

L'implication judiciaire des enfants victimes d'agression sexuelle et l'influence sur leur rétablissement

Par Myriam Hany Elmi

École de criminologie
Faculté des arts et des sciences

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

Octobre, 2018

©Myriam Hany Elmi, 2018

Résumé

Les enfants victimes d'agression sexuelle sont susceptibles de présenter un large éventail de difficultés d'adaptation (ex. : dépression, anxiété, ÉSPT). En plus des conséquences associées à la victimisation sexuelle, certains enfants et leurs familles doivent faire face à des procédures judiciaires à la suite du dévoilement de l'enfant. L'influence de l'implication judiciaire incluant le témoignage devant un tribunal et le fait de devoir relater des événements potentiellement traumatisants, tel qu'une agression sexuelle soulève des questionnements chez les intervenants et les chercheurs œuvrant auprès des jeunes victimes d'agression sexuelle. Toutefois, il existe peu d'étude sur l'implication judiciaire des enfants victimes d'agression sexuelle (Jodi A. Quas et al., 2005). L'objectif principal du présent mémoire est d'évaluer l'influence de l'implication judiciaire des enfants victimes d'agression sexuelle sur leur santé mentale et leur rétablissement. Dans la présente étude longitudinale, l'influence du témoignage a été examinée chez un échantillon de 344 enfants (à l'évaluation initiale) recevant des services thérapeutiques dans un centre d'appui aux enfants (CAE), parmi eux, 130 enfants ont témoigné lors de procédures judiciaires. L'âge des participants variait de 6 à 14 ans ($m = 9,42$ é.t. = 2,14). Les enfants et leurs parents ont complété une série de mesures pour évaluer la santé mentale de l'enfant (ex. : dépression, anxiété, ÉSPT) à quatre moments dans leur trajectoire de service (à l'évaluation initiale, après les services au CAE, 1 an après l'évaluation initiale et 2 ans après l'évaluation initiale). Les analyses multiniveaux indiquent que tous les enfants, indépendamment de leur implication judiciaire, présentent des améliorations significatives avec les services thérapeutiques. Toutefois, le groupe qui a témoigné à plusieurs reprises présente des niveaux plus élevés de détresse émotionnelle 2 ans après l'évaluation initiale. Cette étude

souligne l'importance de documenter l'expérience des victimes d'agression sexuelle dans le système de justice afin d'établir les conditions adéquates pour soutenir les enfants témoins.

Mots-clés: agression sexuelle, enfants, témoignage, procédures judiciaires, santé mentale

Abstract

Victims of child sexual abuse are likely to show a wide range of adaptation difficulties (e.g.: depression, anxiety, PTSD). In addition, some children and their families are involved in legal proceedings following the child's disclosure. Children testifying in court and having to report traumatic events such as sexual abuse raise questions amongst professionals and researchers. However, little is known about the legal involvement of child sexual abuse victims (Jodi A. Quas et al., 2005). The main objective of this study is to examine the influence of legal involvement on the mental health and the recovery process of child sexual abuse victims. In the present longitudinal study, the effects of testifying were examined in a sample of 344 children (67% of girls) receiving therapeutic services in a Child Advocacy Centre (CAC), of which 130 children testified. The participants' age ranged from 6 to 14 years old ($m = 9.42$ s. d. = 2.14). Children and their parents completed a series of measures to evaluate the child's mental health (e.g. depression, anxiety, PTSD) at four points in time (at initial assessment, at the end of CAC services, 1 year after the initial assessment and 2 years after the initial assessment). Multilevel analysis indicates that all the children, independently of their legal involvement, showed significant improvement with the therapeutic services. However, the group who testified more than once shows higher levels of emotional distress 2 years after the initial assessment. This study highlights the importance of documenting the experience of CSA victims in the justice system in order to establish the adequate conditions to support child witnesses.

Keywords: child sexual abuse, testifying, legal procedures, mental health

Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iv
Liste des tableaux.....	vii
Remerciements.....	x
Chapitre 1 : Introduction.....	11
1.1 L'agression sexuelle durant l'enfance.....	11
1.1.1 Les conséquences associées à l'agression sexuelle durant l'enfance.....	13
1.2 L'agression sexuelle durant l'enfance : modèle conceptuel.....	17
1.2.1 Modèle transactionnel de Spaccarelli (1994).....	17
1.3 L'expérience des enfants victimes d'agression sexuelle dans le système de justice : modèle conceptuel.....	20
1.3.1 La théorie de la victimisation secondaire de Symonds (1980).....	21
1.3.2 La théorie de la justice procédurale de Thibaut et Walker (1975).....	24
Chapitre 2 : Recension des écrits.....	26
Chapitre 3 : Problématique et méthodologie.....	33
3.1 Limites de la littérature.....	34
3.2 Source des données.....	36
3.3 Participants.....	37
3.4 Procédures.....	37
3.5 Mesures.....	38
3.6 Analyses statistiques.....	39
Chapitre 4: Article scientifique.....	41
Chapitre 5 : Discussion.....	77
Chapitre 6 : Conclusion.....	83
6.1 Limites de l'étude.....	85
6.2 Travaux à venir.....	85
Bibliographie.....	87
Annexe 1 : Certificat éthique.....	xcix
Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement.....	c
Annexe 3 : Tableau du test de chi-carré en fonction des temps de mesure.....	cvi
Annexe 4 : Tableaux des analyses multiniveaux- résultats significatifs pour l'effet temps selon les indicateurs de santé mentale.....	cviii

Annexe 5 : Tableaux des analyses multiniveaux- résultats significatifs pour l'effet témoignage selon les indicateurs de santé mentale cxxi

Annexe 6 : Tableaux des analyses multiniveaux- résultats significatifs pour l'effet d'interaction entre le temps et le témoignage selon les indicateurs de santé mentale .. cxxii

Annexe 7 : Tableaux des analyses multiniveaux- résultats significatifs pour les covariables selon les indicateurs de santé mentale..... cxxviii

Annexe 8 : Confirmation de la publication de l'articlecxxx

Liste des tableaux

Table 1 Sociodemographic and legal involvement characteristics.	55
Table 2 Chi-square analysis of sexual abuse characteristics, perceived maternal support, other types of child abuse and disclosure-related events by legal involvement.	57
Table 3 Multilevel analysis of mental health indicators by time of assessment and legal involvement (measures completed by the child).	59
Table 4 Multilevel analysis of mental health indicators by time of assessment and legal involvement (measures completed by the parent).	60

Liste des abréviations

AS. : Agression sexuelle

CSA. : Child sexual abuse

CAE : Centre d'appui aux enfants

CAC : Child Advocacy center

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th édition

ÉSPT : État de stress post-traumatique

PTSD : Post-traumatic stress disorder

À Zarha Aden

Remerciements

Je souhaiterai tout d'abord remercier ma directrice de recherche, Isabelle Daignault pour son soutien incroyable tout au long de mon parcours, à travers les bons moments et les moments plus difficiles. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir fait confiance avec ce projet. Ces dernières années ont été très formatrices et j'ai énormément appris à tes côtés. Merci à Martine Hébert de m'avoir permis de faire cette étude et pour votre précieuse collaboration lors de la rédaction de notre article. Un merci tout particulier aux enfants et aux parents qui ont généreusement accepté de participer à cette étude.

J'aimerais également remercier mes collègues du laboratoire du CEDAJ. Merci pour toutes les conversations enrichissantes et pour tout les moments où vous m'avez remonté le moral. Un merci tout spécial à mes « partners in crime » Jules et Véronique pour tous les fous rires et les soirées inoubliables. Merci à mes collègues de l'association étudiante, ça a été un plaisir et un honneur de travailler avec vous ces deux dernières années. Une mention honorable à Nadi et Anab, sans qui je n'aurai probablement jamais fini mon mémoire. Merci pour votre soutien quotidien, pour vos encouragements, pour votre aide si précieuse et plus encore. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Enfin, je tenais à remercier chaleureusement mes parents et mes petites sœurs pour leur amour inconditionnel, pour leur soutien, leur réconfort et leurs encouragements. Merci de m'avoir transmis le désir d'apprendre et la force de persévérer.

Chapitre 1 : Introduction

1.1 L'agression sexuelle durant l'enfance

Ce premier chapitre porte sur la définition, l'ampleur et les conséquences de l'agression sexuelle (AS) durant l'enfance. De plus, nous présenterons des modèles conceptuels qui nous permettront d'avoir une meilleure compréhension du développement et de la manifestation des difficultés associés à l'AS ainsi qu'à l'expérience des victimes dans le système de justice.

Il n'existe pas de consensus dans la littérature scientifique quant à la définition de l'AS envers les enfants, notamment, en raison des lois, des pratiques juridiques et de la définition de l'AS qui varie d'un pays à un autre (Putnam, 2003). Dans la présente étude, nous utiliserons la définition du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, (2011) dans les orientations gouvernementales en matière d'agression qui est largement adoptée dans les milieux de pratique au Québec :

« Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique, et à la sécurité de la personne. (p.22) »

Par ailleurs, les agressions sexuelles envers les enfants varient en termes de sévérité. Russell (1983), propose une classification de la sévérité des agressions sexuelles selon les gestes posés par l'agresseur en trois catégories, soit : 1) les gestes moins sévères (attouchement par-dessus les vêtements, baisers sur la bouche, actes d'exhibitionnisme de l'agresseur) 2) les gestes sévères (attouchements sous les vêtements, pénétration digitale) 3) les gestes très sévères (tentative de pénétration, pénétration anale ou vaginale, contacts oraux génitaux, implication dans la pornographie juvénile) (Russell, 1983).

Un nombre important d'individus subiront une AS durant leur enfance ou leur adolescence. Les indices d'incidence et de prévalence nous permettent d'évaluer l'ampleur de la victimisation sexuelle chez les enfants. L'incidence se traduit par le nombre d'enfants ayant été victime d'AS au cours d'une période donnée (généralement une année) et rapportée aux autorités (service de police, service de protection de la jeunesse). Quant à la prévalence, elle se traduit par la proportion d'individus d'une population ayant été victime d'AS au moins une fois durant une période donnée (p.ex. : avant l'âge de 18 ans) (Hébert, Cyr et Tourigny, 2011). La méta-analyse de Lavergne et Tourigny (2000) comportant une vingtaine d'études effectuées au Canada, aux États-Unis, en Australie, aux Pays-Bas et en Irlande du Nord, révèle que les enfants victimes d'AS constituent de 10 à 12% de tous les signalements aux services de protection de la jeunesse et aux autres professionnels de la communauté. Les taux d'incidence varient selon les études de 0,7/1000 à 4,5/1000 cas d'enfants victimes d'AS. Selon l'étude canadienne sur l'incidence des cas de violence et de négligence envers les enfants effectuée en 2008, les cas d'AS jugés fondés par les services de protection de la jeunesse canadiens représentaient 3% de

tous les cas avec un taux d'incidence de 0,43/1000 cas d'AS fondé (Trocmé et al., 2010). Toutefois, les taux d'incidence ne reflètent que les cas d'AS rapportés et corroborés par les services de protection de la jeunesse ou les services policiers. De nombreuses victimes d'AS durant l'enfance ne dévoileront jamais leurs victimisations ou vont retarder le dévoilement pour diverses raisons (ex.: sentiment de honte, peur de ne pas être crus, peur d'être punis). (Alaggia, 2004; Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff et Joly, 2009). En outre, les données officielles ne représenteraient qu'une partie de l'ampleur du phénomène des agressions sexuelles envers les enfants (Wolfe, 2007). Dans cette optique, les études de prévalence nous permettraient d'avoir un portrait plus global de la victimisation sexuelle durant l'enfance. La méta-analyse de Stoltenborgh et collaborateurs (2011) comportant 217 études publiées à travers le monde entre 1980 et 2008, indique un taux de prévalence de 127/1000 individus ayant rapportés avoir été victime d'AS avant l'âge de 18 ans. Plus particulièrement, le taux de prévalence chez les femmes était de 180/1000 et chez les hommes de 76/1000.

La littérature scientifique indique que la victimisation sexuelle durant l'enfance est associée à diverses conséquences à court terme et à long terme (Berliner, 2011; Finkelhor et Browne, 1985; Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor, 1993; Spaccarelli, 1994; Wolfe, 2007). Dans la prochaine section, nous tenterons de faire le bilan des principales conséquences associées à l'AS durant l'enfance.

1.1.1 Les conséquences associées à l'agression sexuelle durant l'enfance

Les enfants victimes d'AS seraient plus à risque de manifester des troubles intériorisés (anxiété, dépression, ÉSPT), des troubles extériorisés (agressivité, trouble de conduite,

comportements sexuels problématiques) ainsi que des difficultés d'adaptation en milieu scolaire lorsqu'on les compare avec des enfants qui n'ont pas subi de victimisation sexuelle (Berliner, 2011; Daignault et Hébert, 2009; Paolucci et al., 2001). Pour certains enfants, les conséquences associées à l'AS tendent à se manifester dans des sphères de vulnérabilité précédant l'AS (Berliner, 2011). De plus, les enfants qui seraient confrontés à des difficultés dans plusieurs sphères de leurs vies (trouble de santé mentale ou toxicomanie chez les parents, exposition à la violence conjugale, victime d'un autre type de maltraitance) seraient plus à risque d'éprouver des difficultés d'adaptation (Berliner, 2011; Saywitz, Mannarino, Berliner et Cohen, 2000). Les conséquences associées à la victimisation sexuelle durant l'enfance sont diverses (Webster, 2001) ainsi, il est complexe d'associer des réactions typiques ou particulières aux enfants victimes d'AS (Saywitz et al., 2000).

Compte tenu de la multitude de difficultés associées à l'AS, Wolfe (2007) a établi trois catégories de conséquences associées à la victimisation sexuelle durant l'enfance suite au dévoilement, soit : 1) les symptômes propres à l'AS 2) les symptômes en lien avec l'AS, mais qui n'y sont pas propres, et 3) les changements pathologiques relatifs aux processus psychologiques. Premièrement, les symptômes propres à l'AS regroupent les symptômes de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT), les symptômes de dissociation, les symptômes de dépression et les comportements sexuels problématiques. Une partie importante des enfants victimes d'AS présenteraient ces symptômes et ceux-ci permettraient de les distinguer des enfants qui n'ont pas été victime d'AS et des enfants qui présentent d'autres types de problématiques. Deuxièmement, les symptômes en lien avec l'AS, mais qui n'y sont pas propres font référence aux symptômes qui distingueraient les enfants victimes d'AS des enfants non-

victimes, mais qui ne les distingueraient pas des enfants présentant d'autres types de problématiques. Cette catégorie regroupe les troubles extériorisés (ex. : l'agressivité, les troubles de conduite), l'abus de drogue et d'alcool, les troubles alimentaires et les comportements d'automutilation. Wolfe (2007) stipule que ces symptômes seraient liés à des facteurs de risques communs chez les enfants victimes d'AS et les enfants présentant d'autres problématiques (ex.: dysfonctionnement familial). Troisièmement, les changements pathologiques relatifs aux processus psychologiques font référence aux changements sur le plan psychologique découlant de l'AS et pouvant avoir un impact sur le développement de l'enfant. Ainsi, l'AS peut avoir une influence sur le système de croyances concernant le rôle de la victime par rapport à elle-même (ex. : je suis responsable de l'agression que j'ai subie), par rapport aux autres (ex. : je ne peux pas faire confiance aux hommes) et par rapport au monde en général (ex. : le monde est dangereux) (Berliner, 2011; Wolfe, 2007). De plus, les enfants victimes d'AS seraient souvent aux prises avec des sentiments de honte, de culpabilité, de blâme, d'impuissance et de stigmatisation. Ces distorsions cognitives pourraient compromettre le développement de l'estime de soi, des compétences interpersonnelles et de l'usage de stratégies d'adaptation efficaces pour faire face à des événements stressants (Blanchard-Dallaire et Hébert, 2014; Helfin et Deblinger, 2007).

Par ailleurs, ce ne sont pas toutes les victimes qui manifesteront des problèmes d'adaptation suite à leur victimisation sexuelle (Putnam, 2003). Selon certaines études, le pourcentage d'enfants asymptomatiques à la suite du dévoilement de leur AS varie de 21% à 49% (Kendall-Tackett et al., 1993; Saywitz et al., 2000; Webster, 2001). Plusieurs hypothèses ont été formulées pour mieux comprendre cette absence de symptôme. Premièrement, les

enfants victimes ne manifesteraient aucune difficulté, car les outils d'évaluation ne seraient pas assez sensibles ou adaptés pour mesurer toutes les répercussions associées à l'AS (Kendall-Tackett et al., 1993; Martin, Campbell et Hansen, 2010). Deuxièmement, certains enfants qui auraient vécu une AS moins « sévère » ne manifesteraient aucune difficulté d'adaptation, car ils n'auraient pas vécu leur agression comme étant un évènement perturbateur (Saywitz et al., 2000). Troisièmement, les enfants caractérisés comme étant résilients présenteraient peu ou pas de difficultés d'adaptation grâce à divers facteurs de protection (Kendall-Tackett et al., 1993). Enfin, certains auteurs expliquent l'absence de symptômes à la suite de l'AS par un effet latent. En outre, certains enfants victimes d'AS ne manifesteraient aucun symptôme à la suite du dévoilement de l'AS et développeraient tardivement des symptômes plus sévères (Mannarino, Cohen, Smith et Moore-Motily, 1991). Les difficultés et les symptômes que les enfants victimes d'AS manifesteraient varieraient selon plusieurs facteurs, entre autres, selon l'âge de l'enfant (Hébert, Collin-Vézina, Daigneault, Parent et Tremblay, 2006), le sexe de l'enfant (Maikovich, Koenen et Jaffee, 2009) et les circonstances de l'AS (Daigneault et Hébert, 2009).

Dans la prochaine section, nous présenterons le modèle transactionnel de Spaccarelli, (1994). Ce modèle conceptuel permet d'expliquer les différences dans les manifestations et le développement de difficultés d'adaptation chez les enfants à la suite d'une victimisation sexuelle. En outre, ce modèle nous permet de distinguer les enfants qui présentent plusieurs difficultés de ceux qui en présentent peu ou pas suite à une AS.

1.2 L'agression sexuelle durant l'enfance : modèle conceptuel

1.2.1 Modèle transactionnel de Spaccarelli (1994)

Une grande partie de la recherche sur les conséquences de l'AS durant l'enfance met l'accent sur les caractéristiques de l'AS (ex. : la sévérité des AS, la durée des AS, la relation avec l'agresseur, la présence de coercition) pour tenter de prédire la manifestation et le développement des difficultés d'adaptation chez les victimes. Toutefois, certaines études ont mis en lumière le fait que l'AS déclenche une séquence complexe de réactions non seulement chez la victime, mais également dans son environnement familial (Brière et Elliott, 1993; Cole et Putnam, 1992; Spaccarelli, 1994). Ainsi, le modèle transactionnel de Sameroff (1975) suggère que la trajectoire développementale est le résultat d'interactions complexes et dynamiques entre un enfant (ex. : personnalité) et son environnement (ex. : famille, école). Les changements dans l'environnement (ex. : placement dans une famille d'accueil) auront des répercussions sur l'enfant et sa trajectoire développementale. De même, les ressources personnelles de l'enfant (ex. : niveau de développement) peuvent avoir une influence sur son environnement (ex. : témoignage à la cour). Ainsi, ces interactions bidirectionnelles entre l'enfant et son environnement permettraient d'expliquer le développement ou l'absence de difficultés d'adaptation chez l'enfant. Conformément au modèle transactionnel, Spaccarelli (1994) a élaboré un modèle conceptuel spécifique à la victimisation sexuelle durant l'enfance qui nous permet d'avoir une compréhension globale du développement des diverses conséquences associées à l'AS. Selon ce modèle, il y aurait trois catégories de « stressseurs » en lien avec les agressions sexuelles qui auraient une influence sur l'adaptation des enfants : les caractéristiques de l'AS, les évènements en lien avec l'AS et les évènements suscités par le dévoilement de l'AS.

Spaccarelli (1994) identifie quatre « stresseurs » associés aux caractéristiques de l'AS, soit 1) l'exposition à une sexualité inappropriée sur le plan développemental (incluant la sévérité et la durée des AS), 2) La coercition (ex. : l'usage de force physique ou de menace pour contraindre la victime), 3) le dénigrement (ex. : violence verbale, usage de langage sexuellement explicite, obligation de garder l'AS secrète) et 4) la proximité de la relation entre la victime et l'agresseur (ex. : agression sexuelle intrafamiliale). De plus, Spaccarelli (1994) a identifié plusieurs « stresseurs » associés aux évènements en lien avec les AS qui peuvent survenir avant les AS ou être exacerbés par les AS, soit : les conflits familiaux, la séparation des parents, l'isolement social de la victime et l'absence de soutien envers la victime suite au dévoilement des AS. Enfin, plusieurs « stresseurs » peuvent être associés aux évènements suscités par le dévoilement de l'AS, notamment : l'implication des services de protection de la jeunesse, le placement de l'enfant hors du milieu familial, l'investigation policière, le processus judiciaire. En outre, plus un enfant vivrait un nombre élevé de « stresseurs », plus le risque qu'il manifeste des difficultés d'adaptation augmente (Hébert et al., 2011; Spaccarelli, 1994). Dans cette optique, le fait de témoigner dans le cadre de procédures judiciaires serait un « stressor » additionnel suscité par le dévoilement de l'AS et les impacts de ce « stressor » s'expliqueraient par l'interaction entre divers facteurs individuels et environnementaux. De plus, Spaccarelli (1994) stipule que certains facteurs personnels auraient un effet médiateur sur les symptômes développés par l'enfant suite à l'AS, soit : l'évaluation cognitive et les stratégies d'adaptation. L'évaluation cognitive fait référence à la façon dont l'enfant va évaluer et percevoir l'AS qu'il a vécu (ex. : blâme, perte de confiance, perception de menaces à l'intégrité). Les stratégies d'adaptation font référence aux actions et aux attitudes que l'enfant va adopter suite aux agressions sexuelles pour se protéger du danger perçu (ex. : évitement, hypervigilance, pensée magique). La trajectoire

développementale de l'enfant serait le résultat d'une série d'interactions entre les « stressseurs » que l'enfant vit, les facteurs individuels (ex. : personnalité, âge), les facteurs environnementaux (ex. : soutien offert par le milieu), l'évaluation cognitive et les stratégies d'adaptation. Ainsi, les « stressseurs » en lien avec l'AS, les facteurs individuels et les facteurs environnementaux auront une influence sur l'évaluation cognitive et les stratégies d'adaptation que l'enfant va adopter. De plus, l'évaluation cognitive et les stratégies d'adaptation auront une influence sur les difficultés d'adaptation manifestées par l'enfant et vice-versa (Hébert et al., 2011; Spaccarelli, 1994). Par ailleurs, plusieurs études ont tenté de valider certains aspects du modèle transactionnel de Spaccarelli (1994). L'étude de Spaccarelli et Fuchs (1997) a évalué l'influence des caractéristiques de l'agression sexuelle, du soutien parental, des stratégies d'adaptation et de l'évaluation cognitive sur les difficultés d'adaptation d'enfants victimes d'AS. Cette étude comportait un échantillon de 48 filles âgées de 11 ans à 18 ans référées à des services de thérapie suite au dévoilement. Les résultats de l'étude indiquent que la présence de symptômes de dépression et d'anxiété (mesures auto-rapportées) était associée à un manque de soutien du parent non-agresseur, à un niveau plus élevé d'évitement cognitif comme stratégie d'adaptation et à une évaluation cognitive plus négative de l'AS. Dans l'étude de Monette, Tourigny et Daigneault (2008) les facteurs associés aux troubles de comportements intériorisés et extériorisés ont été examinés chez un échantillon de 158 adolescentes victimes d'AS âgées de 13 à 17 ans. Les résultats indiquent que la manifestation de troubles intériorisés et extériorisés est associée à la méfiance interpersonnelle et aux attributions générales de blâme chez les victimes. De plus, la manifestation de troubles extériorisés était associée à la qualité de la relation entre les adolescentes et leurs mères. L'étude de Thériault, Cyr et Wright (2003) révèle que le soutien maternel général explique davantage la variance des symptômes évalués à l'aide

du « Trauma Symptom Checklist for Children » (Briere, 1996) que le soutien offert en réponse au dévoilement de l'AS. En outre, ces études mettent en lumière l'importance de considérer les nombreux facteurs, outre les caractéristiques de l'AS, pouvant avoir un impact sur les difficultés d'adaptation d'un enfant. Ainsi, le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994) nous permet d'examiner le développement et la manifestation des conséquences associés à l'AS et de distinguer les enfants qui vivent plus de difficultés d'adaptation. De plus, ce modèle nous permet de conceptualiser l'implication judiciaire comme un « stressor » suscité par le dévoilement de l'AS et nous permet d'identifier les facteurs individuels et environnementaux à examiner quant à l'influence de l'implication judiciaire sur le rétablissement des enfants victimes d'AS.

