec.
- American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. (1991). Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics*, 87, 254-260.
- 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. (2011). Child sexual abuse-Definitions, prevalence, and consequences. Dans J.E.B. Myers (dir.), *The APSAC Handbook on child maltreatment* (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.
- Bernard, D., Peters, M., & Makoroff, K. (2006). The evaluation of suspected pediatric sexual abuse. *Clinical Pediatric Emergency Medicine, 7*, 161–169.
- Berson, N. L., Herman-Giddens, M. E., & Frothingham, T. E. (1993). Children’s perceptions of genital examinations during sexual abuse evaluations. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program, 72*(1), 41-49.
- Bieri, D., Reeve, R., Champion, G. D., Addicoat, L., Ziegler, J. (1990) The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain, 41*, 139-150.
- Bijttebier, P., & Vertommen, H. (1998). The impact of previous experience on children's reactions to venipunctures. *Journal of Health Psychology, 3*(1), 39-46.
- Botash, A. S. (1997). Examination for sexual abuse in prepubertal children: An update. *Pediatric Annals, 26*, 312–320.
- Britton H. (1998). Emotional impact of the medical examination for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 22*, 573-579.
- Cyr, M., Trotier Sylvain, K. & Lewy, J. (2011). L’entrevue d’enquête avec des enfants : Défis et solutions. Dans M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (dir.), *L’agression sexuelle envers les enfants Tome 1* (p. 399-440). Québec : Presses de l’Université du Québec.
- Dahlquist, L. M., Gil, K. M., Armstrong, F. D., DeLawyer, D. D., Greene, P., & Wuori, D. (1986). Preparing children for medical examinations: The importance of previous medical experience. *Health Psychology, 5*, 249-259.
- De Jong, A. R., & Rose, M. (1991). Legal proof of child sexual abuse in the absence of physical evidence. *Pediatrics, 88*(3), 506-511.

- De San Lazaro, C. (1995). Making paediatric assessment in suspected sexual abuse a therapeutic experience. *Archives of Disease in Childhood*, 73, 174–176.
- Dubowitz, H. (1998). Children's responses to the medical evaluation for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22, 581–584.
- Ensink, K. & Normandin, L. (2011). Le traitement basé sur la mentalisation chez les enfants agressés sexuellement et leurs parents. Dans M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants Tome 1* (p. 399-440). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- 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., & 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.
- Flores, J., Laforest, J. et Joubert, K. (2016, février). La violence vécue par les Québécois avant l'âge de 16 ans et la santé à l'âge adulte : quels sont les liens? *Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 56, 1-12. Répéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201602-56.pdf>
- Goodman, G. S., Taub, E. P., Jones, D. P. H., England, P., Port, L. K., Rudy, L., & Prado, L. (1992). Testifying in criminal court. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57, 1-141.
- Gulla, K., Fenheim, G. E., Myhre, A. K., & Lydersen, S. (2007). Non-abused preschool children's perception of an anogenital examination. *Child Abuse & Neglect*, 31(8), 885-894.

- Gully, K. J., Britton, H., Hansen, K., Goodwill, K., & Nope, J. L. (1999). A new measure for distress during child sexual abuse examinations: The Genital Examination Distress Scale. *Child Abuse & Neglect, 23*(1), 61-70.
- Gully, K. J., Hansen, K., Britton, H., Langley, M., & McBride, K. K. (2000). The child sexual abuse experience and the child sexual abuse medical examination: Knowing what correlations exist. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders, 9*(1), 15-27.
- 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.
- Honor, G., Scribano, P., Curran, S., Stevens, J., & Roda, D. (2009). Emotional response to the ano-genital examination of suspected sexual abuse. *Journal of Forensic Nursing, 5*, 124-130.
- 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*, 119–133.
- Lazebnik, R., Zimet, G. D., Ebert, J., Anglin, T. M., Williams, P., Bunch, D. L., et al. (1994) How children perceive the medical evaluation for suspected sexual abuse *Child Abuse & Neglect, 18*(9), 739-745.
- Lentsch, K. A., & Johnson, C. F. (2000). Do physicians have adequate knowledge of child sexual abuse? The results of two surveys of practicing physicians, 1986 and 1996. *Child Maltreatment, 5*, 72–78.
- Lumley, M. A., Melamed, B. G., & Abeles, L. A. (1993). Predicting children's presurgical anxiety and subsequent behavior changes. *Journal of Pediatric Psychology, 18*(4), 481-497.
- Lynch, L., & Faust, J. (1998). Reduction of distress in children undergoing sexual abuse