Dans la prochaine section, deux modèles conceptuels seront présentés afin de mieux comprendre l'expérience des victimes dans le système de justice, soit la théorie de la victimisation secondaire de Symonds (1980) et la théorie de la justice procédurale de Thibaut et Walker (1975). Ces modèles conceptuels sont orientés vers la minimisation des conséquences négatives associées aux procédures judiciaires. De plus, ils permettent de définir les pratiques qui tendent à améliorer ou nuire à l'expérience des victimes dans le système de justice.

1.3 L'expérience des enfants victimes d'agression sexuelle dans le système de justice : modèle conceptuel

Le dévoilement de l'AS par l'enfant enclenche plusieurs interventions par les services de protection de la jeunesse, les services policiers et le système de justice. Tout dépendant des circonstances, l'enfant peut être retiré du milieu familial. L'enfant peut également subir un

examen médico-légal dans le but d'évaluer son état de santé, lui offrir un traitement et s'il y a lieu, récolter des preuves corroboratives de l'AS. Des procédures judiciaires peuvent ensuite être enclenchées et l'enfant peut être amené à témoigner (Ghetti, Alexander et Goodman, 2002).

1.3.1 La théorie de la victimisation secondaire de Symonds (1980)

L'implication dans des procédures judiciaires peut causer une détresse émotionnelle chez certains individus. Pour des adultes victimes de crimes violents, les conséquences psychologiques et sociales peuvent être exacerbées par le fait de participer à des procédures légales. Symonds (1980) aurait été le premier à identifier qu'une expérience au sein du système de justice perçue comme étant négative pouvait contribuer à la souffrance des victimes et à leurs traumatismes. Il décrivait ce phénomène comme étant une « seconde blessure ». On peut également décrire ce phénomène comme étant une « victimisation secondaire » par le système de justice. Herman (2003) stipule que les besoins des victimes seraient bafoués en raison des exigences du système de justice. Ainsi, les victimes peuvent éprouver le besoin de contrôler ou limiter leurs expositions au traumatisme qu'elles ont vécu alors que témoigner implique le fait de raconter l'agression qu'elles ont vécue en plus de devoir faire face à leur agresseur. Les victimes auraient besoin de reconnaissance sociale, de soutien et d'avoir un sentiment de contrôle sur leur vie. Or, le système de justice exigerait qu'elles prouvent leur crédibilité en offrant un récit cohérent et précis des AS dans le cadre de procédures complexes sur lesquelles elles n'ont aucun contrôle (Herman, 1992, 2003). Le concept de « victimisation secondaire » a d'abord été proposé et étudié auprès d'adultes victimes d'actes criminels, or, il peut également être appliqué à l'expérience des enfants victimes d'AS. De surcroît, les enfants victimes seraient particulièrement vulnérables notamment en raison de leur âge et de la perception négative des

autorités judiciaires (policiers, procureurs, juges) quant à la crédibilité et à la fiabilité de leur témoignage (Ben-Arieh et Windman, 2007; Gal et Windman, 2003).

Gal et Windman (2003) propose six critères pouvant mener à la victimisation secondaire : 1) le manque de connaissance concernant les procédures judiciaires chez la victime 2) le manque d'information offert à la victime concernant les procédures judiciaires 3) une absence de statut et un manque de droits au sein du système de justice pour les victimes 4) l'insensibilité des autorités et des acteurs judiciaires 5) la perte de temps et d'argent (ex : s'absenter de son emploi) associé au fait de devoir se présenter au tribunal, parfois à plusieurs reprises 6) une atteinte à la vie privée de la victime lorsque des détails de sa vie personnelle sont exposés lors de l'enquête policière et lors des procédures judiciaires. L'étude de Ben-Arieh et Windman (2007) portant sur les perceptions, les besoins et la satisfaction d'enfants victimes de crimes violents et de leurs parents quant au système de justice comportait un échantillon de 28 enfants âgées de 14 à 18 ans et de 38 parents. Les résultats indiquent que les enfants ainsi que leurs parents étaient généralement satisfaits lorsqu'ils ont porté plainte aux policiers. Toutefois, les parents rapportent que leurs besoins d'être informés et soutenus n'étaient pas respectés lors de l'enquête policière et ceci avait un impact négatif sur leur volonté à coopérer avec les autorités policières. Dans l'étude de Campbell et Raja (1999), les professionnels de la santé mentale travaillant auprès des victimes d'AS rapportent que ces dernières semblent vivre plus de détresse émotionnelle suite à leur contact avec le système de justice. Dans l'étude de Campbell, Wasco, Ahrens, Sefl et Barnes (2001), la majorité des victimes ayant signalé leur AS au système juridique ou médical indiquent qu'elles ont eu de la difficulté à recevoir des services. Les difficultés en lien avec la prestation de services étaient associées à des niveaux plus élevés

de détresse émotionnelle chez les victimes. Similairement, dans l'étude de Campbell et Raja (2005), les victimes d'AS rapportent que leur implication dans le système de justice a contribué à leur sentiment de culpabilité, leur sentiment de méfiance et leur réticence à demander de l'aide. De plus, les résultats de cette étude indiquent que la victimisation secondaire par les autorités judiciaires était associée à la manifestation de symptômes de l'ÉSPT chez les victimes.

Le fait de témoigner pour un enfant, plus particulièrement lorsque le contre-interrogatoire est agressif, peut contribuer à la victimisation secondaire en plus de devoir faire face à leur présumé agresseur (Gal et Windman, 2003). De plus, les enfants seraient amenés à répéter leurs histoires non seulement aux policiers et au procureur, mais également aux intervenants des services de protection de la jeunesse et à des professionnels de la santé (médecins, psychologues). En outre, le fait de devoir répéter leurs récits peut contribuer aux sentiments de culpabilité et d'anxiété chez les enfants victimes (D. Whitcomb, 1990). Dans plusieurs études, les enfants rapportent avoir peur d'avoir à expliquer ce qu'ils ont vécu devant étrangers, d'être embarrassés, de pleurer, ou d'être accusés de mentir (Back, Gustafsson, Larsson et Berterö, 2011; Berliner et Conte, 1995; Sas, 1991). Par ailleurs, la méconnaissance par rapport aux procédures judiciaires et du système de justice en général ainsi que la lourdeur des procédures, les longues périodes d'attente et les remises peuvent également exacerber les symptômes de l'enfant et contribuer à la victimisation secondaire (Bottoms et Goodman, 1994; Flin, 1993).

1.3.2 La théorie de la justice procédurale de Thibaut et Walker (1975)

Shore (1985), stipule que même si vivre une certaine détresse émotionnelle à court terme est inévitable dans certains cas, participer aux procédures judiciaires pourrait permettre aux victimes de reprendre du contrôle sur leur vie (« empowerment »). De même, Mudaly et Goddard (2006) suggèrent que les enfants témoins peuvent bénéficier de leur implication judiciaire. La théorie de la justice procédurale de Thibaut et Walker, (1975) stipule qu'il est plus probable que la victime soit satisfaite avec le système de justice si elle perçoit que le système de justice est équitable, qu'elle a été respectée lors des procédures et qu'on a tenu compte de son opinion. La justice procédurale fait référence à toutes les procédures dans le système de justice qui mènent à la décision finale (Thibaut et Walker, 1975). La justice procédurale permettrait aux victimes d'actes criminels de gérer leurs incertitudes par rapport au système de justice en ayant la possibilité d'exprimer leurs opinions quant au processus menant à la décision et à la décision elle-même (Thibaut et Walker, 1975; Van den Bos et Lind, 2002). De manière générale, les victimes d'actes criminels vivraient beaucoup d'incertitudes dans le système de justice, car elles n'ont aucune ou très peu d'influence sur les décisions prises lors du processus judiciaire (Lind et Tyler, 1988).

Selon Leventhal (1980), il y aurait plusieurs déterminants du sentiment de justice ainsi un individu percevrait les procédures comme étant juste lorsque : 1) les règles sont appliquées de façon cohérente 2) il n'existe pas de biais dans la prise de décision 3) un examen approfondi des informations et des preuves pertinentes est effectué 4) des révisions de la décision sont effectuées si de nouvelles informations ou preuves sont présentées 5) le point de vue de tous les

partis sont représenté et, 6) les décisions sont compatibles avec les valeurs éthiques généralement reconnues. Dans cette optique, les victimes d'actes criminels peuvent bénéficier du fait de participer aux procédures judiciaires si celles-ci sont perçues comme étant justes et équitables. Les victimes pourraient se sentir plus en sécurité et les procédures légales pourraient être perçues comme une forme de reconnaissance sociale de leur victimisation et rétablir la confiance des victimes dans la communauté (Herman, 2003).

En outre, selon plusieurs études, la satisfaction des victimes avec le système de justice serait liée à la présence de politiques qui favorisent leur inclusion et leur participation active dans le système de justice, et ce, malgré l'issue des procédures judiciaires (Erez, 1999; Ptacek, 1999; Tyler et Lind, 2002). L'étude de Kilpatrick, Beatty et Howley (1998) sur l'impact de politique favorisant les droits et la protection des victimes dans le système de justice comportait un échantillon de plus de 1300 victimes d'actes criminels provenant de quatre états américains. Les participants provenant d'états considérés comme ayant de meilleures politiques quant aux droits des victimes étaient mieux informés de leurs droits, étaient plus souvent informés des développements importants dans leur dossier et étaient plus impliqués dans le processus judiciaire. Les résultats de cette étude indiquent que les politiques favorisant l'inclusion et le respect des victimes avaient un impact positif sur le sentiment de satisfaction et la santé mentale des victimes. Par ailleurs, l'étude de Fagan et Tyler (2005) indique que les enfants accordent moins de légitimité aux procédures judiciaires lorsqu'ils perçoivent leurs interactions avec les autorités judiciaires comme étant injustes.

Chapitre 2 : Recension des écrits

Le fardeau de la preuve en matière d'AS est élevé. De plus, l'AS envers les enfants serait plus difficile à prouver que les autres types de maltraitance (ex. : violence physique, négligence), car il y aurait moins de preuves corroborant le crime (ex. : preuves médicales, témoin oculaire) (Faller et Palusci, 2007). L'étude prospective de Heger et al. (2002) effectuée auprès d'enfants référés pour une évaluation concernant des soupçons d'AS avait comme objectif d'identifier et de comparer les taux de résultats médicaux positifs associés à l'AS. En outre, seulement 4 % des enfants présentaient des anomalies associées à l'AS au moment de l'évaluation (ex : infections transmissibles sexuellement, blessures aux organes génitaux). Généralement, les verbalisations de l'enfant seraient les seules preuves, ce qui expliquerait que les enfants victimes d'AS seraient fréquemment amenés à témoigner au tribunal lorsque des procédures judiciaires sont enclenchées (Jackson, 2004). En outre, une pression additionnelle serait exercée sur l'enfant qui serait dans l'obligation d'offrir un témoignage cohérent et détaillé (Berliner et Barbieri, 1984; Jodi A. Quas et Goodman, 2012). Toutefois, peu d'études ont examiné l'expérience des enfants témoins dans le système de justice et il n'y a pas de consensus clair quant à l'influence de l'implication judiciaire sur la santé mentale des enfants (Jodi A. Quas et Goodman, 2012; Troxel, Ogle, Cordon, Lawler et Goodman, 2009). La principale stratégie de recherche utilisée pour repérer des écrits scientifiques a été de cibler des bases de données ou moteurs de recherche en criminologie, en psychologie, en service social et en sociologie, soit : EBSCO (Criminal Justice Abstracts, Social Sciences Abstracts), PROQUEST (National Criminal Justice Reference Service, Social Services Abstract, Sociological Abstracts), OVID (Psycinfo, Social Work Abstracts), APA (PsycArticles). Ensuite, plusieurs mots-clés ont été

choisis portant sur les principaux concepts du présent mémoire (agression sexuelle, enfant, témoignage, procédures judiciaires, santé mentale) pour effectuer la recherche documentaire. De plus, les ouvrages phares ainsi que les experts dans le domaine de l'implication judiciaire des enfants victimes d'agression sexuelle ont été identifiés et les listes de référence de ses ouvrages ont été consultées.

L'étude de Goodman et al. (1992), sur les conséquences de l'implication judiciaire sur la santé mentale des enfants est l'étude de plus grande envergure sur le sujet. L'étude comportait un échantillon de 218 enfants (âgé de 4 à 17 ans) et examinait les symptômes intériorisés (dépression, anxiété, ÉSPT, etc.) et extériorisés (agressivité, colère, trouble de conduite, etc.) chez les enfants témoins et les enfants qui n'avaient pas témoigné à l'aide du « Child Behavior Checklist» (CBCL; Achenbach et Ruffle, 2000). Les résultats tendent à démontrer que, les enfants témoins, avaient plus de difficultés sur le plan comportemental, et ce, plus particulièrement si les enfants avaient témoigné à plusieurs reprises, s'il y avait un manque de soutien maternel et s'il n'y avait pas de preuve corroborant le crime. L'étude de suivi de Quas et al. (2005), examine si et comment les conséquences associées à l'implication judiciaire sont maintenues sur une période de dix ans. Les résultats suggèrent que les enfants qui ont témoigné à plusieurs reprises et qui ont subi des agressions sexuelles sévères dans l'étude de Goodman et al. (1992), présentent plus de problématiques sur le plan sexuel et plus de troubles intériorisés à l'adolescence et à l'âge adulte (Quas et al., 2005). De plus, dans plusieurs études, le fait de témoigner à plusieurs reprises est associé à un risque plus élevé de manifester des difficultés d'adaptation (ex. : une estime de soi plus faible, un faible contrôle de soi, troubles intériorisés et extériorisés) (Bill, 1995; Quas et al., 2005; Quas et Goodman, 2012; Whitcomb et al., 1991).

Dans l'étude de Sas et al. (1993), les conséquences de l'implication judiciaire sur la santé mentale des enfants témoins ont été évaluées trois ans après le verdict. L'échantillon comportait 61 enfants et 73 parents. Des outils psychométriques ont été administrés aux enfants âgés de 8 ans à 20 ans et des entrevues semi-structurées ont été effectuées auprès des enfants et des parents. Selon les auteurs, la détresse émotionnelle et les difficultés d'adaptation n'étaient pas associées au témoignage en soi, mais plutôt à l'issue des procédures judiciaires perçues comme étant négatives (ex. : verdict de non-culpabilité, retrait des accusations) et à la relation entre la victime et l'agresseur (ex. : AS intrafamiliale).

L'étude rétrospective de Berliner et Conte (1995) sur les impacts du dévoilement et de l'intervention auprès des enfants victimes d'AS comportait une méthodologie mixte (qualitative et quantitative). Les enfants participaient à une entrevue semi-structurée où plusieurs thèmes étaient abordés (le dévoilement, les contacts avec les services de protection de la jeunesse, les acteurs judiciaires, les professionnels de la santé et leur implication judiciaire.). Les parents ont répondu à un questionnaire concernant l'enfant (sa personnalité, son tempérament, ses stratégies d'adaptation) et la famille (les variables sociodémographiques, le fonctionnement familial, les événements stressants dans la vie de la famille). Les auteurs ont également développé des questionnaires pour mesurer l'impact des événements stressants ou potentiellement traumatiques pour l'enfant et pour les parents. Les résultats de cette étude tendent à démontrer que le fait de témoigner n'aurait pas un impact significatif sur la santé mentale des enfants, mais l'appréhension en vue de témoigner était associée à plus de détresse émotionnelle. De plus, l'intervention des policiers, des procureurs, des services de protection de la jeunesse ainsi que

le fait de subir un examen médical étaient associés à plus de détresse émotionnelle chez les enfants (Berliner et Conte, 1995).

Selon Henry (1997), les interventions des institutions sociales suite au dévoilement d'une AS (ex. : investigation policière, placement dans une famille d'accueil, témoignage) pourraient réactiver le trauma de l'AS chez l'enfant ou induire un nouveau traumatisme. L'étude comportait un échantillon de 90 participants âgés de 9 à 19 ans issu de trois juridictions différentes. Trois instruments ont été administrés aux participants lors d'une entrevue semi-structurée pour mesurer le trauma associé à l'AS et le trauma associé aux interventions effectuées par les différentes institutions sociales, soit : « The Trauma Symptom Checklist for Children », « The Intervention Stressor Inventory » et un questionnaire élaborer par l'auteur. Les résultats tendent à démontrer que lorsque les enfants sont soumis à plusieurs entrevues par les différentes institutions sociales, ils présenteraient un score plus élevé aux échelles mesurant le trauma. L'étude de Tedesco et Schnell (1987) révèle également un lien entre le fait d'avoir participé à plusieurs entrevues avec les acteurs judiciaires et le témoignage avec une perception négative des enfants quant à leur expérience dans le système de justice. En effet, le fait de témoigner ou de subir des entrevues à plusieurs reprises augmenterait les sentiments de peur et de honte chez les enfants victimes d'AS (Henry, 1997; Jodi A. Quas et Sumaroka, 2011). Or, selon certaines études, lorsqu'un enfant aurait subi une AS moins « sévère », le fait de ne pas témoigner pourrait aussi être associé à des difficultés sur le plan émotionnel et comportemental. L'hypothèse est que certains enfants auraient besoin de la reconnaissance sociale de leur victimisation et du tort de l'agresseur (Henry, 1997; Mudaly et Goddard, 2006; Jodi A. Quas et al., 2005).

Bien que les professionnels soient enclins à minimiser l'implication judiciaire des enfants, les données de recherche suggèrent que les victimes sont plus susceptibles d'être satisfaites du système judiciaire lorsque des politiques favorisant leur inclusion sont mises en œuvre (Gal et Windman, 2003; Tyler et Lind, 2001; Weisz, Wingrove, Beal et Faith-Slaker, 2011). L'étude de Weisz, Wingrove, Beal et Faith-Slaker (2011) sur l'implication judiciaire des enfants victimes de maltraitance en cour de la jeunesse comportait un échantillon de 93 enfants dont 43 ont témoigné. Les résultats indiquent qu'il n'y avait aucun indice de détresse émotionnelle chez les enfants qui ont témoigné suite à l'audience. De plus, les enfants témoins rapportaient des sentiments positifs quant à leur implication judiciaire, et ce, plus particulièrement lorsque le juge avait interagi directement avec eux. Enfin, la majorité des participants (témoin et non-témoin) étaient d'avis que les enfants devraient participer aux procédures judiciaires en cour de la jeunesse. L'étude qualitative phénoménologique de Back, Gustafsson, Larsson et Berterö (2011) comportait un petit échantillon de 10 enfants victimes d'agression sexuelle (9 filles et 1 garçon) âgés de 9 ans à 15 ans qui ont participé à des entrevues semi-structurées. Cette étude révèle que les enfants voulaient participer aux procédures judiciaires et voulaient que leurs opinions soient prises en considération. De plus, les auteurs soulignent qu'il y a un manque important quant au soutien offert aux enfants témoins. Les enfants rapportent vouloir bénéficier du soutien d'un intervenant qui leur donnerait des informations sur le système de justice de façon générale, de leurs procédures judiciaires en particulier ainsi que du soutien psychologique. En outre, les enfants accordent une importance à la relation de confiance avec les intervenants comme facteur positif dans leur processus de rétablissement (Henry, 1997). Dans l'étude de Block, Oran, Oran, Baumrind et Goodman

(2010), les enfants rapportent également vouloir participer aux procédures judiciaires et souhaitent que leurs besoins soient pris en considération. Les auteurs concluent que les enfants victime de maltraitance impliqués en cour de la jeunesse devraient être mieux informés quant aux procédures judiciaires et qu'ils bénéficieraient d'une meilleure compréhension de leur dossier. Ainsi, le manque de connaissance dans un contexte judiciaire serait associé à un plus grand risque de détresse émotionnelle chez les victimes (Sas et al., 1991; Saywitz et Nathanson, 1993).

L'étude prospective de Runyan *et al.* (1988) sur les impacts des procédures judiciaires sur la santé mentale des enfants témoins comportait un échantillon de 75 enfants victimes d'AS (âgé de 6 à 17 ans). Les auteurs ont utilisé un outil psychométrique comme indicateur de la santé mentale des enfants, soit le « Child Assessment Schedule ». Cinq mois après les procédures judiciaires, les enfants qui avaient témoigné présentaient des progrès plus importants sur les mesures d'anxiété que les enfants qui n'avaient pas témoigné. Les enfants qui étaient encore en attente des procédures présentaient le moins de progrès sur le plan de la santé mentale. Dans leur modèle conceptuel, les auteurs ont contrôlé la relation entre le témoignage et les progrès sur le plan de la santé mentale avec plusieurs facteurs, soit : la pénétration anale ou vaginale, la relation avec l'agresseur, le quotient intellectuel verbal de l'enfant, la durée de l'AS, et si l'enfant avait bénéficié ou non d'une intervention thérapeutique. L'étude de Daignault, Hébert et Pelletier (2017) comportait un échantillon de 146 enfants (102 filles et 44 garçons) âgés de 6 à 13 ans bénéficiant de services dans un CAE. Les auteurs ont utilisé plusieurs outils psychométriques comme indicateur de la santé mentale des enfants, soit le « Children's Depression Inventory », le « Revised Children's Manifest Anxiety Scale », le « Children's

Impact of Traumatic Events Scale – II » et le « Self-Perception Profile for Children ». En outre, le groupe d'enfants ayant témoigné (pour la plupart avant de bénéficier des services thérapeutiques) manifestait des gains thérapeutiques plus importants que le groupe d'enfants n'ayant pas témoigné sur les mesures d'anxiété, de dépression et d'ÉSPT. Ainsi, dans certaines circonstances (support parental, témoignage à une seule reprise, preuve corroborative, abus moins « grave »), le fait de témoigner pourrait s'avérer positif dans le processus de rétablissement des enfants maltraités (Henry, 1997; Jodi A. Quas et al., 2005; Jodi A. Quas, Wallin, Horwitz, Davis et Lyon, 2009). L'étude prospective australienne de Oates, Lynch, Stern, O'Toole et Cooney (1995) comportait un échantillon de 59 enfants, dont 20 enfants qui ont témoigné lors de l'enquête préliminaire, 8 enfants qui ont témoigné lors du procès et 31 enfants qui n'ont pas témoigné. De plus, 33 dossiers ont mené à un procès ou à un plaidoyer de culpabilité dont 20 dossiers ont mené à une condamnation. Les données ont été récoltées à l'aide d'outils psychométriques administrés aux enfants et à la participation des parents à des entrevues semi-structurées. Cette étude n'a révélé aucune différence significative entre les enfants qui ont témoigné et les enfants qui n'ont pas témoigné sur le plan de la dépression, de l'estime de soi et des troubles de conduite. Les auteurs expliquent leurs résultats par le fait que tous les enfants qui ont témoigné ont pu bénéficier d'un programme de préparation à la cour et que la plupart des mères offraient un support adéquat à leur enfant à travers les procédures judiciaires. De plus dans l'étude de Sas (1991), les enfants témoins bénéficiaient également de programme de préparation à la cour et ils ne se distinguaient pas des enfants qui n'avaient pas témoigné en termes de détresse émotionnelle. Cette étude comportait un échantillon de 126 enfants qui ont reçu des services dans un CAE. Les enfants ont participé à des entrevues semi-structurées et ont

répondu à plusieurs outils psychométriques, dont le « Child Depression Inventory », le « Child Behaviour Checklist » et le « Children's Impact of Traumatic Events Scales, Revised ».

L'expérience des enfants dans le système judiciaire peut varier grandement en fonction d'un certain nombre de facteurs, tels que: la relation entre l'enfant et l'agresseur, la sévérité de l'AS, le soutien maternel et la disponibilité de programmes de préparation à la cour (Goodman et al., 1992; Quas et al., 2005; Quas et Goodman, 2012; Sas, 1991). De plus, des caractéristiques en lien avec procédures judiciaires ont été identifiées comme des facteurs pouvant influencer l'expérience des enfants dans le système judiciaire, soit : le nombre de fois que l'enfant est appelé à témoigner, le nombre de fois que l'enfant est amené à la cour, le type de preuve corroborant le crime et la juridiction dans laquelle l'affaire est poursuivie (Cross et al., 2003; Goodman & al., 1992; Quas et al., 2005; Walsh, Jones, Cross et Lippert, 2008).

Chapitre 3 : Problématique et méthodologie

La relation entre l'implication judiciaire et la santé mentale des enfants est complexe. De façon générale, les enfants qui témoignent semblent vivre plus de difficultés d'adaptation à court terme que ceux qui ne témoignent pas, mais le degré auquel les difficultés persistent pourrait être expliqué en fonction de l'interaction entre le système de justice, l'enfant et sa famille (Goodman et al., 1992; Sameroff, 1975; Spaccarelli, 1994). Une connaissance plus approfondie des conséquences associées au témoignage permettrait de minimiser les effets négatifs potentiels sur la santé mentale des enfants témoins et de faciliter leur implication judiciaire. La présente étude examine l'influence de l'implication judiciaire sur la santé mentale

et le processus de rétablissement d'enfants victimes d'AS qui ont bénéficié de services dans un CAE.

3.1 Limites de la littérature

Plusieurs limites méthodologiques sont associées à la recherche sur l'implication judiciaire des enfants victimes d'AS. Tout d'abord plusieurs variables peuvent influencer la relation entre l'implication judiciaire et la santé mentale des enfants, ainsi il est difficile d'isoler l'effet du témoignage. Dans l'étude de Goodman et al. (1992), les auteurs ont tenté de surmonter cette limite en jumelant les enfants qui avaient témoigné avec des enfants qui n'avaient pas témoigné en fonction de variables sociodémographiques, de variable en lien avec l'AS et de variable en lien avec leur santé mentale. Dans l'étude de Quas et al., (2005) et Whitcomb et al., (1991), les auteurs ont tenu compte des difficultés d'adaptation précédant l'implication judiciaire dans leurs analyses. De plus, la littérature scientifique sur l'implication judiciaire des enfants victimes d'AS comportait peu d'études longitudinales évaluant le fonctionnement des enfants témoins avant, pendant et après les procédures judiciaires. Par ailleurs, une minorité des cas d'AS envers les enfants se retrouvent devant les tribunaux, et seulement une fraction des enfants sont amenées à témoigner. Conséquemment, les études doivent comporter des échantillons très importants pour avoir un nombre suffisant d'enfants qui ont témoigné. Toutefois, la majorité des études comportaient de petits échantillons variant de 10 à 218 participants notamment en raison de la difficulté pour les chercheurs d'avoir accès à cette population. Dans plusieurs études, les chercheurs devaient avoir l'accord des tribunaux pour pouvoir effectuer leur collecte de données. Les considérations éthiques dans ce type de

recherche sont importantes puisque l'étude pourrait avoir des conséquences sur le témoignage de l'enfant, la santé mentale de l'enfant et les procédures judiciaires. De plus, dans les cas d'AS intrafamiliale, la volonté du parent non-agresseur de participer à l'étude et de reconnaître la victimisation de l'enfant peut être influencé par la relation avec l'agresseur (Quas et Goodman, 2012). Dans l'étude de Goodman et al., (1992), les auteurs ont constaté que les familles étaient moins susceptibles de participer à l'étude lorsque le dossier impliquait une AS intrafamiliale plutôt qu'extrafamiliale.

Par ailleurs, les lois et les pratiques juridiques notamment l'implantation de mesure facilitant le témoignage des enfants (ex. : témoignage par visioconférence) peuvent avoir une grande influence sur l'implication judiciaire des enfants victimes et de leurs expériences dans le système de justice. De plus, le type de dossier où une poursuite judiciaire est entamée en cour criminelle ou en cour de la jeunesse varie grandement d'une juridiction à l'autre. Par exemple, dans l'étude de Sedlak et al. (2005), les dossiers impliquant des victimes de sexe féminin étaient plus susceptibles d'être déposés en cour criminelle et la négligence était le type le plus commun de maltraitance à entraîner des procédures au tribunal de la jeunesse. De plus, les dossiers impliquant des agressions sexuelles, des agresseurs de sexe masculin, des agresseurs plus âgés et de multiples victimes étaient plus susceptibles d'être déposés aux fins de poursuite. Dans l'étude de Goodman et al., (1992) les dossiers impliquant des AS extrafamiliale et des victimes caucasiennes étaient plus susceptibles d'être déposées aux fins de poursuite. Ainsi, la généralisation des résultats est plus complexe, d'où la pertinence d'effectuer des études canadiennes (Jodi A. Quas et Goodman, 2012).

Enfin, les études répertoriées ont utilisé des outils et mesures très variés comme indicateur de la santé mentale des enfants (entrevues semi-structurées, outils psychométriques, questionnaires ou outils développés par les auteurs) ce qui peut complexifier la comparaison des études entre elles. À ce jour, aucun outil n'a été élaboré et validé pour spécifiquement mesurer l'impact de l'implication judiciaire sur la santé mentale des enfants victimes d'AS (Quas et al., 2005; Weisz et al., 2011).

3.2 Source des données

Les données ont été récoltées dans le cadre du projet de recherche auprès des enfants victimes d'agressions sexuelles et leurs parents de la Chaire interuniversitaire de la Fondation Marie-Vincent menée par Martine Hébert (Université du Québec à Montréal) et Mireille Cyr (Université de Montréal). Le Centre d'Expertise Marie-Vincent (CEMV) vient en aide aux enfants et aux adolescents victimes d'agressions sexuelles, à leur famille et à leurs proches. Précisons que, lors du projet de recherche les services étaient exclusivement offerts aux enfants de 12 ans et moins. La mission principale de ce centre est d'offrir des services spécialisés (policiers, médicaux, psychosociaux) à la suite du dévoilement des agressions sexuelles. Les données proviennent des dossiers cliniques des enfants ayant reçu des services thérapeutiques au CEMV et dont les parents ont consenti à participer au projet de recherche. L'échantillonnage était donc volontaire. Cette étude longitudinale a pour but entre autres d'évaluer les pratiques socio-médico-judiciaires et leurs effets sur les enfants et leurs familles. Dans le cadre du présent projet de recherche, nous avons effectué une utilisation secondaire des données récoltées dans

le projet de recherche mentionné ci-haut à l'aide des données sociojudiciaires avec un devis longitudinal.

3.3 Participants

L'échantillon est composé de 344 enfants, dont 230 filles et 114 garçons. Six participants ont été exclus de cette étude, car aucune information concernant leur implication légale n'était disponible. L'âge des participants variait de 6 à 14 ans, l'âge moyen étant de 9 ans (é.t. = 2,14). En ce qui concerne l'implication judiciaire des participants, 62% n'ont pas témoigné lors de procédures judiciaires, 29% ont témoigné une fois et 9% ont témoigné à plusieurs reprises.

3.4 Procédures

Le projet de recherche ainsi que les implications en lien avec la participation ont été présentés par un assistant de recherche au parent accompagnant afin d'obtenir leur consentement écrit. Le parent accompagnateur, qui était la mère dans 74% des cas, et l'enfant ont été invités à remplir une série de questionnaires avec l'aide d'un assistant de recherche, si nécessaire, à quatre moments dans leur trajectoire de service : lors de l'évaluation initiale (temps 1, $n = 344$), à la fin des services au CAE (soit, en moyenne 6 mois après l'évaluation initiale) (temps 2, $n = 295$), 1 an après l'évaluation initiale (temps 3, $n = 200$) et 2 ans après l'évaluation initiale (temps 4, $n = 141$). Quant à l'implication judiciaire, 20% des participants ont témoigné avant le temps 1, 8% des participants ont témoigné entre le temps 1 et le temps 2, 5% des participants ont témoigné entre le temps 2 et le temps 3 et 4% des participants ont témoigné entre le temps 3 et le temps

4. Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et du Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal.

3.5 Mesures

Les caractéristiques sociodémographiques, les informations relatives à l'implication judiciaire et les événements suscités par le dévoilement (investigation policière, intervention des services de protection de la jeunesse, examen médical) ont été obtenus à partir des dossiers cliniques des participants. L'information relative aux caractéristiques de l'AS (sévérité, durée, relation avec l'agresseur) et aux autres types de maltraitance (violence physique, violence psychologique, négligence) a été obtenue à partir de la version française du « History of Victimization Form » (Wolfe, Gentile et Bourdeau, 1987) développée par (Parent et Hébert, 2006). Les indicateurs suivants (complété par l'enfant ou le parent) ont été utilisés pour évaluer la santé mentale des enfants (la dépression, l'anxiété, les symptômes de l'ÉSPT, les troubles intériorisés et extériorisés, les problèmes de comportement et la dissociation) : le « Children's Depression Inventory » (CDI; Kovacs, 1985), le « Revised Children's Manifest Anxiety Scale » (RCMAS; Reynolds et Richmond, 1985), le « Children's Impact of Traumatic Events Scale-II » (CITES-II; Wolfe, 2002), le « Child Behaviour Checklist » (CBCL; Achenbach et Ruffle, 2001), le « Child Dissociative Checklist » (CDC; Putnam, Helmers et Trickett, 1993), et le « Child Post-Traumatic Stress Reaction Index- Parent Questionnaire » (CPTS-RI-PQ; Nader, 1994).

3.6 Analyses statistiques

Les indicateurs de santé mentale ont été complétés à quatre moments dans la trajectoire de services: à l'évaluation initiale (T1), à la fin des services au CAE, en moyenne 6 mois après l'évaluation initiale (T2), 1 an après l'évaluation initiale (T3) et 2 ans après l'évaluation initiale (T4). L'échantillon a été séparé en trois groupes en fonction de leur implication judiciaire: le premier groupe n'a pas témoigné ($n = 214$), le deuxième groupe a témoigné une fois ($n = 100$) et le troisième groupe a témoigné à plusieurs reprises ($n = 30$). Des statistiques descriptives et des tests de chi carré ont été utilisés pour décrire et comparer les groupes en ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques de l'AS (sévérité, durée, relation avec l'agresseur), le soutien maternel, l'exposition à d'autres types de maltraitance (violence physique, violence psychologique, négligence) et les événements suscités par le dévoilement (investigation policière, intervention des services de protection de la jeunesse, examen médical). Un modèle linéaire mixte (analyses multiniveaux) a été utilisé pour examiner l'influence du témoignage sur chaque indicateur de santé mentale avec les effets principaux pour: a) le temps b) le témoignage et c) l'interaction entre le temps et le témoignage. Les effets principaux pour le temps et le témoignage ont été analysés pour examiner les changements au sein de chaque groupe et entre les groupes. L'effet principal pour l'interaction entre le temps et le témoignage a été analysé pour examiner les changements entre les groupes à chaque temps de mesure. De plus, d'autres caractéristiques identifiées dans la littérature scientifique comme ayant une influence sur la santé mentale des enfants témoins ont également été examinées dans l'analyse multiniveaux comme covariables. Ces caractéristiques sont la sévérité et la durée de l'AS, la relation avec l'agresseur, le soutien maternel, les preuves corroboratives de l'AS et l'exposition à d'autres types de maltraitance (Jodi A. Quas et Goodman, 2012; Troxel et al., 2009). La

méthode du maximum de vraisemblance à information complète a été utilisée pour gérer les données manquantes afin d'utiliser toutes les données disponibles pour estimer le modèle. Cette méthode est recommandée pour les études comportant des mesures répétées pour lesquelles les taux d'attrition sont généralement élevés (Enders, 2013).

Chapitre 4: Article scientifique

Child Sexual Abuse Victims as Witnesses: The Influence of Testifying on their Recovery

Myriam Hany Elmi^a, Isabelle V. Daignault^{a,c}, Martine Hébert^{b, c}

^aÉcole de criminologie, Université de Montréal, Montréal, Canada; ^bDépartement de sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada; ^cChaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants, Montréal, Canada.

Author Note

This work was supported by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR #77614 and #235509) awarded to Martine Hébert, PhD; and the Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC, # 199246) awarded to Isabelle V. Daignault, PhD.

The authors have no conflicts of interest to disclose. The authors wish to thank the children and the parents who participated in this study. Special thanks are extended to the members of the Centre d'Expertise Marie-Vincent as well as to Manon Robichaud for data management.

Correspondence concerning this article should be addressed to:

Myriam Hany Elmi

École de criminologie, Université de Montréal, Pavillon Lionel-Groulx, C-4107,

C.P. 6128 succursale Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3J7.

E-mail: myriam.hany.elmi@umontreal.ca

This manuscript version is made available under the license 0145-2134/ © 2018 Elsevier Ltd.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.001>

Abstract

Victims of child sexual abuse (CSA) are likely to show a wide range of adaptation difficulties. In addition, some children and their families are involved in legal proceedings following the child's disclosure. However, little is known about the effects of legal involvement on CSA victim's mental health and recovery. In this longitudinal study, the effects of testifying were examined in a sample of 344 children at initial assessment (67% of girls) receiving services in a Child Advocacy Centre, of which 130 children testified. The participants' age ranged from 6 to 14 years old ($M = 9.42$ $SD = 2.14$). Children and their parents completed a series of measures to evaluate the child's mental health (e.g. depression, anxiety, PTSD) at four points in time over a 2-year period. Multilevel analysis indicates that all the children showed significant improvement over time but the group who testified more than once shows higher levels of emotional distress 2 years after the initial assessment. This study highlights the importance of documenting the experience of CSA victims in the justice system in order to establish the adequate conditions to support child witnesses.

Keywords: child sexual abuse, testifying, legal procedures, mental health

The widespread prevalence of child sexual abuse (CSA) is a major social concern. According to retrospective studies, one in five women and one in ten men report that they were victims of sexual abuse during their childhood (Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009). There is a consensus across many studies indicating that short and long-term consequences associated with CSA are various and complex. Sexually abused children are more likely to experience internalizing (depression, anxiety, symptoms of post-traumatic stress disorder) and externalizing symptoms (sexualized behaviour, oppositional behaviour, conduct problems) compared to non-victims (Berliner, 2011; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). Current research is being conducted to identify personal and familial factors exerting an influence on the variability of children's reactions (Hébert, Daspe, & Cyr, 2017). However, few studies examine whether legal involvement has a negative effect on children's mental health or aids in their recovery, particularly for children who receive therapeutic services (Daignault, Hébert, & Pelletier, 2017; Quas & Goodman, 2012).

Theoretical Framework

The transactional theory (Sameroff, 1975) suggests that the developmental trajectory is a result of the transactions between a person and their environment which determines the presence or absence of adaptation difficulties. In accordance, Spaccarelli (1994) developed a transactional model specific to CSA. According to his model, CSA is defined as a stressor comprised of abuse events, abuse-related events and disclosure-related events. More precisely, the transactional model suggests that personal factors (e.g., stage of development), environmental factors (e.g., parental support) as well as cognitive appraisals and coping responses can exert an influence on the developmental trajectory of CSA victims. Consequently,

the higher the number of stressors experienced by a child, the greater the risk of adaptation difficulties. From this perspective, legal involvement can be conceptualized as a disclosure-related stressor and the influence of this stressor could be explained by the interaction between various individual and environmental factors (Spaccarelli, 1994).

Secondary Victimization by the Justice System

Involvement in legal proceedings can cause emotional distress for some individuals. For adults who are victims of violent crimes, psychological and social consequences can be exacerbated as a result of participating in legal proceedings. Symonds (1980) was the first to identify that a negative experience within the justice system could contribute to the suffering of victims and their trauma. This phenomenon can be described as a "secondary victimization" by the justice system (Herman, 2003). Gal & Windman (2003) suggested that many factors can contribute to the secondary victimization of adults, amongst others: the victim's lack of knowledge relating to court procedures and the justice system, the lack of information provided to the victim relating to court procedures, the victim's lack of legal rights in the criminal justice system and the disregard of the victim's needs throughout the court procedures by the authorities (e.g., police officers, prosecutors, judges). Although the concept of secondary victimization was first proposed and studied among adult victims of violent crimes, the difficulties aforementioned can also be applied to the experience of child witnesses. Melton (2005) suggests that consequences associated with secondary victimization would be even greater for children because of their heightened vulnerability. Moreover, following the disclosure, children not only have to report their victimization to police officers and prosecutors, but they also experience the potentially stressful intervention of child protective services and of affiliated health

professionals (e.g. medical examination, removal from the home) (Berliner & Conte, 1995; Quas & Goodman, 2012). Children's involvement in the legal system can contribute to secondary victimization, particularly if they have to face the alleged perpetrator in court and if the cross-examination is difficult (Gal & Windman, 2003; Sas, 2002; Whitcomb et al., 1991). In many studies, children report being afraid of having to explain what they have experienced before strangers and particularly in the presence of their perpetrator. Children also report being afraid of being embarrassed, of crying, of being questioned or accused of lying. Furthermore, their limited understanding of court procedures and the justice system as well as long waiting periods and adjournments may exacerbate the child's anxiety or feelings of guilt and contribute to secondary victimization (Back, Gustafsson, Larsson, & Berterö, 2011; Gal & Windman, 2003; Goodman & al., 1992; Quas, Wallin, Horwitz, Davis, & Lyon, 2009; Sas, 1991, 2002; Troxel, Ogle, Cordon, Lawler, & Goodman, 2009).

However, Shore (1985) proposed that even if short-term emotional distress is inevitable in some cases, participating in court proceedings may allow adult victims to regain control over their lives and feel empowered. Similarly, Mudaly & Goddard (2006), suggest that child witnesses can benefit from their legal involvement. In the study by Back al., (2011), children reported their interest to participate in court proceedings and wanting their opinions to be taken into account. Thibaut and Walker's (1975) theory of procedural justice suggests that victims are more likely to be satisfied with the justice system if they perceive that it is fair, that they were respected during the proceedings and that their opinion was taken into account. The principles of procedural justice would allow victims to manage their uncertainties about the justice system by being informed and by being able to express their views on the process leading to the decision

and the decision itself (Thibaut & Walker, 1975; Tyler & Lind, 2001; Van den Bos & Lind, 2002).

Influence of Legal Involvement on Children's Mental Health

The burden of proof for child sexual abuse is exceptionally high. Sexual abuse against children is more difficult to prove than other types of abuse (e.g., physical abuse, neglect) as there is generally very little corroborative evidence (e.g., medical evidence, eyewitness testimony) (Faller & Palusci, 2007). In the prospective study by Heger, Ticson, Velasquez and Bernier (2002) only 4% of children had medical abnormalities associated with sexual abuse at the time of the assessment (e.g., sexually transmitted infections, injuries to genital organs). Generally, the child's verbalization is the only evidence, which would explain why CSA victims are frequently required to testify in court when court proceedings are initiated (Cross, Walsh, Simone, & Jones, 2003; Jackson, 2004). Thus, additional pressure is placed on the child, who is required to provide a coherent and detailed testimony (Quas & Goodman, 2012). However, few studies examine the influence of legal involvement on CSA victims' mental health and a number of these studies have divergent results (Troxel et al., 2009).

One of the most extensive study in the field was conducted by Goodman et al., (1992) and examined the influence of legal involvement on children's adaptation in the short-term (3 months after the testimony, 7 months after the testimony and after the prosecution ended). The results indicate that 7 months after the testimony, children who testified had more behavior problems in comparison with children who didn't testify, particularly if they testified multiple times. Moreover, the lack of maternal support as well as the lack of evidence corroborating the

sexual abuse was associated with a greater risk of adaptation difficulties for child witnesses. However, when the prosecution ended, the adverse effects associated with testifying diminished. The follow-up study by Quas et al. (2005), examined if and how the consequences associated with legal involvement are maintained over a ten-year period. The authors indicate that testifying multiple times concerning severe sexual abuse was associated with a higher risk of subsequent adaptation difficulties. Furthermore, children who testified repeatedly in the study conducted by Goodman et al. (1992) had more sexual problems and more internalized disorders as adolescents and young adults (Quas et al., 2005). Sas et al. (1993) evaluated the social and psychological effects of legal involvement on child witnesses three years after the verdict. Their results suggested that children's emotional distress and poor adjustment was not associated with testifying per se but rather with perceived negative court outcomes (acquittal of the defendant or withdrawal of charges) and the relationship between the victim and the perpetrator (e.g. intrafamilial abuse). In the retrospective study by Berliner and Conte (1995), results showed that testifying did not have a significant influence on the mental health of children but meetings with police officers, prosecutors and child protective services as well as having a medical exam was associated with more emotional distress for children. In some cases, testifying was not associated with negative mental health outcomes but the expectation of testifying was associated with more distress (Berliner & Conte, 1995; Whitcomb et al., 1991).

Although professionals may be inclined to prevent children from being involved with the courts, research suggests that victims are more likely to be satisfied with the justice system when policies that promote their inclusion and active participation are implemented (Gal & Windman, 2003; Tyler & Lind, 2001; Weisz, Wingrove, Beal, & Faith-Slaker, 2011). Runyan

et al., (1988) observed that children who testified in juvenile court were more likely to show improvement on anxiety measures compared to children who had not testified. In the study by Daignault et al. (2017), the group of children who testified and did so mostly before benefiting from therapeutic services, showed greater therapeutic gains than the group of children who didn't testify on measures of anxiety, depression and PTSD. Several studies suggest that the negative influence associated with legal involvement is minimized when children are prepared for their testimony (Henry, 1997; Quas & Goodman, 2012; Sas et al., 1993; Sas, 1991). In the study by Sas (1991), results indicate that children who took part in a court preparation program didn't distinguish themselves from children who didn't testify as to emotional distress. The prospective study of Oates et al. (1995) revealed no significant differences between children who testified and children who did not testify regarding depression, self-esteem and conduct disorders. The authors explained their findings by the fact that all children who testified were able to benefit from a court preparation program and that most mothers provided adequate support to their child throughout the court proceedings. Moreover, when children suffered "less" severe sexual abuse or the perpetrator received a short sentence, not testifying was associated with emotional and behavioral difficulties, possibly indicating that some children would need social recognition of their victimization (Henry, 1997; Mudaly & Goddard, 2006; Quas et al., 2005).

The experience of children in the justice system can vary greatly depending on a number of factors, such as: the child's age at the time of the prosecution, the relationship between the child and the perpetrator, the severity of the sexual abuse experienced, the level of maternal support and the availability of court preparation programs (Goodman et al., 1992; Quas et al.,

2005; Quas & Goodman, 2012; Sas, 1991). Moreover, characteristics of the case have been identified as factors that can exert an influence on the children's experience in the justice system, for example: the number of times the child is called to testify, the number of times the child is brought to court, the type of evidence corroborating the crime and the jurisdiction in which the case is being prosecuted (Cross et al., 2003; Goodman & al., 1992; Quas et al., 2005; Walsh, Jones, Cross, & Lippert, 2008). Generally, children who testify may experience more psychological difficulties in the short term than those who do not testify, but the degree to which the difficulties persist may be explained by individual and environmental factors as well as the interaction between the justice system, the child and the family (Mudaly & Goddard, 2006; Quas & Goodman, 2012; Spaccarelli, 1994). Further research is required to evaluate the consequences associated with testifying in order to minimize the potential negative effects on child witnesses' mental health and facilitate their involvement in legal procedures. The present study aimed to examine the influence of testifying on the mental health and the recovery process of CSA victims who benefited from services at a Child Advocacy Centre (CAC).

Method

Participants

The participants were recruited at a Child Advocacy Centre (CAC) in Montreal, Quebec, Canada. This Centre provides specialized services to child victims of sexual abuse and their families. The sample is composed of 344 children, including 230 girls and 114 boys. Six participants were excluded from this study because no information concerning their legal involvement was available. The participants' age ranged from 6 to 14 years old with the average age being 9 years old ($SD = 2.14$). In regard to the legal involvement of the participants, 62%

did not testify in court proceedings, 29% testified once and 9% testified more than once. More specifically, 54% of the participants testified before receiving services at the CAC, 21% testified during or shortly after receiving services and 18% testified in the 2 years after the initial assessment.

Procedure

The study and the implications of participating were presented by a research assistant to the accompanying parent in order to obtain their written consent. The accompanying parent, which was the mother in 74% of the cases, and the child were invited to complete a series of questionnaires with the help of a research assistant, if needed, at four points in time: at the initial assessment (Time 1, $n = 344$), at the end of CAC services (i.e. On average, 6 months after the initial assessment) (Time 2, $n = 295$), 1 year after the initial assessment (Time 3, $n = 200$) and 2 years after the initial assessment (Time 4, $n = 141$). This study received the approbation of the Ethics Committee of the Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine and of the Ethics Committee for Research in Arts and Sciences of the Université de Montréal.

Measures

The sociodemographic characteristics were obtained from the participant's clinical records. The information relating to the legal involvement and the events related to the disclosure (i.e. medical exam, police investigation, meeting with a prosecutor) were obtained from an adapted French version of the Source of Stress Inventory (Chandler, 1981). The Source of Stress Inventory was administered at each time of assessment to evaluate if any stressful event had occurred since the last assessment. Thereby, we were able to determine if the children were

involved in legal procedures and if they testified multiple times. Unfortunately, we didn't have information concerning the details of the legal procedures (i.e.: type of court, length of court procedures, verdict, sentence). The information relating to the characteristics of the sexual abuse and other forms of child abuse were obtained from the revised French version of the History of Victimization Form (Wolfe, Gentile, & Bourdeau, 1987) developed by Parent and Hébert (2006). The following indicators were used to evaluate the children's mental health:

The adapted French version of the Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1985) by Saint-Laurent (1990) revealed acceptable psychometric properties and was completed by the children. The short version of the CDI contains 10 items and each item has three statements that represent a degree of severity of the feeling and the child indicates the one that best corresponds to his condition over the last fifteen days. The total score varies from 0 to 20. In the present study, the Cronbach's α of the total score reached .74.

The adapted French version of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978) by Hébert and Parent (1999) was completed by the children to evaluate the symptoms of anxiety. The RCMAS contains 28 items and 5 subscales. The subscale for worry-insensitivity was the only one evaluated. The child indicates if each item's statement is true or false. The total score varies from 0 to 11. The RCMAS' reliability and validity have been found to be adequate (Turgeon & Chartrand, 2003) In the present study, the Cronbach's α of this measure reached .80.