- examination. *Journal of Pediatrics*, 133, 296–299.
- 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, 125-132.
- Marteau, T. M., & Bekker, H. (1992). The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *British Journal of Clinical Psychology*, 31(3), 301-306.
- Palusci, V. J., & Cyrus, T. A. (2001). Reaction to videocolposcopy in the assessment of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1535-1546.
- Rasnake, L. K., & Linscheid, T. R. (1989). Anxiety reduction in children receiving medical care: Developmental considerations. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 10, 169–175.
- Rheingold, A. A., Davidson, T. M., Resnick, H., Self-Brown, S., & Danielson, C. K. (2013). The relationship between knowledge and child and caregiver distress during the medical examination for child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 22(5), 552-571.
- 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.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory* (Form Y). Palo Alto, CA. : Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C. D., Edwards, C.D., Lushence, R.E., Montuori, J., & Platzek, D. (1973). *STAIC Preliminary manual for the State-Trait Inventory for children*. (« How I feel Questionnaire »). Palo Alto, CA. : Consulting Psychologist Press.

- Steward, M. S., Schmitz, M., Steward, D. S., Joye, N. R., & Reinhart, M. (1995). Children's Anticipation Of And Response To Colposcopic Examination. *Child Abuse & Neglect, 19*, 997-1005.
- 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*, 79-101.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & Van Ijzendoorn, M. H. (2015), "The prevalence of child maltreatment across the globe : Review of a Series of Meta-Analyses", *Child Abuse Review, 24*, 37- 50.
- Thevenin, D. M. (1990). Effects of information and coping instructions on prepubertal children's reactions to gynecological exams. *Dissertation Abstracts International, 50*(7-B), 3178-3179.
- Turgeon, L., & Chartrand, E. (2003). Psychometric Properties of the French-Canadian version of the State-Trait Anxiety Inventory for Children. *Educational and Psychological Measurement, 63*(1), 174-185.
- Waibel-Duncan, M. K. (2001). Medical fears following alleged child abuse. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 14*, 179–185.
- Waibel-Duncan, M. K., & Sanger, M. (1999). Understanding and reacting to the anogenital exam: implications for patient preparation. *Child Abuse & Neglect, 23*(3), 281-286.
- Whitcomb, D., Goodman, G. S., Runyan, D., & Hoak, S. (1994). *The emotional effects of testifying on sexually abused children*. Washington : National Institute of Justice.

Tableau 1.*Caractéristiques de l'enfant et de sa famille en fonction qu'il a été victime ou non d'AS*

	Victime AS (Gr. 1) N = 37	Pas victime AS (Gr. 2) N = 18	Tests
Âge en années (<i>É.T.</i>)	9 (1,83)	8,5 (1,86)	$t(53) = 0,95$
Sexe (%)			
Fille	75,7	72,2	Chi-2 = 0,51
Garçons	24,3	27,8	
Type de famille (%)			
D'origine	29,7	83,3	Chi-2 (1) = 13,96***
Autre	70,3	16,7	
Nombre d'enfants (%)			
1 ou 2 enfants	45,9	72,2	Chi-2 (1) = 3,37
3 enfants et plus	54,1	27,8	
Niveau scolarité mère (%)			
Primaire ou secondaire	37,8	27,8	Chi-2 (1) = 0,54
Post-secondaire	62,2	72,2	
Niveau scolarité père (%)			
Primaire ou secondaire	18,9	11,1	Chi-2 = 0,37
Post-secondaire	81,1	88,9	
Revenu (%)			
39 999\$ et moins	64,9	16,7	Chi-2(1) = 11,26***
40 000\$ et plus	35,1	83,3	

Note. *** $p < 0,001$.

Tableau 2.*Description des antécédents médicaux et de la visite médicale*

	Victime AS	Pas victime AS	Tests
Antécédents médicaux			
Médecin de famille	73,0 (27/37)	61,1 (11/18)	Chi-2(1) = 0,798
Médecin durant la dernière année	78,4 (29/37)	100 (18/18)	Chi-2(1) = 4,55*
Problème de santé chronique	8,1 (3/37)	22,2 (4/18)	Chi-2(1) = 2,172
A déjà eu un examen ano-génital	18,9 (7/37)	55,6 (10/18)	Chi-2(1) = 7,61**
A déjà eu des prélèvements	54,1 (20/37)	94,4 (17/18)	Chi-2(1) = 8,97**
A déjà été hospitalisé ou opéré	37,8 (14/37)	33,3 (6/18)	Chi-2(1) = 0,106
A déjà fait des infections	22,2 (8/36)	83,3 (15/18)	Chi-2(1) = 18,33***
Habituellement craintif			
Pas du tout	58,8 (20/34)	52,9 (9/17)	
Un peu	29,4 (10/34)	41,2 (7/17)	Chi-2(3) = 1,065
Beaucoup	11,8 (4/34)	5,9 (1/17)	
Examen médical			
<u>Parents</u>			
Aucune connaissance	16,2 (6/37)	38,9 (7/18)	
1 élément	29,7 (11/37)	33,3 (6/18)	Chi-2(2) = 4,524
Plusieurs éléments	54,1 (20/37)	27,8 (5/18)	
Infos données à l'enfant			
Aucune	21,6 (8/37)	5,6 (1/18)	
1 élément	29,7 (11/37)	55,6 (10/18)	Chi-2(2) = 4,279
Plusieurs éléments	48,6 (18/37)	38,9 (7/18)	
Sait qu'il va chez le médecin	97,3 (36/37)	100 (18/18)	Chi-2(1) = 0,495
Enfant a posé des questions	40,5 (15/37)	27,8 (5/18)	Chi-2(2) = 2,412
<u>Enfants</u>			
Aucune connaissance	50,0 (18/36)	44,4 (8/18)	
1 élément	44,4 (16/36)	27,8 (5/18)	Chi-2(2) = 5,505
Plusieurs éléments	5,6 (2/36)	27,8 (5/18)	
Quelqu'un a expliqué le déroulement	56,8 (21/37)	16,7 (3/18)	Chi-2(1) = 7,91**
Gêne ou stressé d'enlever vêtements	78,3 (18/23)	76,5 (13/17)	Chi-2(1) = 0,018
Est-ce que l'examen a fait mal	16,7 (6/36)	5,6 (1/18)	Chi-2(1) = 1,313