The adapted French version of the Children's Impact of Traumatic Events Scale- II (CITES-II; Wolfe, 2002) by Hébert (2006) was completed by the children to evaluate the symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) and the perceived maternal support. The PTSD scale is composed of 3 subscales (re-experimentation, avoidance, hypervigilance) and contains 46 items. The maternal support scale is composed of 3 items. For each item, the child indicates if the statement is false, a little true or very true. The total score for PTSD varies from 0 to 92. The CITES-II' reliability and validity have been found to be adequate (Wolfe, 2007). In the present study, the Cronbach's α of the total PTSD score reached .93 and the maternal support scale .78.

The Child Behaviour Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) was completed by the parent to assess the child's internalizing, externalizing and behaviour problems. The CBCL contains 113 items and 8 subscales. For each item, the parent chooses the statement (not true, somewhat true/sometimes true or very/often true) that corresponds to his child's behaviour over the last two months. The standardized scores for every subscale varies from 0 to 100. In the present study, the Cronbach's α of the internalizing score reached .87 and the externalizing score .92.

The adapted French version of the Child Dissociative Checklist (CDC; Putnam, Helmers, & Trickett, 1993) by Hébert and Parent (2000) was completed by the parent to evaluate the presence and severity of dissociative symptoms in their children. The CDC contains 20 items and the parent indicates if the statement is not true, somewhat true or very true. The score varies from 0 to 40. Some items are considered normative depending on the child's level of

development (e.g. having an imaginary friend) while other items are considered to be pathological reactions (e.g. having two personalities). This measure's reliability and validity have been found to be adequate (Putnam & Peterson, 1994). In the present study, the internal consistency of the global score was high ($\alpha = .82$).

The Child Post-Traumatic Stress Reaction Index- Parent Questionnaire (CPTS-RI-PQ; Nader, 1994) was adapted from the original version intended for children (CPTS-RI; Frederick, Pynoos, & Nader, 1992) and translated in French by Hébert and Daignault (2002). The CPTS-RI-PQ is used to evaluate the presence and the severity of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms. The CPTS-RI-PQ is a 20-item measurement scale based on the diagnostic criteria for PTSD as described by the DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) and is composed of 3 subscales (re-experimentation, avoidance, hypervigilance). Items are rated on a five-point Likert scale that indicates the frequency of the behaviour displayed by the child. The total score for PTSD varies from 0 to 78. This measure's reliability has been found to be acceptable (Nader & Fairbanks, 1994). In the present study, the internal consistency of the global score was high ($\alpha = 0.9$).

Statistical Analysis

The measures evaluating the children's mental health were completed at four points in time: at the initial assessment (T1), at the end of CAC services that is on average 6 months after the initial assessment (T2), 1 year after the initial assessment (T3) and 2 years after the initial assessment (T4). The sample was separated in three groups according to their legal involvement: the first group did not testify ($n = 214$), the second group testified once ($n = 100$) and the third

group testified more than once ($n = 30$). Descriptive statistics and chi-square analyses were used to describe and compare the groups regarding sociodemographic characteristics, sexual abuse characteristics, perceived maternal support, other types of child abuse and disclosure-related events. A linear mixed model (multilevel analysis) was used to examine the influence of testifying for each mental health indicator with main effects for: a) time b) testimony and c) time by testimony. Main effects for time and testimony were analyzed to examine the changes within and between the groups. The interaction effect time by testimony was analyzed to examine the changes between groups at each time of assessment. Other characteristics identified in the scientific literature as having a potential influence on mental health outcomes of child witnesses were examined in the multilevel analysis as covariates for each mental health indicator. The characteristics considered were the severity and duration of the sexual abuse, the relationship with the perpetrator, the perceived maternal support, the corroborative evidence of the sexual abuse and the exposure to other forms of child abuse (Quas & Goodman, 2012; Troxel et al., 2009). For the sake of clarity and conciseness, the results for the covariates are not presented in Tables 3 and 4 but the main effects for covariates are discussed in the results section. The full-information maximum likelihood method was used to manage missing data in order to use all the available data to estimate the model. This method is recommended for studies with repeated measures for which there are typically high attrition rates (Enders, 2013).

Results

Tables

Table 1 Sociodemographic and legal involvement characteristics.

Sample	(<i>N</i> =344)
Average age of children (in years)	9.42 (S.D. 2.14)
Variables	<i>N</i> (%)
Sex	
Girls	230 (66.9%)
Boys	114 (33.1%)
Family structure	
Nuclear family	53 (15.4%)
Single-parent family	138 (40.1%)
Recomposed family	79 (23%)
Foster family & other	74 (21.5%)
Family revenue	
less than 40,000\$ CAD	114 (62.3%)
More than 40,000\$ CAD	69 (37.7%)
Maternal level of education	
Elementary school	9 (2.7%)
High school	128 (38.9%)
College level	133 (40.4%)
Undergraduate level	47 (14.3%)
Graduate level	12 (3.6%)
Legal involvement	
Didn't testify	214 (62%)
Testified once	100 (29%)
Testified more than once	30 (9%)

As reported in Table 1, the average age is 9.42 years old ($SD = 2.14$) and the sample is composed of 66.9% of girls. The majority of children come from a single-parent family (40.1%) and the majority of families have a yearly income of less than 40,000\$ Canadian dollars (62.3%). Most mothers have a high school (38.9%) or college level (40.4%) education. In regard to the legal involvement of the sample, 62% didn't testify, 29% testified once and 9% testified more than once in court proceedings.

Table 2 Chi-square analysis of sexual abuse characteristics, perceived maternal support, other types of child abuse and disclosure-related events by legal involvement.

Variables	Didn't testify (n= 214)	Testified once (n=100)	Testified more than once (n= 30)	χ^2	df	<i>p</i>	Total sample (n=344)
Sexual abuse							
Intrafamilial sexual abuse	69.7%	67%	86.7%	4.4	2	.111	70.4%
Extrafamilial sexual abuse	30.3%	33%	13.3%				29.6%
Severity of the sexual abuse							
Touching over the clothes	8.4%	4.1%	0%	5.95	4	.203	6.4%
Touching under the clothes	28.7%	28.9%	20%				28%
Penetration or attempted penetration	62.9%	67%	80%				65.7%
Duration of the sexual abuse							
One episode	23.1%	23.9%	16.7%	2.35	4	.673	22.7%
Few episodes	37.9%	35.9%	30%				36.6%
Chronic	39%	40.2%	53.3%				40.7%
Perceived maternal support							
Not supportive	7%	6.3%	3.7%	2.16	4	.707	6.5%
Somewhat supportive	9%	13.5%	14.8%				10.9%
Very supportive	83.9%	80.2%	81.5%				82.6%
Victim of child abuse (Yes)							
Physical abuse	37.3%	39.8%	65.4%	7.32	2	.026*	40.8%
Emotional abuse	41.3%	38.5%	61.5%	4.48	2	.106	42.4%
Neglect	27.5%	39.8%	23.8%	4.4	2	.111	31.1%
Disclosure-related events (Yes)							
Involvement of child protective services	50.3%	58.8%	73.1%	5.54	2	.063	54.8%
Police investigation	92.5%	95.6%	96.7%	1.5	2	.473	93.8%
Meeting with a prosecutor	25.4%	47.4%	62.1%	24.05	2	.000***	35.2%
Medical Exam	72.4%	82%	86.7%	5.37	2	.068	76.5%
Corroborative evidence of the sexual abuse							
Normal exam	83%	81.7%	91%	10.963	4	.027*	83.2%
Presence of physical evidence	15.8%	8.3%	0%				11.7%
Strong physical evidence	1.8%	10%	9.1%				5.1%

Note. * = $p < .05$ ** = $p < .01$ *** = $p < .001$

As reported in Table 2, the majority of children were victims of intrafamilial sexual abuse (70.4%). More specifically, 17.7% of the children were abused by a biological parent and 11.9% were abused by a parent's partner. The perpetrator was the uncle or the aunt in 4.9% of the cases and a grandparent in 7.8% of the cases. Siblings were involved in 14.5% of the cases, partner's children were involved in 4.4% of the cases and cousins were involved in 5.8% of the cases. The perpetrator was an acquaintance or a family friend in 15.8% of the cases and only a minority of the cases (1.7%) involved a stranger. The sexual abuse was severe in 65.7% of the cases and chronic in 40.7% of the cases. Most of the children indicated that their mother was very supportive (82.6%). In regard to the other forms of child abuse, 40.8% of children were also victims of physical abuse, 42.4% of emotional abuse and 31.1% of neglect. Child protective services were involved in approximately half of the cases (54.8%), there was a police investigation in most of the cases (93.8%) and more than a third of the sample met with a prosecutor (35.2%). Most of the sample had a specialized medical exam (76.5%) but strong physical evidence was found in only 5.1% of the cases. Being a victim of physical abuse is significantly related to legal involvement ($\chi^2= 7.32, p <.05$). The participants who testified more than once were more often victims of physical abuse (65.4%) than those who didn't testify (37.3%) and those who testified once (39.85%). Corroborative evidence and legal involvement are significantly related ($\chi^2= 10.96, p <.05$). However, given the small number of participants for which corroborative evidence was found, the assumption for the minimum expected cell frequency was violated and this result must be considered with caution.

The means and standard deviations for each mental health indicator are presented in Table 3 (child-reported measures) and Table 4 (parent-reported measures) as well as the main effects for time, testimony and the interaction effect time by testimony.

Table 3 Multilevel analysis of mental health indicators by time of assessment and legal involvement (measures completed by the child).

Testimony	Time 1 <i>M (SE)</i>	Time 2 <i>M (SE)</i>	Time 3 <i>M (SE)</i>	Time 4 <i>M (SE)</i>	Main effects	<i>F</i>	<i>p</i>
CDI: total score for depression (0-20)							
Didn't testify	3.01 (.53)	1.71 (.53)	1.93 (.57)	1.89 (.61)	Time	5.39	.001***
Testified once	2.89 (.57)	2.01 (.59)	1.86 (.65)	1.74 (.75)	Testimony	.66	.519
Testified+	2.61 (.83)	1.51 (.83)	2.01 (.99)	5.17 (1.21)	Interaction	1.79	.100
RCMAS: total score for anxiety (0-11)							
Didn't testify	4.78 (.53)	3.86 (.54)	4.04 (.57)	4.15 (.61)	Time	7.79	.000***
Testified once	5.43 (.58)	3.72 (.59)	3.69 (.65)	4.2 (.74)	Testimony	.87	.423
Testified+	4.98 (.83)	3.45 (.83)	5.4 (.98)	6.29 (1.18)	Interaction	1.8	.099
CITES-II: total score for PTSD (0-92)							
Didn't testify	39.42 (3.3)	30.51 (3.33)	29.23 (3.5)	26.06(3.69)	Time	12.38	.000***
Testified once	39.63 (3.55)	31.55 (3.63)	29.29 (3.96)	26.99 (4.4)	Testimony	.21	.810
Testified+	36.01 (5.05)	25.7 (5.05)	31.48 (5.8)	42.17(6.84)	Interaction	2.01	.064
CITES-II: re-experimentation scale (0-26)							
Didn't testify	10.09 (1.17)	6.76 (1.18)	5.99 (1.25)	4.16 (1.33)	Time	9.71	.000***
Testified once	10.16 (1.26)	7.35 (1.3)	6.33 (1.43)	5.76 (1.61)	Testimony	.6	.547
Testified+	8.58 (1.81)	6.26 (1.81)	6.63 (2.12)	10.82 (2.54)	Interaction	1.86	.087
CITES-II: avoidance scale (0-36)							
Didn't testify	16.56 (1.18)	13.58 (1.2)	13.25 (1.27)	12.43 (1.35)	Time	5.8	.001**
Testified once	16.2 (1.28)	14.53 (1.31)	14.5 (1.45)	13.6 (1.63)	Testimony	.41	.664
Testified+	15.22 (1.83)	12.01 (1.83)	15.74 (2.15)	16.73(2.58)	Interaction	1.67	.127
CITES-II: hypervigilance scale (0-30)							
Didn't testify	12.66 (1.27)	10.18 (1.28)	10.05 (1.35)	9.52 (1.43)	Time	11.87	.000***
Testified once	13.26 (1.37)	9.73 (1.4)	9.02 (1.53)	7.96 (1.72)	Testimony	.26	.772
Testified+	12.21 (1.95)	7.42 (1.95)	9.24 (2.26)	14.76 (2.69)	Interaction	2.21	.041*

Note. Testified+ = Testified more than once; Interaction = Time X Testimony.

CDI: T1 (*n*= 336); T2 (*n*= 288); T3 (*n*= 180); T4 (*n*= 124).

RCMAS: T1 (*n*= 336); T2 (*n*= 287); T3 (*n*= 180); T4 (*n*= 124).

CITES-II: T1 (*n*= 330); T2 (*n*= 285); T3 (*n*= 178); T4 (*n*= 124).

Covariates were integrated in the analysis for each mental health indicator (as mentioned on p.13-14).

* = *p* < .05 ** = *p* < .01 *** = *p* < .001

Table 4 Multilevel analysis of mental health indicators by time of assessment and legal involvement (measures completed by the parent).

Testimony	Time 1 <i>M (SE)</i>	Time 2 <i>M (SE)</i>	Time 3 <i>M (SE)</i>	Time 4 <i>M (SE)</i>	Main effects	<i>F</i>	<i>p</i>
CBCL: internalized scale (0-100)							
Didn't testify	61.85 (1.85)	54.54 (1.87)	54.75 (1.94)	54.35 (2.05)	Time	25.34	.000***
Testified once	61.31 (2)	55.04 (2.04)	56.57 (2.14)	56.67 (2.38)	Testimony	1.11	.333
Testified+	59.16 (2.84)	49.63 (2.84)	53.3 (3.18)	53.83 (3.54)	Interaction	.77	.593
CBCL: externalized scale (0-100)							
Didn't testify	62.92 (1.95)	57.56 (1.96)	56.45 (2.01)	55.97 (2.07)	Time	19.5	.000***
Testified once	61.02 (2.08)	55.73 (2.11)	54.53 (2.18)	55.23 (2.33)	Testimony	1.6	.204
Testified+	56.04 (2.92)	52.35 (2.92)	53.53 (3.13)	55.9 (3.37)	Interaction	1.31	.251
CDC: total score for dissociation (0-40)							
Didn't testify	9.84 (.88)	6.51 (.89)	5.29 (.92)	4.89 (.97)	Time	22.26	.000***
Testified once	8.62 (.95)	5.62 (.97)	5.35 (1.01)	6.13 (1.13)	Testimony	1.64	.196
Testified+	6.04 (1.35)	3.93 (1.35)	4.6 (1.5)	4.41 (1.65)	Interaction	2.16	.046*
CPTS-RI-PQ: total score for PTSD (0-78)							
Didn't testify	25.8 (2.43)	14.47 (2.44)	10.9 (2.55)	10.84 (2.71)	Time	32.3	.000***
Testified once	26.31 (2.58)	15.7 (2.64)	14.78 (2.79)	17.16 (3.19)	Testimony	2.33	.100
Testified+	26.4 (3.72)	16.82 (3.7)	15.4 (4.33)	21.75 (4.59)	Interaction	1.42	.205
CPTS-RI-PQ: re-experimentation scale (0-28)							
Didn't testify	10.22 (1.04)	5.85 (1.04)	4.34 (1.09)	3.88 (1.16)	Time	23.77	.000***
Testified once	10.43 (1.12)	6.78 (1.15)	5.52 (1.22)	5.5 (1.4)	Testimony	1.97	.142
Testified+	10.64 (1.64)	6.97 (1.65)	7.17 (1.92)	8.06 (2.05)	Interaction	.79	.577
CPTS-RI-PQ: avoidance scale (0-20)							
Didn't testify	6.66 (.76)	3.78 (.77)	2.68 (.81)	2.68 (.85)	Time	16.36	.000***
Testified once	6.94 (.82)	4.05 (.84)	4.76 (.89)	5.75 (1.03)	Testimony	4.86	.009**
Testified+	6.41 (1.18)	5.87 (1.2)	3.38 (1.33)	8.45 (1.49)	Interaction	4.74	.000***
CPTS-RI-PQ: hypervigilance scale (0-20)							
Didn't testify	6.28 (.65)	3.54 (.66)	3.2 (.7)	2.95 (.76)	Time	20.09	.000***
Testified once	6.01 (.71)	3.37 (.73)	3.26 (.77)	4.25 (.92)	Testimony	.21	.812
Testified+	5.63 (1.03)	2.48 (1.06)	3.01 (1.22)	3.91 (1.35)	Interaction	.7	.65

Note. Testified+ = Testified more than once; Interaction = Time X Testimony.

CBCL: T1 (*n*= 339); T2 (*n*= 284); T3 (*n*= 200); T4 (*n*= 141).

CDC: T1 (*n*= 343); T2 (*n*= 285); T3 (*n*= 200); T4 (*n*= 140).

CPTS-RI-PQ: T1 (*n*= 309); T2 (*n*= 276); T3 (*n*= 192); T4 (*n*= 133).

Covariates were integrated in the analysis for each mental health indicator (as mentioned on p.13-14).

* = $p < 0.05$ ** = $p < 0.01$ *** = $p < 0.001$

Main effect for Time

The group who didn't testify has significantly higher scores at the initial assessment (T1) when compared to their scores at the follow-up assessments (T2, T3, T4) for each mental health indicator except for the RCMAS (anxiety) for which there was no significant difference between the scores at the initial assessment (T1) and the scores 2 years later (T4). The group who testified once has significantly higher scores at the initial assessment (T1) when compared to their scores at the follow-up assessments (T2, T3, T4) on the RCMAS (anxiety), the CITES-II (PTSD, re-experimentation and hypervigilance scale), the CBCL (internalized and externalized scale), the CPTS-RI-PQ (PTSD, re-experimentation and hypervigilance scale) and the CDC (dissociation). The group who testified more than once has significantly higher scores at the initial assessment (T1) than after CAC services (T2) and/or 1 year after the initial assessment (T3) on the CBCL (internalized and externalized scale), the CDC (dissociation), the CITES-II (avoidance and hypervigilance scale) and the CPTS-RI-PQ (PTSD, re-experimentation and hypervigilance scale). Moreover, the group who testified more than once has significantly higher scores 2 years after the initial assessment (T4) than at the initial assessment (T1) and/or after the CAC services (T2) and /or 1 year after the initial assessment (T3) on the CDI (depression), the RCMAS (anxiety), the CITES-II (PTSD and hypervigilance scale) and the CPTS-RI-PQ (avoidance scale).

Main Effect for Testimony

The main effect for testimony (between group analysis) is only significant for the avoidance scale of the CPTS-RI-PQ, $F(2, 199) = 4.86, p < .01$. Both groups of testifiers have significantly higher scores than the group who didn't testify on the avoidance scale.

Main Effect Time by Testimony

The main effect for the interaction time by testimony is significant for the hypervigilance scale of the CITES-II, $F(6, 389) = 2.21, p < .05$, the avoidance scale of the CPTS-RI-PQ, $F(6, 383) = 4.74, p < .001$ and the total score for dissociation of the CDC, $F(6, 399) = 2.16, p < .05$. On the measure of hypervigilance of the CITES-II, the group who testified more than once has significantly lower scores than the group who didn't testify and the group who testified once at the initial assessment (T1) and after CAC services (T2) but significantly higher scores 2 years after the initial assessment (T4). On the measure of avoidance of the CPTS-RI-PQ, the group who testified more than once has significantly lower scores than the group who didn't testify and the group who testified once at the initial assessment (T1). However, both groups of testifiers have significantly higher scores than the group who didn't testify on the avoidance scale on their scores at the follow-up assessments (T2, T3, T4). Moreover, the group who testified more than once has significantly lower scores than the group who testified once 1 year after the initial assessment (T3) but significantly higher scores 2 years after the initial assessment (T4). On the measure of dissociation, the group who testified more than once has significantly lower scores than the group who didn't testify at the initial assessment (T1), 1 year later (T3) and 2 years after the initial assessment (T4). The group who testified once has significantly lower scores than the group who didn't testify on the measure of dissociation at the initial assessment (T1) and after CAC services (T2) but significantly higher scores 2 years after the initial assessment (T4).

Main Effect for Covariates

Certain characteristics of the sexual abuse and other types of child maltreatment have been examined in the multilevel analysis as covariates. These characteristics have been identified in the literature as confounding variables in the relationship between legal involvement and the mental health of CSA victims (Quas & Goodman, 2012; Sas et al., 1993; Troxel et al., 2009). The severity and duration of the sexual abuse, the relationship with the perpetrator, the corroborative evidence and being a victim of psychological abuse had no significant influence on mental health outcomes. The main effect for emotional abuse was significant for the measure of externalized problems of the CBCL, $F(1, 199) = 6.78, p < .05$. The three groups have significantly higher scores when they were victims of emotional abuse. The main effect for physical abuse was significant for the measure of dissociation of the CDC, $F(1, 197) = 4.06, p < .05$, the measure of PTSD of the CPTS-RI-PQ, $F(1, 182) = 3.93, p < .05$, and the measure of re-experimentation of the CITES-II, $F(1, 192) = 4.88, p < .05$. The three groups have significantly higher scores when they were victims of physical abuse. The main effect for maternal support was significant for the measure of dissociation of the CDC, $F(2, 194) = 4.73, p < .05$. The three groups have significantly higher scores when the mother was not supportive than when the mother was somewhat supportive or very supportive.

Discussion

The present longitudinal study aimed to examine the influence of testifying on the mental health of CSA victims that benefited from therapeutic services at a CAC. A small number of studies have examined the experience of child witnesses in the justice system and there is no clear consensus as to the influence of legal involvement on children's mental health (Quas & Goodman, 2012; Troxel et al., 2009). Some studies indicate that legal involvement can have a

negative influence on child witnesses' mental health in the short and the long-term (Back et al., 2011; Bill, 1995; Goodman et al., 1992; Quas et al., 2005; Sas, Hurley, Hatch, Malla, & Dick, 1993; Sas, 1991) while other studies reveal a positive influence associated with testifying (Daignault et al., 2017; Henry, 1997; Runyan, Everson, Edelsohn, Hunter & Coulter, 1988) or an absence of relationship between legal involvement and children's mental health (Berliner & Conte, 1995; Oates, Lynch, Stern, O'Toole, & Cooney, 1995). Two main conclusions can be drawn from this study. First, all children, independently of their legal involvement, improve immediately after receiving therapeutic services at the CAC. Second, levels of emotional distress appeared to increase for children who have testified more than once 2 years after the initial assessment. More specifically, when we look at the evolution over time within each group, results revealed significant improvements after CAC services on the majority of the mental health indicators for the three groups. However, the group who testified more than once did not appear to maintain these improvements 2 years after the initial assessment and shows significant increments in their scores 2 years after the initial assessment on the measures of depression, anxiety, avoidance in parent-reported measures as well as child-reported measures of PTSD and hypervigilance symptoms. Results for the comparison between groups at each time of assessment on the measure of child reports of hypervigilance indicate that although the group who testified more than once showed greater improvements in their scores after the intervention their distress significantly increased 2 years after the initial assessment. On the measure of avoidance as evaluated by the accompanying parent, both groups of testifiers have significantly higher scores than the group who didn't testify after the intervention and 1 and 2 years after the initial assessment. The children who testified seem to benefit from the therapeutic services at the CAC but those who testified multiple times do not maintain their therapeutic gains 2 years

after the initial assessment. These findings are consistent with the results of the study of Goodman et al. (1992) and the follow-up study of Quas et al. (2005) in which testifying multiple times was associated with a greater risk of adaptation difficulties. These results lead to question whether children who testified more than once were exposed to more violence or more severe sexual abuse. The three groups didn't distinguish themselves in terms of sexual abuse characteristics (severity, duration of the sexual abuse, relationship with the perpetrator) but the group who testified more than once were significantly more likely to report physical abuse. Furthermore, in the multilevel analysis, the majority of the covariates didn't have a significant influence on mental health outcomes. However, the main effect for physical abuse, emotional abuse and maternal support were significant on certain mental health indicators (i.e. externalized problems, dissociation, PTSD, re-experimentation) and the effect was the same for the three groups.

This study highlights that the relationship between legal involvement and the mental health of children is complex and several factors (e.g., sexual abuse characteristics, corroborative evidence, parental support, court preparation program) may influence the recovery process in CSA victims (Quas & Goodman, 2012; Sas et al., 1993; Troxel et al., 2009). Thereby, it is important to examine the experience of CSA victims in the justice system from a systemic perspective. In accordance with Spaccarelli's transactional model (1994), several factors need to be considered including the stressors related to the sexual abuse (the characteristic of the abuse experienced, the abuse-related events and the disclosure related events) because the higher the number of stressors experienced by a child, the higher the risk that the child will manifest adaptation difficulties. Furthermore, individual factors (e.g.

cognitive development, personality), environmental factors (e.g. parental support, length of court proceedings), the child's cognitive appraisals in relation to the sexual abuse (e.g. feelings of guilt) as well as the child's coping responses (e.g. avoidance, hypervigilance) may influence adaptation difficulties related to legal involvement. Nonetheless, testifying multiple times seems to be a risk factor for adverse mental health outcomes after the therapeutic services. This risk factor could also be related to the apprehension of testifying, the length of the court procedures or the outcome of the court procedures (verdict, sentence) (Berliner & Conte, 1995; Sas et al., 1993; Whitcomb et al., 1991). The issue may not be whether children should testify or not, but how we can better support them and minimize the negative consequences associated with testifying. Thus, the possibility of limiting the number of times a child is called upon to testify should be an avenue considered by judicial actors. Moreover, the emotional state, the cognitive abilities required for the testimony, and the knowledge of the justice system of the child should be assessed prior to the testimony. Child witnesses must have acquired both receptive and expressive language abilities to be able to understand and respond to lawyers' questions (Sas, 2002). Furthermore, legal terms and complex sentences represent a significant challenge for most children who testify (Greenstock & Pipe 1996; Saywitz & Nathanson 1993; Walker 1993). The scientific literature pertaining to memory indicates that young children can maintain accurate memories of a past event that concerns them and communicate these in a favorable context (Ornstein, Larus, & Clubb, 1991). However, CSA victims who are called to testify must report traumatic events months and sometimes years after the sexual abuse. In response to the difficulties and the needs of child witnesses, a number of court preparation programs have been developed in Canada and other countries (Nathanson & Saywitz, 2015; O'Neil & Zajac, 2013; Sas, 1993). These programs allow child witnesses to 1) develop their knowledge of the justice

system, 2) address their fears and apprehensions about their testimony 3) help them develop the communication skills necessary for an effective testimony and 4) provide emotional support to children and their families.

In the present study, 54% of the sample testified before receiving services and 18% testified after receiving services at the CAC. Thus, at the time children were involved in legal procedures, such services might have been minimally involved or no longer involved. This study underlines the importance of maintaining support through therapeutic services and court preparation program. This may involve coordination services to redirect children and their families to the CAC.

Limits and Future Research

The information gathered concerning the legal involvement of the participants was not collected for the purpose of carrying out this type of study. Thus, the main limitation of our study relates to the lack of information about the experience of child victims in the justice system (e.g. the type of court, the length of court proceedings, the jurisdiction of the court, the verdict, the sentence). Furthermore, the participants in this study all benefited from therapeutic services at a CAC which represents a sampling bias and limits the generalization of the results. The main strength of this study is that mental health indicators were completed by both the child and the parent at four points in time over a 2-year period. Future research should include detailed information concerning the legal involvement of CSA victims and the mental health of child witnesses as well as their perceptions about their experiences which should be assessed before, during and after legal proceedings. The notion of timing of the CAC services with the testimony

was not explored in this study and could be evaluated in future studies. Moreover, exploring the kind of support child victims benefit from during their legal involvement could add to our understanding of mental health outcomes following testimony. While our results may be considered exploratory, our findings emphasize the need to better document the experience of child victims and their families in the justice system in order to facilitate their participation in legal proceedings.

References

- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles an integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV* (4th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Back, C., Gustafsson, P. A., Larsson, I., & Berterö, C. (2011). Managing the legal proceedings: An interpretative phenomenological analysis of sexually abused children's experience with the legal process. *Child Abuse & Neglect*, 35(1), 50-57.
- Berliner, L. (2011). Child sexual abuse- Definitions, prevalence, and consequences. In *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.
- Bill, D. F. (1995). The effect of testifying in court on children who have been sexually abused. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 55(12-B), 5558.
- Chandler, L. A. (1981). The source of stress inventory. *Psychology in the Schools*, 18(2), 164-168.
- Cross, T. P., Walsh, W. A., Simone, M., & Jones, L. M. (2003). Prosecution of child abuse a meta-analysis of rates of criminal justice decisions. *Trauma, Violence, & Abuse*, 4(4), 323-340.

- Daignault, I., Hébert, M., & Pelletier, M. (2017). L'influence du système de justice sur le rétablissement d'enfants victimes d'agression sexuelle et suivis dans un centre d'appui aux enfants. *Criminologie*, 50(1), 51–75.
- Enders, C. K. (2013). Dealing with missing data in developmental research. *Child Development Perspectives*, 7(1), 27–31.
- Faller, K. C. & Palusci, V. J. (2007). Children's advocacy centers: Do they lead to positive case outcomes? *Child Abuse & Neglect*, 31(10), 1021-1029.
- Frederick, C. J., Pynoos, R. S., & Nader, K. O. (1992). *Child Post-Traumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI)*. Unpublished manuscript. Los Angeles, CA: University of California.
- Gal, T. & Windman, V. (2003). Child victims in Israel: Varieties of difficulties, few solutions. *Social Security*, 63, 210–235.
- Goodman, G. S., Taub, E. P., Jones, D. P. H., England, P., Port, L. K., Rudy, L., ... Melton, G. B. (1992). Testifying in criminal court: Emotional effects on child sexual assault Victims. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57(5), i-159.
- Greenstock, J. et Pipe, M.-E. (1996). Interviewing children about past events: The influence of peer support and misleading questions. *Child abuse & neglect*, 20(1), 69–80.
- Hébert, M. (2006). *Traduction française du Children's Impact of Traumatic Events Scale II (CITES II ; Wolfe, 2002)*. Document inédit. Montréal, QC : Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Hébert, M. & Daignault, I. V. (2002). *Traduction française du Child Post-Traumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI ; Frederick, Pynoos, & Nader, 1992)*. Document inédit. Montréal, QC : Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

- Hébert, M., Daspe, M., & Cyr, M. (2017). An analysis of avoidant and approach coping as mediators of the relationship between paternal and maternal attachment security and outcomes in child victims of sexual abuse. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*.
- Hébert, M. & Parent, N. (1999). *Version française abrégée du Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS ; Reynolds & Richmond, 1978)*. Document inédit. Ste-Foy, QC : Département de mesure et évaluation, Université Laval.
- Hébert, M. & Parent, N. (2000). *Traduction française du Child Dissociative Checklist (CDC ; Putnam, Helmers, & Trickett, 1993)*. Document inédit. Montréal, QC : Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Heger, A., Ticson, L., Velasquez, O., & Bernier, R. (2002). Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 645-659.
- Henry, J. (1997). System intervention trauma to child sexual abuse victims following disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(4), 499-512.
- Herman, J. L. (2003). The mental health of crime victims: Impact of legal intervention. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 159-166.
- Jackson, S. L. (2004). A USA national survey of program services provided by child advocacy centers. *Child Abuse & Neglect*, 28(4), 411-421.
- Kovacs, M. (1985). Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-1124.
- Melton, G. B. (2005). Treating children like people: A framework for research and advocacy. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(4), 646-657.

- Mudaly, N. & Goddard, C. (2006). *The truth is longer than a lie: Children's experiences of abuse and professional interventions*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Nader, K. (1994). Child Post-Traumatic Stress Reaction Index: parent questionnaire (CPTS-RI-PQ), adapted for parents to accompany CPTS-RI (© Frederick, Pynoos & Nader, 1992).
- Nader, K. O. & Fairbanks, L. A. (1994). The suppression of reexperiencing: Impulse control and somatic symptoms in children following traumatic exposure. *Anxiety, stress, and coping*, 7(3), 229–239.
- Nathanson, R. et Saywitz, K. (2015). Preparing children for court : Effects of a model court education program on children's anticipatory anxiety, *Behavioral Sciences and the Law*, 33, 459 – 475.
- Oates, R. K., Lynch, D. L., Stern, A. E., O'Toole, B. I., & Cooney, G. (1995). The criminal justice system and the sexually abused child. Help or hindrance? *The Medical Journal of Australia*, 162(3), 126–130.
- O'Neill, S. et Zajac, R. (2013). Preparing children for cross-examination : how does intervention timing influence efficacy ? *Psychology, Public Policy, and Law*, 19 (3), 307 – 320.
- Ornstein, P. A., Larus, D. M. et Clubb, P. A. (1991). Understanding children's testimony: Implications of research on the development of memory. *Annals of child development*, 8, 145–176.
- 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(1), 17–36.

- Parent, N. & Hébert, M. (2006). *Questionnaire sur la victimisation de l'enfant. French Adaptation of the History of Victimization Form (HVF; Wolfe, Gentile & Boudreau, 1987)*. Document inédit. Ste-Foy, QC : Département de mesure et évaluation, Université Laval.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 331-342.
- Putnam, F. W., Helmers, K., & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17(6), 731-741.
- Putnam, F. W. & Peterson, G. (1994). Further validation of the Child Dissociative Checklist. *Dissociation: Progress in the dissociative disorders*, 7(4), 204-211.
- Quas, J. A. & Goodman, G. S. (2012). Consequences of criminal court involvement for child victims. *Psychology, Public Policy, and Law*, 18(3), 392-414.
- Quas, J. A., Goodman, G. S., Ghetti, S., Alexander, K. W., Edelstein, R., Redlich, A. D., ... Haugaard, J. (2005). Childhood sexual assault victims: Long-term outcomes after testifying in criminal court. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 70(2), i-139.
- Quas, J. A., Wallin, A. R., Horwitz, B., Davis, E., & Lyon, T. D. (2009). Maltreated children's understanding of and emotional reactions to dependency court involvement. *Behavioral Sciences & the Law*, 27(1), 97-117.
- Reynolds, C. R. & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of abnormal child psychology*, 6(2), 271-280.

- Runyan, D. K., Everson, M. D., Edelsohn, G. A., Hunter, W. M., & Coulter, M. L. (1988). Impact of legal intervention on sexually abused children. *The Journal of Pediatrics*, *113*(4), 647-653.
- Saint-Laurent, L. (1990). Psychometric study of Kovacs's Children's Depression Inventory with a French-speaking sample. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *22*(4), 377-384.
- Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social relations. *Human development*, *18*(1-2), 65-79.
- Sas, D. L., Hurley, P., Hatch, A., Malla, S., & Dick, T. (1993). *Three years after the verdict: A longitudinal study of the social and psychological adjustment of child witnesses referred to the Child Witness Project* (no FVDS #4887-06-91-026). London, Ontario: London Family Court Clinic.
- Sas, L. D. (1991). *Reducing the system-induced trauma for child sexual abuse victims through the court preparation, assessment and follow-up* (no #4555-1-125). London, Ontario : London Family Court Clinic.
- Sas, L. D. (2002). *Interaction entre les capacités de développement des enfants et l'environnement d'une salle d'audience : incidences sur la compétence à témoigner*. Ottawa, Ontario : Ministère de la Justice du Canada.
- Saywitz, K. J. et Nathanson, R. (1993). Children's testimony and their perceptions of stress in and out of the courtroom. *Child Abuse & Neglect*, *17*(5), 613-622.
- Shore, M. F. (1985). The clinician as advocate—interventions in court settings: Opportunities, responsibilities, and hazards. *Journal of Clinical Child Psychology*, *14*(3), 236-238.

- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, *116*(2), 340-362.
- Symonds, M. (1980). The “second injury” to victims. *Evaluation and change*, *7*(1), 36–38.
- Thibaut, J. W. & Walker, L. (1975). *Procedural justice: A psychological analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Troxel, N. R., Ogle, C. M., Cordon, I., Lawler, M., & Goodman, G. S. (2009). Child witnesses in criminal court. In B. L. Bottoms, C. Najdowski, & G. S. Goodman (Eds.), *Children as victims, witnesses, and offenders: Psychological science and the law* (p. 150–166). New York, NY: Guilford Press.
- Turgeon, L. & Chartrand, É. (2003). Reliability and validity of the Revised Children’s Manifest Anxiety Scale in a French-Canadian sample. *Psychological assessment*, *15*(3), 378.
- Tyler, T. R. & Lind, E. A. (2001). Procedural justice. In J. Sanders & V. L. Hamilton (Eds.), *Handbook of justice research in law* (p. 65-92). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Van den Bos, K. & Lind, E. A. (2002). Uncertainty management by means of fairness judgments. *Advances in experimental social psychology*, *34*, 1–60.
- Walker, A. G. (1993). Questioning young children in court: A linguistic case study. *Law and Human Behavior*, *17*(1), 59.
- Walsh, W. A., Jones, L. M., Cross, T. P., & Lippert, T. (2008). Prosecuting child sexual abuse: The importance of evidence type. *Crime & Delinquency*, *56*(3), 436-454.
- Weisz, V., Wingrove, T., Beal, S. J., & Faith-Slaker, A. (2011). Children’s participation in foster care hearings. *Child Abuse & Neglect*, *35*(4), 267-272.

- Whitcomb, D., Runyan, D., DeVos, E., Hunter, W., Cross, T., Everson, M., ... Cropper, C. (1991). *Child victims as witnesses: Research and development program*. Washington, D.C.: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Wolfe, V. V. (2002). *The Children's Impact of Traumatic Events Scale II (CITES-II)*. London, Ontario: Child and Adolescent Centre.
- Wolfe, V. V. (2007). Child sexual abuse. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Assessment of childhood disorders* (4th ed., p. 685-748). New York, NY: Guilford.
- Wolfe, V. V., Gentile, C., & Bourdeau, P. (1987). *History of victimization form. Unpublished assessment instrument*. London, Ontario : Children's Hospital of Western Ontario.

Chapitre 5 : Discussion

La présente étude visait à examiner l'influence de l'implication judiciaire sur la santé mentale et le processus de rétablissement d'enfants victimes d'AS qui ont bénéficié de services dans un CAE. Cette problématique a très peu été étudiée et les études qui ont été effectuées à ce jour décrivent des résultats plutôt divergents. Certaines études tendent à démontrer que le fait de témoigner aurait des impacts négatifs à court et à long terme (Goodman et al., 1992; Quas et al., 2005; Sas et al., 1993) tandis que d'autres études indiquent que l'implication judiciaire des enfants victimes d'AS n'aurait aucun impact sur leur santé mentale (Berliner et Conte, 1995; Oates et al., 1995). De plus, certaines études décrivent des impacts positifs au témoignage dans certaines circonstances et des impacts négatifs au fait de ne pas témoigner lorsque l'AS est moins « sévère » (Daignault et al., 2017; Henry, 1997; Runyan et al., 1988). Pour certains enfants, une expérience de témoignage perçue comme étant négative peut contribuer à la victimisation secondaire et exacerber les conséquences associées à l'AS (Ben-Arieh et Windman, 2007; Herman, 2003). Gal et Windman (2003) suggèrent que de nombreux facteurs associés au système de justice peuvent contribuer à la victimisation secondaire, entre autres: le manque de connaissance concernant les procédures judiciaires chez la victime, une absence de statut et un manque de droits au sein du système de justice pour les victimes, l'insensibilité des acteurs judiciaires (policiers, procureurs, juges) et la perte de temps et d'argent (ex : les enfants qui s'absentent de l'école et les parents qui s'absentent de leur emploi). Dans certaines études, les enfants témoins rapportent avoir peur de devoir expliquer ce qu'ils ont vécu devant des inconnus et en particulier en présence de leur agresseur. Entre autres, les enfants témoins ont peur d'être discrédités, d'être accusés de mentir, de pleurer lors de leur témoignage et de devoir

répondre aux questions de l'avocat de la défense (Back et al., 2011; Goodman et al., 1992; Sas, 1991; Troxel et al., 2009). Selon la littérature scientifique, plusieurs facteurs de risque peuvent contribuer à la détresse émotionnelle des enfants témoins à court et à long terme, soit : la relation avec l'agresseur (agression intrafamiliale), la sévérité de l'AS, le fait de témoigner à plusieurs reprises, l'issue des procédures judiciaires (ex. : retrait des accusations, verdict de non-culpabilité), le manque de preuves corroboratives de l'AS et le manque de soutien maternel (Quas et Goodman, 2012; Sas, 1991; Troxel et al., 2009). Par ailleurs, dans certaines circonstances (ex : soutien parental adéquat, présence de preuves corroboratives de l'AS, programme de préparation à la cour, témoignage à une seule reprise), l'implication judiciaire ne semble pas avoir d'effet sur la santé mentale des enfants témoins et pour certains, il peut être un élément positif dans leur processus de rétablissement (Daignault et al., 2017; Henry, 1997; Oates et Tong, 1986; Quas et al., 2005; Runyan et al., 1988). Les procédures judiciaires pourraient être perçues comme une forme de reconnaissance sociale de la victimisation et procurer un sentiment de sécurité et de justice (Herman, 2003). En outre, les victimes sont plus susceptibles d'être satisfaites du système de justice si elles perçoivent les procédures judiciaires comme étant justes et que leurs besoins et leurs opinions ont été pris en compte (Thibaut et Walker, 1975).

Dans la présente étude, deux conclusions principales peuvent être tirées. D'une part, tous les enfants, indépendamment de leur implication judiciaire, présentent des améliorations significatives avec les services thérapeutiques. D'autre part, le groupe qui a témoigné à plusieurs reprises présente des niveaux plus élevés de détresse émotionnelle 2 ans après l'évaluation initiale. Ainsi, lorsque nous examinons l'effet temps, soit l'évolution dans le temps au sein de

chaque groupe, les résultats révèlent des améliorations significatives à la suite des services thérapeutiques quant à la majorité des indicateurs de santé mentale pour les trois groupes. Toutefois, le groupe qui a témoigné à plusieurs reprises ne semble pas maintenir ces améliorations 2 ans après l'évaluation initiale. De plus, le groupe qui a témoigné à plusieurs reprises présente des augmentations significatives de leurs scores 2 ans après l'évaluation initiale sur les mesures de dépression, d'anxiété, d'évitement (mesures évaluées par le parent) ainsi que sur les mesures d'ÉSPT et d'hypervigilance (mesures évaluées par l'enfant). Lorsque nous examinons l'effet témoignage, soit la comparaison entre les groupes sans égard aux temps de mesure, les deux groupes d'enfants qui ont témoigné ont des scores significativement plus élevés que le groupe qui n'a pas témoigné sur la mesure d'évitement (évaluée par le parent). Enfin, lorsque nous examinons l'effet d'interaction entre le temps et le témoignage, soit la comparaison entre les groupes à chaque temps de mesure, le groupe qui a témoigné à plusieurs reprises présente des améliorations plus marquées après l'intervention sur la mesure d'hypervigilance (évaluée par l'enfant). Par contre, leurs scores sur la mesure d'hypervigilance (évaluée par l'enfant) augmentent considérablement deux ans après l'évaluation initiale. Quant à la mesure d'évitement (évaluée par le parent), les deux groupes qui ont témoigné ont des scores significativement plus élevés que le groupe qui n'a pas témoigné après l'intervention, 1 an après l'évaluation initiale et 2 ans après l'évaluation initiale. Or, sur la mesure de dissociation (évaluée par le parent), le groupe qui n'a pas témoigné présente des scores significativement plus élevés que les deux groupes qui ont témoigné avant et après l'intervention. Toutefois, le groupe qui a témoigné une fois présente des scores de dissociation significativement plus élevés 2 ans après l'évaluation initiale. En outre, les enfants qui ont témoigné bénéficient des services thérapeutiques au même titre que les enfants qui n'ont pas témoigné. Ce qui concorde avec les

résultats de Sas (1991) qui stipulent que lorsque les enfants témoins bénéficient de services thérapeutiques, ils ne se distinguent pas des enfants qui n'ont pas témoigné en termes de détresse émotionnelle à la suite de l'intervention. Or, dans la présente étude, les enfants qui ont témoigné ne semblent pas maintenir leurs gains thérapeutiques après les services thérapeutiques quant aux mesures d'hypervigilance (évaluée par l'enfant), d'évitement (évaluée par le parent), et de dissociation (évaluée par le parent) comparativement à ceux qui n'ont pas témoigné. De plus, cette tendance est encore plus marquée chez le groupe qui a témoigné à plusieurs reprises lorsque nous examinons l'effet temps et l'effet d'interaction entre le temps et le témoignage. Ces résultats concordent avec les résultats de l'étude de Goodman et al. (1992) et de l'étude de suivi de Quas et al. (2005) dans lesquelles le fait de témoigner plusieurs fois était associé à un plus grand risque de manifester des difficultés d'adaptation. Ainsi, le fait de témoigner à plusieurs reprises pourrait représenter un « stresser » plus important pour les enfants victimes d'AS (Spaccarelli, 1994). De plus, plusieurs études indiquent que les contacts répétés avec les acteurs judiciaires (policiers, procureurs) étaient associés à une plus grande détresse émotionnelle et à plus de sentiment de peur et de honte chez les enfants victimes de maltraitance (Henry, 1997; Jodi A. Quas et Sumaroka, 2011; Tedesco et Schnell, 1987). En outre, le système de justice ne répondrait pas aux besoins de la victime, dont le besoin de limiter l'exposition aux traumatismes vécus. De plus, il pourrait porter atteinte à la vie privée de la victime lorsque des détails de sa vie personnelle sont exposés lors de l'enquête policière et lors des procédures judiciaires ce qui pourrait contribuer à la victimisation secondaire (Gal et Windman, 2003; Herman, 2003).

Notons que, similairement à l'étude de Heger et al. (2002), il y avait présence de preuves corroboratives médicales de l'AS dans une minorité des cas, soit dans 5% des cas. Plus précisément, il y avait présence de preuves corroboratives médicales dans 1.8% des cas chez le groupe qui n'a pas témoigné, dans 10% des cas chez le groupe qui a témoigné une fois et dans 9% des cas chez le groupe qui a témoigné à plusieurs reprises. Ainsi, le témoignage des enfants victimes d'AS est crucial lorsque des procédures judiciaires sont enclenchées et ces derniers pourraient ressentir plus de pression de livrer un témoignage convaincant. Par ailleurs, ces résultats amènent à se questionner quant aux expériences de victimisation des enfants qui ont témoigné et s'ils ont été exposés à plus de violence que les enfants qui n'ont pas témoigné. En outre, les trois groupes ne se distinguent pas en termes d'exposition à la violence psychologique et à la négligence. Toutefois, le groupe qui a témoigné à plusieurs reprises était significativement plus susceptible d'être victime de violence physique que les deux autres groupes. Les trois groupes ne se distinguent pas quant aux caractéristiques des agressions sexuelles (sévérité, durée, relation avec l'agresseur). De surcroît, les caractéristiques de l'AS (sévérité, durée, relation avec l'agresseur), l'exposition à d'autres types de maltraitance (violence physique, violence psychologique, négligence), le soutien maternel et les preuves corroboratives de l'AS ont été ajoutés au modèle et examinés dans les analyses multiniveaux comme covariables. Ces caractéristiques ont été identifiées dans la littérature scientifique comme des variables modératrices dans la relation entre l'implication judiciaire et la santé mentale des enfants témoins (Quas et Goodman, 2012; Sas et al., 1993; Troxel et al., 2009). De plus, ces caractéristiques correspondent aux « stressseurs » pouvant avoir une influence sur la trajectoire développementale et les difficultés d'adaptation des enfants victimes d'AS (Spaccarelli, 1994). Dans la présente étude, il y avait peu de liens significatifs entre les covariables et les différents

indicateurs de santé mentale. L'exposition à la violence physique, la violence psychologique et le soutien maternel avaient une influence significative sur certains indicateurs de santé mentale (problèmes extériorisés, dissociation, ÉSPT, réexpérimentation) et l'effet était le même pour les trois groupes. C'est-à-dire que les scores sur les indicateurs de santé mentale augmentaient, donc la détresse émotionnelle augmentait si l'enfant était exposé à la violence physique et psychologique et moins il y avait de soutien maternel. Toutefois, il y avait peu de variance quant au soutien maternel dans notre échantillon. En outre, la majorité des enfants, soit près de 83%, rapportent un niveau élevé de soutien maternel ce qui concorde avec le fait que les parents permettent à leurs enfants de bénéficier de services thérapeutiques dans un CAE.