Note. * $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,001$.

Tableau 3.*Description des variables d'intérêts (anxiété, détresse et douleur)*

	Victimes	Non victimes	Total	Tests
STAIC – avant				
Absent	0 (0/35)	0 (0/17)	0 (0/52)	
Présent	100 (35/35)	100 (17/17)	100 (52/52)	
Intensité (0-40)	18,83 (5,073)	17,94 (4,023)	18,54 (4,734)	$t(50) = 0,630$
STAIC – après				
Absent (%)	0 (0/36)	0 (0/18)	0 (0/54)	
Présent (%)	100 (36/36)	100 (18/18)	100 (54/54)	
Intensité (0-40)	15,78 (5,161)	16,72 (3,177)	16,09 (4,586)	$t(49,552) = -0,828$
STAI – avant				
Absent (%)	29,7 (11/37)	44,4 (8/18)	34,5 (19/55)	Chi-2 (1) = 1,16
Présent (%)	70,3 (26/37)	55,6 (10/18)	65,5 (36/55)	
Intensité (0-18)	6,42 (2,955)	4,40 (2,171)	5,86 (2,88)	$t(34) = 1,963$
STAI – après				
Absent (%)	61,1 (22/36)	66,7 (12/18)	63 (34/54)	Chi-2 (1) = 0,159
Présent (%)	38,9 (14/36)	33,3 (6/18)	37 (20/54)	
Intensité (0-18)	4,36 (2,735)	3,83 (2,994)	4,20 (2,745)	$t(18) = 0,382$
GEDS (agitée)				
Absent (%)	84,4 (27/32)	82,4 (14/17)	83,7 (41/49)	Chi-2 (1) = 0,033
Présent (%)	15,6 (5/32)	17,6 (3/17)	16,3 (8/49)	
Intensité (0-8)	2,4 (1,14)	1 (0,00)	1,88 (1,126)	$t(4) = 2,746^*$
GEDS (verbale)				
Absent (%)	50 (16/32)	82,4 (14/17)	61,2 (30/49)	Chi-2 (1) = 4,895*
Présent (%)	50 (16/32)	17,6 (3/17)	38,8 (19/49)	
Intensité (0-6)	1,31 (0,793)	1 (0,00)	1,26 (0,733)	$t(17) = 0,667$
Douleur (avant)				
Absent (%)	54,5 (18/33)	50 (7/14)	53,2 (25/47)	Chi-2 (1) = 0,082
Présent (%)	45,5 (15/33)	50 (7/14)	46,8 (22/47)	
Intensité (0-10)	3,87 (2,20)	3,43 (1,512)	3,73 (1,98)	$t(20) = 0,474$
Douleur (pendant)				
Absent (%)	48,1 (13/27)	46,2 (6/13)	47,5 (19/40)	Chi-2 (1) = 0,014
Présent (%)	51,9 (14/27)	53,8 (7/13)	52,5 (21/40)	
Intensité (0-10)	4,43 (3,056)	2,86 (1,069)	3,9 (2,644)	$t(17,828) = 1,724$
Douleur (après)				
Absent (%)	71,9 (23/32)	87,5 (14/16)	77,1 (37/48)	Chi-2 (1) = 1,474
Présent (%)	28,1 (9/32)	12,5 (2/16)	22,9 (11/48)	
Intensité (0-10)	4,44 (3,283)	5 (1,414)	4,55 (2,979)	$t(9) = -0,227$

Note. * $p < 0,05$, Pour toutes les mesures, un score total plus grand de 0 = présent et un score total de 0 = absent.