La relation entre l'implication judiciaire et la santé mentale des enfants est complexe et de nombreux facteurs peuvent influencer sur le processus de rétablissement des victimes (ex. : caractéristiques de l'AS, preuves corroboratives, soutien parental, programme de préparation au témoignage) (Jodi A. Quas et Goodman, 2012). Conséquemment, il est important d'examiner l'expérience des enfants victimes d'AS dans le système de justice dans une perspective systémique. Conformément au modèle transactionnel de Spaccarelli (1994), il faut d'une part évaluer les stressseurs en lien avec l'AS (les caractéristiques de l'AS, les événements en lien avec l'AS et les événements suscités par le dévoilement de l'AS) car plus un enfant vivrait un nombre élevé de stressseurs plus le risque est élevé qu'il manifeste des difficultés d'adaptation. D'autre part, il faut évaluer les facteurs individuels (ex. : niveau de développement, personnalité), les facteurs environnementaux (ex. : support parental, durée des procédures judiciaires) ainsi que l'évaluation cognitive de l'enfant par rapport à l'AS ou aux événements en lien avec l'AS (ex. : perception de menace à l'intégrité) et les stratégies d'adaptation de l'enfant (ex. : évitement,

hypervigilance) pour pouvoir évaluer la trajectoire développementale de l'enfant ainsi que la manifestation des difficultés d'adaptation en lien avec l'implication judiciaire (Spaccarelli, 1994)

Chapitre 6 : Conclusion

Les résultats de la présente étude suggèrent que les enfants témoins et les enfants qui n'ont pas témoigné bénéficient des services thérapeutiques au CAE. Or, le fait de témoigner à plusieurs reprises semble être un facteur de risque quant au développement et à la manifestation de difficultés d'adaptation à la suite des services thérapeutiques. Ainsi, la possibilité de limiter le nombre de fois qu'un enfant est appelé à témoigner devrait être une avenue envisagée par les acteurs judiciaires. Ce facteur de risque pourrait également être associé à l'appréhension en vue de témoigner, à la longueur des procédures judiciaires ou à l'issue des procédures judiciaires (ex. : le verdict, la sentence) (Berliner et Conte, 1995; Sas et al., 1993; Debra Whitcomb et al., 1991). Toutefois, il n'est pas question de systématiquement exclure les enfants des procédures judiciaires. Il faut plutôt évaluer l'état émotionnel de l'enfant avant le témoignage, s'assurer qu'il fait preuve des compétences cognitives nécessaires au témoignage ainsi que des connaissances minimales concernant le système de justice (Sas, 2002). Les enfants témoins doivent manifester plusieurs compétences cognitives lors d'un témoignage, entre autres par rapport au langage et à la mémoire. Lors du témoignage, l'enfant témoin doit avoir acquis des capacités langagières tant au niveau réceptif qu'expressif pour être en mesure de comprendre et de répondre aux questions posées par les avocats (Sas, 2002). De plus, les termes juridiques et les phrases complexes représentent un défi important pour la plupart des enfants qui témoignent

(Greenstock et Pipe, 1996; Saywitz et Nathanson, 1993; Walker, 1993). Par ailleurs, la littérature scientifique portant sur la mémoire indique que les jeunes enfants peuvent maintenir des souvenirs précis d'un évènement passé qui les concernent et communiquer ceux-ci dans un contexte favorable (Ornstein, Larus et Clubb, 1991). Dans le cadre d'un témoignage, l'enfant doit être en mesure d'effectuer un récit narratif des faits qui se sont produits dans le passé. Or, les enfants victimes d'AS qui sont amenés à témoigner doivent relater des faits traumatisants des mois, parfois même des années à la suite des évènements. En réponse aux difficultés et aux besoins des enfants témoins, plusieurs programmes de préparation à la cour ont été développés au Canada dont celui du London Family Court Clinic (Sas, 1991) et plus récemment celui du Centre d'aide aux victimes d'actes criminels de l'Outaouais (Lachambre et Dufour, 2016). Ces programmes permettraient aux enfants témoins de développer leurs connaissances quant au système de justice, d'aborder leurs peurs et leurs appréhensions quant à leur témoignage, de les aider à développer les compétences de communication nécessaires pour un témoignage efficace et d'offrir un soutien émotionnel à l'enfant et à la famille. Dans la présente étude, 54% des participants ont témoigné avant de recevoir des services et 18% des participants ont témoigné après avoir reçu des services au CAE. Ainsi, au moment où les enfants étaient impliqués dans des procédures judiciaires, le CAE été probablement impliqués de manière minimale ou n'était plus impliqué. Cette étude souligne l'importance de maintenir le soutien par le biais de services thérapeutiques et de programme de préparation à la cour dans le but de minimiser les risques de victimisation secondaire. En outre, cela peut impliquer des services de coordination pour réorienter les enfants et leurs familles vers le CAE.

6.1 Limites de l'étude

Tout d'abord, notre échantillon n'est pas nécessairement représentatif des enfants victimes d'AS, car les participants bénéficiaient de services thérapeutiques dans un CAE. Un biais d'échantillonnage limite donc cette étude par rapport à la généralisation des résultats. La principale limite de notre étude se rapporte au manque d'information quant à l'expérience des enfants victimes dans le système de justice (l'âge de l'enfant au moment des procédures judiciaires, le type de cour, le nombre de témoignages, le nombre d'entrevues avec les acteurs judiciaires, la durée des procédures judiciaires, la juridiction, les délais, le verdict). Par ailleurs, la principale force de cette étude est en lien avec les indicateurs de santé mentale qui ont été complétés par l'enfant et le parent à quatre moments différents sur une période de deux ans.

6.2 Travaux à venir

Les recherches futures devraient comporter des échantillons plus importants et avoir un nombre suffisant d'enfants qui ont témoigné, en plus de provenir de différentes juridictions pour permettre une généralisation des résultats. De plus, les données concernant la santé mentale des enfants devraient être mesurées à plusieurs temps de mesure, soit avant les procédures judiciaires, pendant les procédures judiciaires et après les procédures judiciaires. Des outils de mesures validées devraient être utilisés et administrés aux parents, à l'enfant et si possible à une tierce personne (ex.: policier, procureur, intervenant psychosocial) pour permettre d'avoir une vision plus globale du fonctionnement de l'enfant et des difficultés ou symptôme qu'ils manifestent à la suite de l'AS. Enfin, des informations complètes devraient être récoltées concernant les procédures judiciaires en tant que telles (ex. : durée des procédures, délais,

nombre de témoignage et d'entrevue avec les acteurs judiciaires, verdict, sentence) ainsi que la perception des enfants et de leurs familles quant aux procédures judiciaires. Enfin, cette étude souligne l'importance de documenter l'expérience des victimes d'AS dans le système de justice afin d'établir les conditions adéquates pour soutenir les enfants témoins.

Bibliographie

- Achenbach, T. M. et Ruffle, T. M. (2001). The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in Review*, 21(8), 265-271.
- Alaggia, R. (2004). Many ways of telling: Expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 28(11), 1213-1227.
- Back, C., Gustafsson, P. A., Larsson, I. et Berterö, C. (2011). Managing the legal proceedings: An interpretative phenomenological analysis of sexually abused children's experience with the legal process. *Child Abuse & Neglect*, 35(1), 50-57.
- Ben-Arieh, A. et Windman, V. (2007). Secondary victimization of children in Israel and the child's perspective. *International Review of Victimology*, 14(3), 321-336.
- Berliner, L. (2011). Child sexual abuse- Definitions, prevalence, and consequences. Dans *The APSAC Handbook on child maltreatment* (p. 215-232). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Berliner, L. et Barbieri, M. K. (1984). The testimony of the child victim of sexual assault. *Journal of Social Issues*, 40(2), 125-137.
- Berliner, L. et Conte, J. R. (1995). The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 19(3), 371-384.
- Bill, D. F. (1995). *The effect of testifying in court on children who have been sexually abused*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 55(12-B), 5558.

- Blanchard-Dallaire, C. et Hébert, M. (2014). Social relationships in sexually abused children: Self-reports and teachers' evaluation. *Journal of child sexual abuse*, 23(3), 326–344.
- Block, S. D., Oran, H., Oran, D., Baumrind, N. et Goodman, G. S. (2010). Abused and neglected children in court: Knowledge and attitudes. *Child Abuse & Neglect*, 34(9), 659-670.
- Bottoms, B. L. et Goodman, G. S. (1994). Perceptions of children's credibility in sexual assault cases. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(8), 702-732.
- Briere, J. (1996). Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): Professional manual. *Odessa : Psychological Resources, Inc.*
- Briere, J. et Elliott, D. M. (1993). Sexual abuse, family environment, and psychological symptoms: On the validity of statistical control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 284-288.
- Campbell, R. et Raja, S. (1999). Secondary victimization of rape victims: Insights from mental health professionals who treat survivors of violence. *Violence and victims*, 14(3), 261–275.
- Campbell, R. et Raja, S. (2005). The sexual assault and secondary victimization of female veterans: Help-seeking experiences with military and civilian social systems. *Psychology of Women Quarterly*, 29(1), 97–106.
- Campbell, R., Wasco, S. M., Ahrens, C. E., Sefl, T. et Barnes, H. E. (2001). Preventing the “second rape” rape survivors' experiences with community service providers. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(12), 1239–1259.

- Cole, P. M. et Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(2), 174-184.
- Cross, T. P., Walsh, W. A., Simone, M. et Jones, L. M. (2003). Prosecution of child abuse a meta-analysis of rates of criminal justice decisions. *Trauma, Violence, & Abuse, 4*(4), 323-340.
- Daignault, I., Hébert, M. et Pelletier, M. (2017). L'influence du système de justice sur le rétablissement d'enfants victimes d'agression sexuelle et suivis dans un centre d'appui aux enfants. *Criminologie, 50*(1), 51-75.
- Daignault, I. V. et Hébert, M. (2009). Profiles of school adaptation: Social, behavioral and academic functioning in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect, 33*(2), 102-115.
- Enders, C. K. (2013). Dealing with missing data in developmental research. *Child Development Perspectives, 7*(1), 27-31.
- Erez, E. (1999). Who's afraid of the big bad victim? Victim impact statements as victim empowerment and enhancement of justice. *Criminal Law Review, 545-555*, 556.
- Fagan, J. et Tyler, T. R. (2005). Legal socialization of children and adolescents. *Social Justice Research, 18*(3), 217-241.
- Faller, K. C. et Palusci, V. J. (2007). Children's advocacy centers: Do they lead to positive case outcomes? *Child Abuse & Neglect, 31*(10), 1021-1029.
- Finkelhor, D. et Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*(4), 530-541.

- Flin, R. H. (1993). Hearing and testing children's evidence. Dans *Child victims, Child Witnesses: Understanding and Improving Testimony* (p. 279-299). New York, NY: Guilford Press.
- Gal, T. et Windman, V. (2003). Child victims in Israel: Varieties of difficulties, few solutions. *Social Security*, 63, 210-235.
- Ghetti, S., Alexander, K. W. et Goodman, G. S. (2002). Legal involvement in child sexual abuse cases: Consequences and interventions. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(3), 235-251.
- Goodman, G. S., Taub, E. P., Jones, D. P. H., England, P., Port, L. K., Rudy, L., ... Melton, G. B. (1992). Testifying in criminal court: Emotional effects on child sexual assault victims. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57(5), i-159.
- Greenstock, J. et Pipe, M.-E. (1996). Interviewing children about past events: The influence of peer support and misleading questions. *Child abuse & neglect*, 20(1), 69-80.
- Hébert, M., Collin-Vézina, D., Daigneault, I., Parent, N. et Tremblay, C. (2006). Factors linked to outcomes in sexually abused girls: a regression tree analysis. *Comprehensive psychiatry*, 47(6), 443-455.
- Hébert, M., Cyr, M. et Tourigny, M. (dir.). (2011). *L'agression sexuelle envers les enfants*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P. et Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-6.

- Heger, A., Ticson, L., Velasquez, O. et Bernier, R. (2002). Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 645-659.
- Helfin, A. H. et Deblinger, E. (2007). Child sexual abuse. Dans *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention* (3^e éd., p. 247-276). New York, NY: Guilford Press.
- Henry, J. (1997). System intervention trauma to child sexual abuse victims following disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(4), 499-512.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY: Basic books.
- Herman, J. L. (2003). The mental health of crime victims: Impact of legal intervention. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 159-166.
- Jackson, S. L. (2004). A USA national survey of program services provided by child advocacy centers. *Child Abuse & Neglect*, 28(4), 411-421.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. et Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Kilpatrick, D. G., Beatty, D. et Howley, S. S. (1998). *The rights of crime victims: Does legal protection make a difference?* Washington, DC.: National Institute of Justice.
- Kovacs, M. (1985). Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-1124.
- Lachambre, S. et Dufour, K. (2016). *Guide d'intervention spécifique aux témoins mineurs. Comment faciliter leur passage devant un tribunal*. Centre d'aide aux victimes d'actes criminels de l'Outaouais.

- Lavergne, C. et Tourigny, M. (2000). Incidence de l'abus et la négligence envers les enfants : Recension des écrits. *Criminologie*, 33(1), 47-72.
- Leventhal, G. S. (1980). What should be done with equity theory? Dans K. J. Gergen, M. S. Greenberg, R. H. Willis (dir.), *Social Exchange* (p. 27-55). Boston, MA: Springer.
- Lind, E. A. et Tyler, T. R. (1988). *The social psychology of procedural justice*. New York, NY: Plenum.
- Maikovich, A. K., Koenen, K. C. et Jaffee, S. R. (2009). Posttraumatic stress symptoms and trajectories in child sexual abuse victims: An analysis of sex differences using the national survey of child and adolescent well-being. *Journal of abnormal child psychology*, 37(5), 727-737.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Smith, J. A. et Moore-Motily, S. (1991). Six-and twelve-month follow-up of sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(4), 494-511.
- Martin, E. K., Campbell, C. et Hansen, D. J. (2010). Child sexual abuse. Dans J. C. Thomas et M. Hersen (dir.), *Handbook of clinical psychology competencies, volume III: intervention and treatment for children and adolescents* (p. 1481-1514). New York, NY: Springer.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2011). Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle.
- Monette, M.-C., Tourigny, M. et Daigneault, I. (2008). Facteurs associés aux problèmes de comportement intériorisés et extériorisés chez des adolescentes agressées sexuellement. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 40(1), 31.

- Mudaly, N. et Goddard, C. (2006). *The truth is longer than a lie: Children's experiences of abuse and professional interventions*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Nader, K. (1994). Child Post-Traumatic Stress Reaction Index: parent questionnaire (CPTS-RI-PQ), adapted for parents to accompany CPTS-RI.
- Oates, R. K., Lynch, D. L., Stern, A. E., O'Toole, B. I. et Cooney, G. (1995). The criminal justice system and the sexually abused child. Help or hindrance? *The Medical Journal of Australia*, 162(3), 126–130.
- Oates, R. K. et Tong, L. (1986). Sexual abuse of children: An area with room for professional reforms. *The Medical Journal of Australia*, 147(11-12), 544–548.
- Ornstein, P. A., Larus, D. M. et Clubb, P. A. (1991). Understanding children's testimony: Implications of research on the development of memory. *Annals of child development*, 8, 145–176.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L. et Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of psychology*, 135(1), 17–36.
- Parent, N. et Hébert, M. (2006). *Questionnaire sur la victimisation de l'enfant. French Adaptation of the History of Victimization Form (HVF; Wolfe, Gentile & Boudreau, 1987)* (Document inédit). Ste-Foy, QC : Département de mesure et évaluation, Université Laval.
- Ptacek, J. (1999). *Battered women in the courtroom: The power of judicial responses*. Boston, MA: Northeastern University Press.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269–278.

- Putnam, F. W., Helmers, K. et Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17(6), 731–741.
- Quas, Jodi A. et Goodman, G. S. (2012). Consequences of criminal court involvement for child victims. *Psychology, Public Policy, and Law*, 18(3), 392-414.
- Quas, Jodi A., Goodman, G. S., Ghetti, S., Alexander, K. W., Edelstein, R., Redlich, A. D., ... Haugaard, J. (2005). Childhood sexual assault victims: Long-term outcomes after testifying in criminal court. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 70(2), vii, 118-128.
- Quas, Jodi A. et Sumaroka, M. (2011). Consequences of legal involvement on child victims of maltreatment. Dans M. E. Lamb, D. J. La Rooy, L. C. Malloy et C. Katz (dir.), *Children's testimony: A handbook of psychological research and forensic practice* (323–350). John Wiley & Sons.
- Quas, Jodi A., Wallin, A. R., Horwitz, B., Davis, E. et Lyon, T. D. (2009). Maltreated children's understanding of and emotional reactions to dependency court involvement. *Behavioral Sciences & the Law*, 27(1), 97-117.
- Quas, Jody A., Goodman, G. S., Ghetti, S., Alexander, K. W., Edelstein, R., Redlich, A. D., ... H, P. (2005). Childhood sexual assault victims: Long-term outcomes after testifying in criminal court: Attitudes toward the legal system. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 70(2), 78-93.
- Reynolds, C. R. et Richmond, B. O. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

- Runyan, D. K., Everson, M. D., Edelsohn, G. A., Hunter, W. M. et Coulter, M. L. (1988). Impact of legal intervention on sexually abused children. *The Journal of Pediatrics*, 113(4), 647-653.
- Russell, D. E. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child abuse & neglect*, 7(2), 133-146.
- Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social relations. *Human development*, 18(1-2), 65-79.
- Sas, D. L., Hurley, P., Hatch, A., Malla, S. et Dick, T. (1993). *Three years after the verdict: A longitudinal study of the social and psychological adjustment of child witnesses referred to the Child Witness Project* (no FVDS #4887-06-91-026). London, Ontario: London Family Court Clinic.
- Sas, L. D. (2002). *Interaction entre les capacités de développement des enfants et l'environnement d'une salle d'audience : incidences sur la compétence à témoigner*. Ottawa, Ontario : Ministère de la Justice du Canada.
- Sas, L. D., Hurley, P., Austin, G. et Wolfe, D. (1991). *Reducing the system-induced trauma for child sexual abuse victims through the court preparation, assessment and follow-up* (no #4555-1-125). London, Ontario: London Family Court Clinic.
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L. et Cohen, J. A. (2000). Treatment of sexually abused children and adolescents. *American psychologist*, 55(9), 1040.
- Saywitz, K. J. et Nathanson, R. (1993). Children's testimony and their perceptions of stress in and out of the courtroom. *Child Abuse & Neglect*, 17(5), 613-622.

- Sedlak, A. J., Doueck, H. J., Lyons, P., Wells, S. J., Schultz, D. et Gragg, F. (2005). Child maltreatment and the justice system: Predictors of court involvement. *Research on Social Work Practice, 15*(5), 389-403.
- Shore, M. F. (1985). The clinician as advocate—interventions in court settings: Opportunities, responsibilities, and hazards. *Journal of Clinical Child Psychology, 14*(3), 236-238.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin, 116*(2), 340-362.
- Spaccarelli, S. et Fuchs, C. (1997). Variability in symptom expression among sexually abused girls: Developing multivariate models. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*(1), 24-35.
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M. et 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.
- Symonds, M. (1980). The “second injury” to victims. *Evaluation and change, 7*(1), 36-38.
- Tedesco, J. F. et Schnell, S. V. (1987). Children’s reactions to sex abuse investigation and litigation. *Child Abuse & Neglect, 11*(2), 267-272.
- Thériault, C., Cyr, M. et Wright, J. (2003). Facteurs contextuels associés aux symptômes d’adolescentes victimes d’agression sexuelle intrafamiliale. *Child Abuse & Neglect, 27*(11), 1291-1309.
- Thibaut, J. W. et Walker, L. (1975). *Procedural justice: A psychological analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E. et Holroyd, J. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants- 2008. Données principales*. Ottawa, Canada : Agence de la santé publique du Canada.
- Troxel, N. R., Ogle, C. M., Cordon, I., Lawler, M. et Goodman, G. S. (2009). Child witnesses in criminal court. Dans B. L. Bottoms, C. Najdowski et G. S. Goodman (dir.), *Children as victims, witnesses, and offenders: Psychological science and the law* (p. 150–166). New York, NY: Guilford Press.
- Tyler, T. R. et Lind, E. A. (2001). Procedural justice. Dans J. Sanders et V. L. Hamilton (dir.), *Handbook of justice research in law* (p. 65-92). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Van den Bos, K. et Lind, E. A. (2002). Uncertainty management by means of fairness judgments. *Advances in experimental social psychology*, 34, 1–60.
- Walker, A. G. (1993). Questioning young children in court: A linguistic case study. *Law and Human Behavior*, 17(1), 59.
- Walsh, W. A., Jones, L. M., Cross, T. P. et Lippert, T. (2008). Prosecuting child sexual abuse: The importance of evidence type. *Crime & Delinquency*.
- Webster, R. E. (2001). Symptoms and long-term outcomes for children who have been sexually assaulted. *Psychology in the Schools*, 38(6), 533–547.
- Weisz, V., Wingrove, T., Beal, S. J. et Faith-Slaker, A. (2011). Children's participation in foster care hearings. *Child Abuse & Neglect*, 35(4), 267-272.
- Whitcomb, D. (1990). When the victim is a child: Past hope, current reality and future promise of legal reform in the United States. Dans J. Spencer, G. Nicholson, R. Flin et R. Bull

- (dir.), *Children's Evidence in Legal Proceedings: An international Perspective* (p. 133–146). Cambridge : Cambridge University Press.
- Whitcomb, Debra, Runyan, D., DeVos, E., Hunter, W., Cross, T., Everson, M., ... Cropper, C. (1991). *Child victims as witnesses: Research and development program*. Washington, DC.: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Wolfe, V. V. (2002). *The Children's Impact of Traumatic Events Scale II (CITES-II)*. London, Ontario: Child and Adolescent Centre.
- Wolfe, V. V. (2007). Child sexual abuse. Dans E. J. Mash et R. A. Barkley (dir.), *Assessment of childhood disorders* (4^e éd., p. 685-748). New York, NY: Guilford.
- Wolfe, V. V., Gentile, C. et Bourdeau, P. (1987). *History of victimization form. Unpublished assessment instrument*. London, Ontario: Children's Hospital of Western Ontario.

Annexe 1 : Certificat éthique



N° de certificat
CERAS-2016-17-204-D

Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences (CÉRAS), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	L'implication socio-judiciaire des enfants victimes d'agression sexuelle et les impacts sur leur rétablissement
Étudiante requérante	Myriam Hany Elmi [REDACTED], Étudiante à la maîtrise, FAS-École de criminologie
Sous la direction de	Isabelle Daignault, professeure adjointe, FAS-École de criminologie, Université de Montréal
Autres membres de l'équipe:	Martine Hébert (Université du Québec à Montréal)
Financement	
Organisme	FRQSC
Programme	Établissement de nouveaux professeurs-chercheurs
Titre de l'octroi si différent	L'influence des procédures sociales et judiciaires sur le rétablissement d'enfants victimes d'agression sexuelles
Numéro d'octroi	2017-NP-199246
Chercheur principal	Isabelle Daignault (Université de Montréal)
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CÉRAS qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CÉRAS.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CÉRAS.



Martin Arguin, Président
Comité d'éthique de la recherche en arts
et en sciences
Université de Montréal

11 janvier 2017
Date de délivrance

30 juin 2019
Date de fin de Validité

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

adresse civique
Pavillon Lionel-Groulx
3150, rue Jean-Brillant
Local C-9104
Montréal QC H3T 1N8

Téléphone : 514-343-7338
ceras@umontreal.ca
www.ceras.umontreal.ca

Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Projet de recherche auprès des enfants victimes d'agression sexuelle et leurs parents.

Chercheuses: MIREILLE CYR, Ph.D., département de psychologie, Université de Montréal
MARTINE HÉBERT, Ph.D., département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Ce projet est financé par la Chaire interuniversitaire Fondation Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants, le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté de recevoir des services pour vous et votre enfant au Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV). Dans le cadre des services offerts par le CEMV, différentes évaluations auprès de vous et de votre enfant sont recueillies par l'équipe de professionnels, tels que des questionnaires d'évaluation, des vidéos des interventions thérapeutiques et l'entrevue d'enquête policière. **Nous sollicitons votre autorisation pour que ces données soient utilisées à des fins de recherche ainsi que votre participation et celle de votre enfant à deux entrevues d'évaluation supplémentaires.** Ce projet comprend quatre principaux objectifs de recherche qui s'appliquent aux enfants victimes d'agression sexuelle et leurs parents non agresseurs. Ces objectifs sont de:

- 1) Évaluer les besoins et les capacités des enfants victimes d'agression sexuelle et de leur famille (axe I);
- 2) Évaluer les services (implantation, efficacité) offerts par le Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV) (axe II);
- 3) Étudier les pratiques socio-médico-judiciaires et leurs effets sur les enfants et leur famille, et (axe II);
- 4) Étudier les différentes trajectoires de développement des enfants impliqués dans des situations d'agression sexuelle (axe III).

EN QUOI CONSISTE LA PARTICIPATION AU PROJET?

Le projet comprend quatre volets différents:

- 1) Collecte de données effectuée directement auprès des participants

Si vous décidez de participer, votre collaboration et celle de votre enfant à ce volet consistera à prendre part à des entrevues individuelles avec une assistante de recherche qui permettront l'administration de questionnaires. Les questionnaires qui vous seront administrés ont trait à votre situation personnelle, psychologique, familiale et conjugale ainsi que sur le comportement et le développement de votre enfant. Les questionnaires administrés à votre enfant ont trait à son comportement et à son développement. La passation de questionnaires sous forme de jeux et d'images sera enregistrée par voie audio. Vous et votre enfant serez rencontrés à quatre reprises pour une entrevue, soit avant de débiter les services au CEMV, à la fin des services reçus et à un an et deux ans suivant la première rencontre. La durée de ces entrevues varie de 90 à 120 minutes pour vous et entre 45 et 60 minutes pour votre enfant. Les entrevues précédant et suivant les services du CEMV font partie intégrante de l'évaluation clinique effectuée par le CEMV. À partir des informations recueillies lors de ces deux premières entrevues, un profil sommaire sous forme de tableau-résumé sera remis à l'intervenant/e du CEMV qui vous est attribué. En acceptant que vous et votre enfant participiez à ce volet, vous acceptez que les données de ces questionnaires soient utilisées à des fins de recherche et acceptez de participer à deux entrevues supplémentaires de suivi. Les entrevues supplémentaires auront lieu à votre domicile ou à l'université, selon votre convenance.

2) Dossiers cliniques et services filmés du CEMV

Votre participation à ce volet consiste à autoriser que l'équipe de chercheuses accède aux informations contenues dans votre dossier clinique au CEMV et celui de votre enfant ainsi qu'aux services filmés du CEMV. Cette autorisation ne vous demandera aucune participation supplémentaire. Ce dossier inclut la description détaillée des services reçus et de l'information sur votre évolution psychosociale, médicale et judiciaire ainsi que celle de votre enfant. Ce volet inclut les vidéos de toutes les rencontres d'évaluation et de services thérapeutiques réalisées avec vous et votre enfant au CEMV.

3) Entrevues d'enquête policière effectuée au CEMV, si applicable

Si vous acceptez, l'éducateur/trice ou l'enseignant/e (selon la situation) sera aussi invité/e à compléter un questionnaire portant sur le comportement de l'enfant à la garderie ou à l'école. On lui précisera qu'il s'agit d'une étude sur l'adaptation des enfants, sans préciser que votre enfant a vécu une agression sexuelle et qu'il consulte au CEMV. Lors de la collecte des informations (soit à chacun des temps de mesure), vous aurez la possibilité de refuser que l'éducateur/trice - l'enseignant/e soit contacté/e.

4) Collecte de données effectuée auprès de l'éducateur/trice - enseignant/e

Si vous acceptez, l'éducateur/trice ou l'enseignant/e (selon la situation) sera aussi invité/e à compléter un questionnaire portant sur le comportement de l'enfant à la garderie ou à l'école. On lui précisera qu'il s'agit d'une étude sur l'adaptation des enfants, sans préciser que votre enfant a vécu une agression sexuelle et qu'il consulte au CEMV. Lors de la collecte des informations (soit à chacun des temps de mesure), vous aurez la possibilité de refuser que l'éducateur/trice - l'enseignant/e soit contacté/e.

AVANTAGES DE L'ÉTUDE

Le fait de compléter des questionnaires peut vous permettre de faire le point sur différents aspects de votre vie, sur l'adaptation de votre enfant et de mieux saisir son développement. Le fait de recueillir ces informations sur l'ensemble des parents et des enfants nous permettra de mieux définir les caractéristiques des enfants qui ont été agressés sexuellement, de mieux saisir les besoins d'intervention, d'évaluer les services offerts et de les adapter, au besoin.

INCONVÉNIENTS ET RISQUES

Un inconvénient possible serait de vous rappeler des épisodes désagréables de votre vie familiale ou de votre relation conjugale. Toutefois, au besoin, vous pourrez discuter de ce malaise avec votre intervenant/e professionnel/le du CEMV, ou lors des suivis de un an et deux ans, l'assistante de recherche vous renseignera après l'entrevue sur les personnes-ressources disponibles si vous sentez le besoin de parler d'une expérience difficile. En ce qui concerne les risques encourus par votre enfant, tels que le rappel des événements traumatisants, des précautions sont prises afin qu'ils soient minimales. En ce sens, à aucun moment nous demandons à l'enfant de décrire ce qu'il a vécu. De plus, il est possible de faire une pause, selon les besoins, ou de mettre un terme à l'entrevue si vous ou votre enfant le désirez. Le personnel de recherche est constitué de professionnels/les et d'étudiants/es formés/es au niveau collégial ou universitaire dans le domaine de la recherche sociale. Ces personnes ont déjà mené des entrevues auprès des enfants et des parents.

CONFIDENTIALITÉ ET UTILISATION DES DONNÉES RECUEILLIES

Pour éviter votre identification et celle de votre enfant comme personne participante à cette recherche, les données recueillies par cette étude seront traitées de manière **entièrement confidentielle**, à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi (par exemple, en vertu de l'article 39 de la loi sur la Protection de la Jeunesse¹). La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code numérique pour identifier les questionnaires, les informations recueillies dans le dossier clinique ainsi que les enregistrements audio et vidéo. Seuls l'équipe de chercheuses et leurs assistantes auront accès aux formulaires de consentement. Ces personnes sont toutefois tenues au respect de la confidentialité des informations consultées. En plus des chercheuses impliquées dans ce projet, des étudiants/es de maîtrise et de doctorat (supervisés/es par ces chercheuses) pourraient avoir accès au fichier de traitement statistique des données dénominalisées. Ainsi, ces données pourraient faire l'objet d'une utilisation secondaire, ce qui ne permettrait d'aucune façon

¹ Article 39. Toute personne qui a un motif raisonnable de croire qu'un enfant est victime d'abus sexuels ou de mauvais traitements physiques, est tenue de signaler sans délai la situation au Directeur de la protection de la jeunesse.

l'identification des participants/es. Les résultats des recherches effectuées avec ces données ne permettront pas non plus d'identifier les personnes participantes. Les résultats seront diffusés dans des articles de revues scientifiques, des présentations lors de congrès et colloques, et des mémoires (maîtrise) et thèses (doctorat). Les questionnaires et les informations recueillies dans le dossier clinique seront conservées sous clé dans les locaux des chercheurs principales (Mireille Cyr, UdeM - Martine Hébert, UQAM) et les seules personnes qui y auront accès sont les chercheurs associées au projet et le personnel de recherche. Ces documents seront détruits 7 ans après la fin du projet. L'enfant a droit à la confidentialité de ses réponses. Ainsi, elles ne seront pas discutées avec le parent.

RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURES

En acceptant de participer à cette recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui causerait préjudice à vous-même ou à votre enfant.

COMPENSATION

Si vous acceptez de participer aux entrevues qui ne font pas partie intégrante de l'évaluation clinique du CEMV, soit les entrevues qui auront lieu un an et deux ans après la première rencontre au CEMV, une compensation d'ordre monétaire de 20\$ vous sera remise à la fin de chacune de ces rencontres pour défrayer les coûts de déplacement et/ou les frais de gardiennage que pourrait entraîner votre participation.

EST-IL OBLIGATOIRE DE PARTICIPER?

Non. La participation à ce projet se fait sur une base volontaire. Vous et votre enfant êtes entièrement libres de participer ou non en partie ou en totalité aux différents volets du projet. Vous êtes également libre d'accepter ou non que votre enfant participe. Vous êtes libre de vous retirer du projet ou de retirer votre enfant à tout moment; alors toutes les données recueillies vous concernant seront détruites. Sachez que la décision de participer ou non à cette étude n'affectera en rien les services reçus au CEMV.

PERSONNES DISPONIBLES POUR RÉPONDRE À VOS QUESTIONS:

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, n'hésitez pas à communiquer avec nous aux coordonnées indiquées ci-dessous:

Mireille Cyr, Ph.D.
Professeur titulaire au département de psychologie, UdeM

(514) 343-5968
mireille.cyr@umontreal.ca

Martine Hébert, Ph.D.
Professeur titulaire au département de sexologie, UQAM

(514) 987-3000 (poste 5697)
hebert.m@uqam.ca

Ce projet a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences (CÉRNAS) de l'Université de Montréal. Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel: ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Ce projet a également été revu et approuvé par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIÉR). Si vous avez des questions au sujet de vos droits à titre de participant ou de tuteur légal d'un enfant participant à ce projet, vous pouvez également faire valoir votre cas auprès du président du CIÉR, M. Marc Bélanger au numéro (514) 987-3000 #5021 ou par courriel: belanger.m@uqam.ca.

Ces démarches visent à assurer la protection des participantes et participants.

CONSENTEMENT ET ASSENTIMENT - SIGNATURES

En signant le présent formulaire, je certifie que:

- J'ai lu le formulaire d'information et de consentement du projet de recherche ci-haut mentionné.
- J'ai compris les conditions, les risques et les bienfaits de ma participation et celle de mon enfant.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on m'a donné des réponses. Je sais que je peux poser d'autres questions en tout temps.
- Je comprends que je peux me retirer ou retirer mon enfant de l'étude en tout temps sans conséquence sur les services qui nous sont offerts.
- Je comprends toutefois que mon enfant demeure libre de se retirer de la recherche en tout temps et sans préjudice.
- Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas aux droits de mon enfant ni aux miens.
- Je comprends que je vais recevoir une copie signée du présent formulaire de consentement.

J'accepte librement que mon enfant participe aux entrevues permettant la passation des questionnaires. Oui Non _____
Initiales du parent/tuteur

J'accepte librement de participer aux entrevues permettant la passation des questionnaires. Oui Non _____
Initiales du parent/tuteur

J'accepte que les données recueillies dans le dossier clinique (DC), - DC de l'enfant Oui Non _____
incluant les vidéos des interventions thérapeutiques filmées, soient
transmises à l'équipe de chercheuses pour qu'elles soient utilisées à des fins de recherche.

- DC du parent Oui Non _____
Initiales du parent/tuteur

J'accepte que l'équipe de chercheuses puisse obtenir une copie de l'enregistrement de l'entrevue d'enquête policière avec mon enfant, si applicable. NA Oui Non _____
Initiales du parent/tuteur

J'accepte que l'éducateur/trice - l'enseignant/e de mon enfant soit invité/e à compléter un questionnaire sur son comportement. Oui Non _____
Initiales du parent/tuteur

Nom et prénom du parent/tuteur (Lettres moulées) Consentement du parent/tuteur (Signature) Date (jj/mm/aaaa)

Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées) Assentiment de l'enfant (Signature) (si capable de comprendre la nature du projet) Date (jj/mm/aaaa)

Assentiment verbal de l'enfant incapable de signer mais capable de comprendre la nature de ce projet: Oui Non
Date de naissance de l'enfant (jj/mm/aaaa) Age de l'enfant

SI VOUS AVEZ ACCEPTÉ DE PARTICIPER À CE PROJET DE RECHERCHE, VEUILLEZ COMPLÉTER LA SECTION SUIVANTE:

(_____) Téléphone au domicile (_____) Téléphone au travail _____ Courriel

Adresse Numéro Rue Appartement

Municipalité Province Code postal

Coordonnées de deux personnes qui pourraient nous aider à vous rejoindre dans l'éventualité d'un déménagement:

Nom et prénom du contact (Lettres moulées) Lien du contact avec le parent (_____) # de téléphone

Nom et prénom du contact (Lettres moulées) Lien du contact avec le parent (_____) # de téléphone

J'ai expliqué au participant et/ou à son parent/tuteur tous les aspects pertinents de la recherche et j'ai répondu aux questions qu'ils m'ont posées. Je leur ai indiqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire et que la participation peut être cessée en tout temps.

Nom de la personne qui a obtenu le consentement (Lettres moulées) Signature de la personne qui a obtenu le consentement Date (jj/mm/aaaa)



FORMULAIRE DE CONTACT POUR LA PARTICIPATION À UNE 3^{ÈME} ENTREVUE (suivi 1 an)

Projet de recherche auprès des enfants victimes d'agression sexuelle et leurs parents.

Ce projet est financé par la Chaire interuniversitaire Fondation Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants, le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Madame, Monsieur,

Vous et votre enfant avez collaboré à un projet de recherche auprès des enfants victimes d'agression sexuelle et leurs parents qui ont reçu des services au Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV). Cette étude implique une 3^{ème} entrevue (environ 1 an suite à la première rencontre). Si vous êtes d'accord, nous vous demandons de l'indiquer et d'inscrire le nom et le numéro de téléphone de deux répondants qui pourraient nous aider à vous rejoindre dans l'éventualité d'un déménagement. Cette recherche est sous la direction des chercheuses de la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants. Toute question ou commentaire peut être adressé à l'une des chercheuses.

Mireille Cyr, Ph.D.
Professeur titulaire au département de psychologie, UdeM

Martine Hébert, Ph.D.
Professeur titulaire au département de sexologie, UQAM

(514) 343-5968
mireille.cyr@umontreal.ca

(514) 987-3000 (poste 5697)
hebert.m@uqam.ca

J'accepte qu'une assistante de recherche communique avec nous dans 6-8 mois pour prévoir une rencontre.

Oui Non

_____ Initiales du parent/tuteur

Nom et prénom du parent/tuteur (Lettres moulées)

Consentement du parent/tuteur (Signature)

Date (jj/mm/aaaa)

Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées)

Assentiment de l'enfant (Signature)
(si capable de comprendre la nature du projet)

Date (jj/mm/aaaa)

Assentiment verbal de l'enfant incapable de signer mais capable de comprendre la nature de ce projet:

Oui Non

SI VOUS AVEZ ACCEPTÉ DE PARTICIPER À LA RELANCE, VEUILLEZ COMPLÉTER LA SECTION SUIVANTE:

() _____ Téléphone au domicile () _____ Téléphone au travail _____ Courriel

Adresse Numéro Rue Appartement

_____ Municipalité Province Code postal

Coordonnées de deux personnes qui pourraient nous aider à vous rejoindre dans l'éventualité d'un déménagement:

_____ () _____ # de téléphone
Nom et prénom du contact (Lettres moulées) Lien du contact avec le parent

_____ () _____ # de téléphone
Nom et prénom du contact (Lettres moulées) Lien du contact avec le parent



FORMULAIRE DE CONTACT POUR LA PARTICIPATION À UNE 4^{ÈME} ENTREVUE (suivi 2 ans)

Projet de recherche auprès des enfants victimes d'agression sexuelle et leurs parents.

Ce projet est financé par la Chaire interuniversitaire Fondation Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants, le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Madame, Monsieur,

Vous et votre enfant avez collaboré à un projet de recherche auprès des enfants victimes d'agression sexuelle et leurs parents qui ont reçu des services au Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV). Cette étude implique une 4^{ème} entrevue (environ 2 ans suite à la première rencontre). Si vous êtes d'accord, nous vous demandons de l'indiquer et d'inscrire le nom et le numéro de téléphone de deux répondants qui pourraient nous aider à vous rejoindre dans l'éventualité d'un déménagement. Cette recherche est sous la direction des chercheuses de la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants. Toute question ou commentaire peut être adressé à l'une des chercheuses.

Mireille Cyr, Ph.D.
Professeur titulaire au département de psychologie, UdeM

Martine Hébert, Ph.D.
Professeur titulaire au département de sexologie, UQAM

(514) 343-5968
mireille.cyr@umontreal.ca

(514) 987-3000 (poste 5697)
hebert.m@uqam.ca

J'accepte qu'une assistante de recherche communique avec nous dans 1 an pour prévoir une rencontre.

Oui Non

_____ Initiales du parent/tuteur

Nom et prénom du parent/tuteur (Lettres moulées)

Consentement du parent/tuteur (Signature)

Date (jj/mm/aaaa)

Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées)

Assentiment de l'enfant (Signature)
(si capable de comprendre la nature du projet)

Date (jj/mm/aaaa)

Assentiment verbal de l'enfant incapable de signer mais capable de comprendre la nature de ce projet:

Oui Non

SI VOUS AVEZ ACCEPTÉ DE PARTICIPER À LA RELANCE, VEUILLEZ COMPLÉTER LA SECTION SUIVANTE:

() _____ Téléphone au domicile () _____ Téléphone au travail _____ Courriel

Adresse Numéro Rue Appartement

Municipalité Province Code postal

Coordonnées de deux personnes qui pourraient nous aider à vous rejoindre dans l'éventualité d'un déménagement:

Nom et prénom du contact (Lettres moulées) _____
Lien du contact avec le parent () # de téléphone

Nom et prénom du contact (Lettres moulées) _____
Lien du contact avec le parent () # de téléphone

Annexe 3 : Tableau du test de chi-carré en fonction des temps de mesure.

Table 1 Chi-square analysis of sexual abuse characteristics, perceived maternal support, other types of child abuse and disclosure-related events by time of assessment

Variables	Group 1 (n= 49)	Group 2 (n=105)	Group 3 (n=69)	Group 4 (n=121)	χ^2	df	p	Total sample (n= 344)
Sexual abuse								
Intrafamilial sexual abuse	80.5%	75.7%	69.7%	62.7%	6.77	3	.08	70.4%
Extrafamilial sexual abuse	19.5%	24.3%	30.3%	37.3%				29.6%
Severity of the sexual abuse								
Touching over the clothes	4.9%	2.9%	6%	10.2%	6.21	6	.401	6.4%
Touching under the clothes	29.3%	32%	23.9%	26.3%				28%
Penetration or attempted penetration	65.9%	65%	70.1%	63.6%				65.7%
Duration of the sexual abuse								
One episode	26.3%	18.4%	23.4%	24.8%	7.81	6	.252	22.7%
Few episodes	31.6%	33.7%	31.3%	43.6%				36.6%
Chronic	42.1%	48%	45.3%	31.6%				40.7%
Perceived maternal support								
Not supportive	4.4%	11.3%	4.7%	4.3%	7.3	6	.294	6.5%
Somewhat supportive	15.6%	7.2%	10.9%	12.1%				10.9%
Very supportive	80%	81.4%	84.4%	83.6%				82.6%
Victim of other types of child abuse (Yes)								
Physical abuse	58.3%	43%	39%	35.7%	4.36	3	.225	40.8%
Emotional abuse	66.7%	45.1%	36.1%	38.1%	7.76	3	.051	42.4%
Neglect	56%	34.9%	24.1%	25.5%	10.55	3	.014*	31.1%
Disclosure-related events (Yes)								
Involvement of child protective services	72.2%	58.5%	53.4%	46.1%	8.11	3	.044*	54.8%
Police investigation	89.2%	92.9%	95.2%	95.5%	2.22	3	.528	93.8%
Meeting with a prosecutor	31.9%	37%	33.3%	35.9%	0.49	3	.922	35.2%
Medical Exam	73.5%	62.9%	88.4%	83%	19.08	3	.000***	76.5%
Corroborative evidence of the sexual abuse								
Normal exam	65%	78.3%	92.3%	85.9%	16.07	6	.013*	83.2%
Presence of physical evidence	20%	20%	1.9%	9.4%				11.7%
Strong physical evidence	15%	1.7%	5.8%	4.7%				5.1%

Group 1 includes participants who completed Time 1 only

Group 2 includes participants who completed Time 1 and Time 2

Group 3 includes participants who completed Time 1, Time 2 and Time 3

Group 4 includes participants who completed Time 1, Time 2, Time 3 and Time 4

Note. * = p< 0.05 ** = p< 0.01 *** = p< 0.001

As reported in Table 1, the type of sexual abuse, the severity of the sexual abuse, the duration of the sexual abuse, the perceived maternal support, being a victim of physical and emotional abuse, having a police investigation and meeting with a prosecutor are not significantly related to the time of assessment. Being a victim of neglect and time of assessment are significantly related ($\chi^2= 10.55, p <.05$). The participants who completed Time 1 were more often victims of neglect (56%) than the participants who completed Time 3 (24.1%) and those who completed Time 4 (25.5%). Involvement of child protective services and time of assessment are significantly related ($\chi^2= 8.11, p <.05$). Child protective services were more often involved for participants who completed Time 1 (72.2%) than for those who completed Time 4 (46.1%). Having a medical exam and time of assessment are significantly related ($\chi^2= 19.08, p <.001$). The participants who completed Time 3 were more likely to have had a medical exam (88.4%) than the participants who completed Time 1 (73.5%) and those who completed Time 2 (62.9%). Moreover, the participants who completed Time 4 were more likely to have had a medical exam (82.6%) than the participants who completed Time 2 (62.9%). Corroborative evidence and time of assessment are significantly related ($\chi^2= 16.07, p <.05$). However, given the small number of participants for which corroborative evidence was found, the assumption for the minimum expected cell frequency was violated and this result must be considered with caution. Overall, the four groups don't distinguish themselves significantly as per the sexual abuse characteristics, the perceived maternal support, other types of child abuse and the disclosure-related events by the time of assessment. Therewith, the results of the multilevel analysis would be valid for the entire sample, regardless of the time of assessment completed.

Annexe 4 : Tableaux des analyses multiniveaux- résultats significatifs pour l'effet temps selon les indicateurs de santé mentale

Table 1. Main effect for time: CDI (total score for depression)

F= 5.385 p= 0.001								
Testimony (Reference category = 0)			Testimony (Reference category=1)			Testimony (Reference category=2)		
Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.
Time 1	3.009	0.525	Time 1	2.886	0.569	Time 1	2.614	0.826
Time 2	1.712	0.53	Time 2	2.01	0.586	Time 2	1.509	0.826
Time 3	1.932	0.569	Time 3	1.863	0.654	Time 3	2.013	0.988
Time 4	1.885	0.611	Time 4	1.735	0.752	Time 4	5.166	1.208
RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----
Time 2	0.000	[-1.92, -0.68]	Time 2	0.045	[-1.73, -0.02]	Time 2	0.15	[-2.61, 0.4]
Time 3	0.004	[-1.81, -0.34]	Time 3	0.05	[-2.05, 0]	Time 3	0.517	[-2.42, 1.22]
Time 4	0.011	[-1.98, -0.26]	Time 4	0.068	[-2.39, 0.09]	Time 4	0.03	[0.25, 4.86]
RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[0.68, 1.92]	Time 1	0.045	[0.02, 1.73]	Time 1	0.15	[-0.4, 2.61]
Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----
Time 3	0.559	[-0.52, 0.96]	Time 3	0.783	[-1.2, 0.9]	Time 3	0.587	[-1.32, 2.33]
Time 4	0.693	[-0.69, 1.04]	Time 4	0.668	[-1.54, 0.99]	Time 4	0.002	[1.35, 5.96]
RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.004	[0.34, 1.81]	Time 1	0.05	[0, 2.05]	Time 1	0.517	[-1.22, 2.42]
Time 2	0.559	[-0.96, 0.52]	Time 2	0.783	[-0.9, 1.2]	Time 2	0.587	[-2.33, 1.32]
Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----
Time 4	0.92	[-0.96, 0.87]	Time 4	0.852	[-1.48, 1.23]	Time 4	0.012	[0.69, 5.62]
RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.011	[0.26, 1.98]	Time 1	0.068	[-0.09, 2.39]	Time 1	0.03	[-4.86, 0.25]
Time 2	0.693	[-1.04, 0.69]	Time 2	0.668	[-0.99, 1.54]	Time 2	0.002	[-5.96, 1.35]
Time 3	0.92	[-0.87, 0.96]	Time 3	0.852	[-1.23, 1.48]	Time 3	0.012	[-5.62, 0.69]
Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----

Note. Testimony 0 = didn't testify; Testimony 1 = testified once; Testimony 2 = testified more than once
RC = Reference category; CI= Confidence interval

Table 2. Main effect for time: RCMAS (total score for anxiety)

<i>F</i> = 7.785 <i>p</i> = 0.000								
Testimony (Reference category = 0)			Testimony (Reference category = 1)			Testimony (Reference category = 2)		
Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.
Time 1	4.778	0.532	Time 1	5.425	0.575	Time 1	4.976	0.828
Time 2	3.859	0.537	Time 2	3.716	0.591	Time 2	3.449	0.828
Time 3	4.036	0.572	Time 3	3.694	0.653	Time 3	5.402	0.977
Time 4	4.148	0.61	Time 4	4.196	0.743	Time 4	6.291	1.181
RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----
Time 2	0.002	[-1.51, -0.33]	Time 2	0.000	[-2.51, -0.9]	Time 2	0.036	[-2.95, -0.1]
Time 3	0.038	[-1.44, -0.42]	Time 3	0.001	[-2.71, -0.76]	Time 3	0.629	[-1.31, 2.16]
Time 4	0.131	[-1.45, 0.19]	Time 4	0.041	[-2.41, -0.05]	Time 4	0.239	[-0.88, 3.51]
RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.002	[0.33, 1.51]	Time 1	0.000	[0.9, 2.52]	Time 1	0.036	[0.1, 2.95]
Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----
Time 3	0.623	[-0.53, 0.88]	Time 3	0.965	[-1.02, 0.97]	Time 3	0.027	[0.22, 3.68]
Time 4	0.49	[-0.53, 1.11]	Time 4	0.433	[-0.72, 1.68]	Time 4	0.011	[0.65, 5.03]
RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.038	[0.04, 1.44]	Time 1	0.001	[0.76, 2.71]	Time 1	0.629	[-2.16, 1.31]
Time 2	0.623	[-0.88, 0.53]	Time 2	0.965	[-0.97, 1.02]	Time 2	0.027	[-3.68, -0.22]
Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----
Time 4	0.8	[-0.76, 0.98]	Time 4	0.444	[-0.79, 1.79]	Time 4	0.456	[-1.45, 3.23]
RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.131	[-0.19, 1.45]	Time 1	0.041	[0.05, 2.41]	Time 1	0.239	[-3.51, 0.88]
Time 2	0.49	[-1.11, 0.53]	Time 2	0.433	[-1.68, 0.72]	Time 2	0.011	[-5.03, -0.65]
Time 3	0.8	[-0.98, 0.76]	Time 3	0.444	[-1.79, 0.79]	Time 3	0.456	[-3.23, 1.45]
Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----

Note. Testimony 0 = didn't testify; Testimony 1 = testified once; Testimony 2 = testified more than once
 RC = Reference category; CI= Confidence interval

Table 3. Main effect for time: CITES (total score for PTSD)

<i>F</i> = 12.382 <i>p</i> = 0.000								
Testimony (Reference Category = 0)			Testimony (Reference Category = 1)			Testimony (Reference Category = 2)		
Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.
Time 1	39.422	3.303	Time 1	39.631	3.55	Time 1	36.01	5.053
Time 2	30.507	3.329	Time 2	31.549	3.634	Time 2	25.694	5.053
Time 3	29.231	3.5	Time 3	29.29	3.955	Time 3	31.482	5.802
Time 4	26.061	3.689	Time 4	26.985	4.396	Time 4	42.168	6.842
RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----
Time 2	0.000	[-12.11, -5.72]	Time 2	0.000	[-12.53, -3.64]	Time 2	0.009	[-18.05, -2.58]
Time 3	0.000	[-14, -6.38]	Time 3	0.000	[-15.72, -4.96]	Time 3	0.346	[-13.96, 4.9]
Time 4	0.000	[-17.82, -8.9]	Time 4	0.000	[-19.09, -6.2]	Time 4	0.312	[-5.81, 18.13]
RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[5.72, 12.11]	Time 1	0.000	[3.64, 12.53]	Time 1	0.009	[2.58, 18.05]
Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----
Time 3	0.515	[-5.12, 2.57]	Time 3	0.422	[-7.79, 3.27]	Time 3	0.228	[-3.64, 15.22]
Time 4	0.052	[-8.93, 0.04]	Time 4	0.175	[-11.17, 2.04]	Time 4	0.007	[4.51, 28.44]
RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[6.38, 14]	Time 1	0.000	[4.96, 15.72]	Time 1	0.346	[-4.9, 13.96]
Time 2	0.515	[-2.57, 5.12]	Time 2	0.422	[-3.27, 7.79]	Time 2	0.228	[-15.22, 3.64]
Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----
Time 4	0.187	[-7.88, 1.54]	Time 4	0.523	[-9.4, 4.79]	Time 4	0.101	[-2.08, 23.45]
RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[8.9, 17.82]	Time 1	0.000	[6.2, 19.09]	Time 1	0.312	[-18.13, 5.81]
Time 2	0.052	[-0.04, 8.93]	Time 2	0.175	[-2.04, 11.17]	Time 2	0.007	[-28.44, -4.51]
Time 3	0.187	[-1.54, 7.88]	Time 3	0.523	[-4.79, 9.4]	Time 3	0.101	[-23.45, 2.08]
Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----

Note. Testimony 0 = didn't testify; Testimony 1 = testified once; Testimony 2 = testified more than once
 RC = Reference category; CI= Confidence interval

Table 4. Main effect for time: CITES (re-experimentation scale)

<i>F</i> = 9.709 <i>p</i> = 0.000								
Testimony (Reference Category = 0)			Testimony (Reference Category = 1)			Testimony (Reference Category = 2)		
Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.
Time 1	10.089	1.169	Time 1	10.162	1.262	Time 1	8.58	1.81
Time 2	6.758	1.181	Time 2	7.35	1.297	Time 2	6.264	1.81
Time 3	5.99	1.252	Time 3	6.33	1.428	Time 3	6.627	2.116
Time 4	4.164	1.33	Time 4	5.76	1.608	Time 4	10.824	2.537
RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----
Time 2	0.000	[-4.57, -2.1]	Time 2	0.001	[-4.53, -1.09]	Time 2	0.13	[-5.32, 0.68]
Time 3	0.000	[-5.57, -2.63]	Time 3	0.000	[-5.91, -1.76]	Time 3	0.293	[-5.6, 1.69]
Time 4	0.000	[-7.64, -4.21]	Time 4	0.001	[-6.89, -1.92]	Time 4	0.34	[-2.37, 6.86]
RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[2.1, 4.57]	Time 1	0.001	[1.09, 4.53]	Time 1	0.13	[-0.68, 5.32]
Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----
Time 3	0.311	[-2.25, 0.72]	Time 3	0.348	[-3.15, 1.11]	Time 3	0.845	[-3.28, 4.01]
Time 4	0.003	[-4.33, -0.86]	Time 4	0.221	[-4.14, 0.96]	Time 4	0.053	[-0.06, 9.18]
RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[2.63, 5.57]	Time 1	0.000	[1.76, 5.91]	Time 1	0.293	[-1.69, 5.6]
Time 2	0.311	[-0.72, 2.25]	Time 2	0.348	[-1.11, 3.15]	Time 2	0.845	[-4.01, 3.28]
Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----
Time 4	0.05	[-3.65, 0]	Time 4	0.683	[-3.31, 2.17]	Time 4	0.095	[-0.74, 9.13]
RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[4.21, 7.64]	Time 1	0.001	[1.92, 6.89]	Time 1	0.34	[-6.86, 2.37]
Time 2	0.003	[0.86, 4.33]	Time 2	0.221	[-0.96, 4.14]	Time 2	0.053	[-9.18, 0.06]
Time 3	0.05	[0, 3.65]	Time 3	0.683	[-2.17, 3.31]	Time 3	0.095	[-9.13, 0.74]
Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----

Note. Testimony 0 = didn't testify; Testimony 1 = testified once; Testimony 2 = testified more than once
 RC = Reference category; CI= Confidence interval

Table 5. Main effect for time: CITES (avoidance scale)

<i>F</i> = 5.801 <i>p</i> = 0.001								
Testimony (Reference Category = 0)			Testimony (Reference Category = 1)			Testimony (Reference Category = 2)		
Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.
Time 1	16.56	1.184	Time 1	16.202	1.277	Time 1	15.222	1.834
Time 2	13.579	1.195	Time 2	14.526	1.313	Time 2	12.012	1.834
Time 3	13.253	1.268	Time 3	14.503	1.448	Time 3	15.739	2.149
Time 4	12.427	1.348	Time 4	13.602	1.633	Time 4	16.73	2.581
RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----
Time 2	0.000	[-4.25, -1.71]	Time 2	0.062	[-3.43, 0.08]	Time 2	0.04	[-6.28, -0.14]
Time 3	0.000	[-4.81, -1.8]	Time 3	0.047	[-4.27, -0.03]	Time 3	0.785	[-3.21, 4.24]
Time 4	0.000	[-5.89, -2.37]	Time 4	0.045	[-5.14, -0.06]	Time 4	0.531	[-3.21, 6.23]
RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[1.71, 4.25]	Time 1	0.062	[-0.84, 3.43]	Time 1	0.04	[0.14, 6.28]
Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----
Time 3	0.674	[-1.85, 1.19]	Time 3	0.67	[-2.65, 1.71]	Time 3	0.05	[0, 7.45]
Time 4	0.202	[-2.92, 0.62]	Time 4	0.486	[-3.53, 1.68]	Time 4	0.05	[0, 9.44]
RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[1.8, 4.81]	Time 1	0.047	[0.03, 4.27]	Time 1	0.785	[-4.24, 3.21]
Time 2	0.674	[-1.19, 1.85]	Time 2	0.67	[-1.71, 2.65]	Time 2	0.05	[-7.45, 0]
Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----
Time 4	0.385	[-2.7, 1.04]	Time 4	0.752	[-3.25, 2.35]	Time 4	0.7	[-4.05, 6.04]
RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[2.37, 5.89]	Time 1	0.045	[0.06, 5.14]	Time 1	0.531	[-6.23, 3.21]
Time 2	0.202	[-0.62, 2.92]	Time 2	0.486	[-1.68, 3.53]	Time 2	0.05	[-9.44, 0]
Time 3	0.385	[-1.04, 2.7]	Time 3	0.752	[-2.35, 3.25]	Time 3	0.7	[-6.04, 4.05]
Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----

Note. Testimony 0 = didn't testify; Testimony 1 = testified once; Testimony 2 = testified more than once
RC = Reference category; CI= Confidence interval

Table 6. Main effect for time: CITES (hypervigilance scale)

<i>F</i> = 11.871 <i>p</i> = 0.000								
Testimony (Reference Category = 0)			Testimony (Reference Category = 1)			Testimony (Reference Category = 2)		
Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.
Time 1	12.658	1.269	Time 1	13.527	1.366	Time 1	12.21	1.951
Time 2	10.181	1.28	Time 2	9.729	1.401	Time 2	7.421	1.951
Time 3	10.046	1.351	Time 3	9.02	1.534	Time 3	9.239	2.261
Time 4	9.516	1.429	Time 4	7.964	1.715	Time 4	14.759	2.689
RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----
Time 2	0.000	[-3.76, -1.19]	Time 2	0.000	[-5.31, -1.74]	Time 2	0.003	[-7.9, -1.68]
Time 3	0.001	[-4.14, -1.08]	Time 3	0.000	[-6.39, -2.08]	Time 3	0.123	[-6.75, 0.81]
Time 4	0.001	[-4.93, -1.36]	Time 4	0.000	[-7.88, -2.71]	Time 4	0.297	[-2.25, 7.35]
RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[1.19, 3.76]	Time 1	0.000	[1.74, 5.31]	Time 1	0.003	[1.68, 7.9]
Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----
Time 3	0.863	[-1.68, 1.41]	Time 3	0.53	[-2.92, 1.51]	Time 3	0.345	[-1.96, 5.6]
Time 4	0.468	[-2.46, 1.13]	Time 4	0.19	[-4.41, 0.88]	Time 4	0.003	[2.54, 12.13]
RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.001	[1.08, 4.14]	Time 1	0.000	[2.08, 6.39]	Time 1	0.123	[-0.81, 6.75]
Time 2	0.863	[1.41, 1.68]	Time 2	0.53	[-1.51, 2.92]	Time 2	0.345	[-5.6, 1.96]
Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----
Time 4	0.582	[-2.42, 1.36]	Time 4	0.465	[-3.9, 1.79]	Time 4	0.035	[0.4, 10.64]
RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.001	[1.36, 4.93]	Time 1	0.000	[2.71, 7.88]	Time 1	0.297	[-7.35, 2.25]
Time 2	0.468	[-1.13, 2.46]	Time 2	0.19	[-0.88, 4.41]	Time 2	0.003	[-12.13, 2.54]
Time 3	0.582	[-1.36, 2.42]	Time 3	0.465	[-1.79, 3.9]	Time 3	0.035	[-10.64, 0.4]
Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----

Note. Testimony 0 = didn't testify; Testimony 1 = testified once; Testimony 2 = testified more than once
RC = Reference category; CI= Confidence interval

Table 7. Main effect for time: CBCL (internalized scale)

<i>F</i> = 25.337 <i>p</i> = 0.000								
Testimony (Reference category = 0)			Testimony (Reference category = 1)			Testimony (Reference category = 2)		
Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.
Time 1	61.848	1.847	Time 1	61.308	1.99	Time 1	59.155	2.839
Time 2	54.536	1.865	Time 2	55.043	2.039	Time 2	49.628	2.839
Time 3	54.746	1.937	Time 3	56.565	2.138	Time 3	53.299	3.183
Time 4	54.352	2.046	Time 4	56.668	2.376	Time 4	53.826	3.538
RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----
Time 2	0.000	[-9.17, -5.46]	Time 2	0.000	[-8.82, -3.71]	Time 2	0.000	[-13.96, -5.1]
Time 3	0.000	[-9.22, -4.98]	Time 3	0.001	[-7.63, -1.85]	Time 3	0.028	[0.64, -11.07, -
Time 4	0.000	[-9.98, -5.01]	Time 4	0.009	[-8.12, -1.16]	Time 4	0.086	[-11.41, 0.75]
RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[5.46, 9.17]	Time 1	0.000	[3.71, 8.82]	Time 1	0.000	[5.1, 13.96]
Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----
Time 3	0.847	[-1.93, 2.35]	Time 3	0.31	[-1.42, 4.47]	Time 3	0.167	[-1.54, 8.89]
Time 4	0.885	[-2.69, 2.32]	Time 4	0.367	[-1.91, 5.16]	Time 4	0.176	[-1.88, 10.28]
RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[4.98, 9.22]	Time 1	0.001	[1.85, 7.63]	Time 1	0.028	[0.64, 11.07]
Time 2	0.847	[-2.35, 1.93]	Time 2	0.31	[-4.47, 1.42]	Time 2	0.167	[-8.89, 1.54]
Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----
Time 4	0.766	[-3, 2.21]	Time 4	0.957	[-3.69, 3.84]	Time 4	0.873	[-5.95, 7.01]
RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[5.01, 9.98]	Time 1	0.009	[1.16, 8.12]	Time 1	0.086	[-0.75, 11.41]
Time 2	0.885	[-2.32, 2.69]	Time 2	0.367	[-5.16, 1.91]	Time 2	0.176	[-10.28, 1.88]
Time 3	0.766	[-2.21, 3]	Time 3	0.957	[-3.84, 3.69]	Time 3	0.873	[-7.01, 5.95]
Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----

Note. Testimony 0 = didn't testify; Testimony 1 = testified once; Testimony 2 = testified more than once
 RC = Reference category; CI= Confidence interval

Table 8. Main effect for time: CBCL (externalized scale)

<i>F</i> = 19.52 <i>p</i> = 0.000								
Testimony (Reference category = 0)			Testimony (Reference category =1)			Testimony (Reference category = 2)		
Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.
Time 1	62.921	1.95	Time 1	61.024	2.082	Time 1	56.038	2.916
Time 2	57.564	1.961	Time 2	55.732	2.114	Time 2	52.354	2.916
Time 3	56.446	2.005	Time 3	54.525	2.176	Time 3	53.526	3.134
Time 4	55.966	2.073	Time 4	55.225	2.326	Time 4	55.896	3.367
RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----
Time 2	0.000	[-6.91, -3.99]	Time 2	0.000	[-7.3, -3.28]	Time 2	0.037	[-7.15, -0.22]
Time 3	0.000	[-8.15, -4.8]	Time 3	0.000	[-8.78, -4.22]	Time 3	0.23	[-6.62, 1.6]
Time 4	0.000	[-8.92, -4.99]	Time 4	0.000	[-8.56, -3.04]	Time 4	0.954	[-4.94, 4..66]
RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[3.9, 6.81]	Time 1	0.000	[3.28, 7.3]	Time 1	0.037	[0.22, 7.15]
Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----
Time 3	0.193	[-2.8, 0.57]	Time 3	0.307	[-3.52, 1.11]	Time 3	0.575	[-2.94, 5.28]
Time 4	0.113	[-3.58, 0.38]	Time 4	0.721	[-3.3, 2.29]	Time 4	0.148	[-1.26, 8.34]
RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[4.8, 8.15]	Time 1	0.000	[4.22, 8.78]	Time 1	0.23	[-1.6, 6.62]
Time 2	0.193	[-0.57, 2.8]	Time 2	0.307	[-1.11, 3.53]	Time 2	0.575	[-5.28, 2.94]
Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----
Time 4	0.645	[-2.53, 1.57]	Time 4	0.641	[-2.25, 3.65]	Time 4	0.361	[-2.73, 7.47]
RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[4.99, 8.92]	Time 1	0.000	[3.04, 8.56]	Time 1	0.954	[-4.66, 4.94]
Time 2	0.113	[-0.38, 3.58]	Time 2	0.721	[-2.29, 3.3]	Time 2	0.148	[-8.34, 1.26]
Time 3	0.645	[-1.57, 2.53]	Time 3	0.641	[-3.65, 2.25]	Time 3	0.361	[-7.47, 2.73]
Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----

Note. Testimony 0 = didn't testify; Testimony 1 = testified once; Testimony 2 = testified more than once
 RC = Reference category; CI= Confidence interval

Table 9. Main effect for time: CDC (total score for dissociation)

<i>F</i> = 22.262 <i>p</i> = 0.000								
Testimony (RC=0)			Testimony (RC=1)			Testimony (RC=2)		
Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.
Time 1	9.844	0.881	Time 1	8.623	0.949	Time 1	6.038	1.349
Time 2	6.509	0.889	Time 2	5.619	0.972	Time 2	3.932	1.349
Time 3	5.289	0.922	Time 3	5.354	1.013	Time 3	4.603	1.497
Time 4	4.891	0.969	Time 4	6.125	1.125	Time 4	4.413	1.65
RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	.----	.----	Time 1	.----	.----	Time 1	.----	.----
Time 2	0.000	[-4.16, -2.51]	Time 2	0.000	[-4.15, -1.86]	Time 2	0.038	[-4.09, -0.12]
Time 3	0.000	[-5.5, -3.61]	Time 3	0.000	[-4.57, -1.97]	Time 3	0.229	[-3.77, 0.91]
Time 4	0.000	[-6.07, -3.84]	Time 4	0.002	[-4.09, -0.91]	Time 4	0.243	[-4.36, 1.11]
RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[2.51, 4.16]	Time 1	0.000	[1.86, 4.15]	Time 1	0.038	[0.12, 4.09]
Time 2	.----	.----	Time 2	.----	.----	Time 2	.----	.----
Time 3	0.013	[-2.18, -0.26]	Time 3	0.693	[-1.59, 1.06]	Time 3	0.573	[-1.67, 3.01]
Time 4	0.005	[-2.74, -0.5]	Time 4	0.539	[-1.11, 2.12]	Time 4	0.73	[-2.25, 3.21]
RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[3.61, 5.5]	Time 1	0.000	[1.97, 4.57]	Time 1	0.229	[-0.91, 3.77]
Time 2	0.013	[0.26, 2.18]	Time 2	0.693	[-1.06, 1.59]	Time 2	0.573	[-3.01, 1.67]
Time 3	.----	.----	Time 3	.----	.----	Time 3	.----	.----
Time 4	0.503	[-1.57, 0.77]	Time 4	0.375	[-0.93, 2.48]	Time 4	0.898	[-3.1, 2.72]
RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[3.84, 6.07]	Time 1	0.002	[0.91, 4.09]	Time 1	0.243	[-1.11, 4.36]
Time 2	0.005	[0.5, 2.74]	Time 2	0.539	[-2.12, 1.11]	Time 2	0.73	[-3.21, 2.25]
Time 3	0.503	[-0.77, 1.57]	Time 3	0.375	[-2.48, 0.93]	Time 3	0.898	[-2.72, 3.1]
Time 4	.----	.----	Time 4	.----	.----	Time 4	.----	.----

Note. Testimony 0 = didn't testify; Testimony 1 = testified once; Testimony 2 = testified more than once
 RC = Reference category; CI= Confidence interval

Table 10. Main effect for time: CPTS-RI-PQ (total score for PTSD)

<i>F</i> = 32.296 <i>p</i> = 0.000								
Testimony (Reference category = 0)			Testimony (Reference category = 1)			Testimony (Reference category = 2)		
Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.
Time 1	25.796	2.429	Time 1	26.308	2.575	Time 1	26.403	3.721
Time 2	14.473	2.437	Time 2	15.702	2.64	Time 2	16.817	3.7
Time 3	10.896	2.548	Time 3	14.781	2.789	Time 3	15.402	4.33
Time 4	10.836	2.71	Time 4	17.162	3.189	Time 4	21.746	4.593
RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----
Time 2	0.000	[-13.86, -8.79]	Time 2	0.000	[-14.05, -7.16]	Time 2	0.003	[-15.83, -3.34]
Time 3	0.000	[-17.78, -12.02]	Time 3	0.000	[-15.43, -7.62]	Time 3	0.004	[-18.49, -3.51]
Time 4	0.000	[-18.34, -11.58]	Time 4	0.000	[-14.07, -4.23]	Time 4	0.262	[-12.81, 3.49]
RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[8.79, 13.86]	Time 1	0.000	[7.16, 14.05]	Time 1	0.003	[3.34, 15.83]
Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----
Time 3	0.015	[-6.45, -0.7]	Time 3	0.645	[-4.85, 3.01]	Time 3	0.709	[-8.87, 6.04]
Time 4	0.035	[-7.01, -0.26]	Time 4	0.562	[-3.49, 6.41]	Time 4	0.233	[-3.18, 13.04]
RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[12.02, 17.78]	Time 1	0.000	[7.62, 15.43]	Time 1	0.004	[3.51, 18.49]
Time 2	0.015	[0.7, 6.45]	Time 2	0.645	[-3.01, 4.85]	Time 2	0.709	[-6.04, 8.87]
Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----
Time 4	0.973	[-3.58, 3.46]	Time 4	0.37	[-2.84, 7.6]	Time 4	0.158	[-2.47, 15.16]
RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[11.58, 18.34]	Time 1	0.000	[4.23, 14.07]	Time 1	0.262	[-3.49, 12.81]
Time 2	0.035	[0.26, 7.01]	Time 2	0.562	[-6.41, 3.49]	Time 2	0.233	[-13.04, 3.18]
Time 3	0.973	[-3.46, 3.58]	Time 3	0.37	[-7.6, 2.84]	Time 3	0.158	[-15.16, 2.47]
Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----

Note. Testimony 0 = didn't testify; Testimony 1 = testified once; Testimony 2 = testified more than once
 RC = Reference category; CI= Confidence interval

Table 11. Main effect for time: CPTS-RI-PQ (re-experimentation scale)

<i>F</i> = 23.771 <i>p</i> = 0.000								
Testimony (Reference category = 0)			Testimony (Reference category = 1)			Testimony (Reference category = 2)		
Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.
Time 1	10.224	1.035	Time 1	10.427	1.116	Time 1	10.636	1.638
Time 2	5.845	1.036	Time 2	6.78	1.145	Time 2	6.968	1.65
Time 3	4.34	1.088	Time 3	5.518	1.215	Time 3	7.173	1.923
Time 4	3.884	1.163	Time 4	5.497	1.404	Time 4	8.06	2.049
RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----
Time 2	0.000	[-5.53, -3.22]	Time 2	0.000	[-5.22, -2.07]	Time 2	0.013	[-6.57, -0.76]
Time 3	0.000	[-7.2, -4.6]	Time 3	0.000	[-6.69, -3.13]	Time 3	0.047	[-6.88, -0.04]
Time 4	0.000	[-7.88, -4.8]	Time 4	0.000	[-7.17, -2.69]	Time 4	0.174	[-6.3, 1.15]
RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[3.22, 5.53]	Time 1	0.000	[2.07, 5.22]	Time 1	0.013	[0.76, 6.57]
Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----
Time 3	0.024	[-2.81, -0.2]	Time 3	0.167	[-3.06, 0.53]	Time 3	0.907	[-3.26, 3.67]
Time 4	0.012	[-3.5, -0.42]	Time 4	0.264	[-3.54, 0.97]	Time 4	0.569	[-2.67, 4.86]
RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[4.57, 7.2]	Time 1	0.000	[3.13, 6.69]	Time 1	0.047	[0.04, 6.88]
Time 2	0.024	[0.2, 2.81]	Time 2	0.167	[-0.53, 3.06]	Time 2	0.907	[-3.67, 3.26]
Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----
Time 4	0.577	[-2.06, 1.15]	Time 4	0.986	[-2.4, 2.36]	Time 4	0.665	[-3.14, 4.92]
RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[4.8, 7.88]	Time 1	0.000	[2.69, 7.17]	Time 1	0.174	[-1.15, 6.3]
Time 2	0.012	[0.42, 3.5]	Time 2	0.264	[-0.97, 3.54]	Time 2	0.569	[-4.86, 2.67]
Time 3	0.577	[-1.15, 2.06]	Time 3	0.986	[-2.36, 2.4]	Time 3	0.665	[-4.92, 3.14]
Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----

Note. Testimony 0 = didn't testify; Testimony 1 = testified once; Testimony 2 = testified more than once
 RC = Reference category; CI= Confidence interval

Table 12. Main effect for time: CPTS-RI-PQ (avoidance scale)

<i>F</i> = 16.361 <i>p</i> = 0.000								
Testimony (Reference category = 0)			Testimony (Reference category = 1)			Testimony (Reference category = 2)		
Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.
Time 1	6.655	0.763	Time 1	6.936	0.823	Time 1	6.407	1.184
Time 2	3.775	0.768	Time 2	4.048	0.844	Time 2	5.87	1.196
Time 3	2.683	0.806	Time 3	4.758	0.894	Time 3	3.381	1.331
Time 4	2.681	0.849	Time 4	5.752	1.028	Time 4	8.445	1.49
RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----
Time 2	0.000	[-3.7, -2.06]	Time 2	0.000	[-4.02, -1.75]	Time 2	0.601	[-2.55, 1.48]
Time 3	0.000	[-4.91, -3.03]	Time 3	0.001	[-3.46, -0.89]	Time 3	0.01	[-5.32, -0.74]
Time 4	0.000	[-5.07, -2.88]	Time 4	0.151	[-2.8, 0.44]	Time 4	0.133	[-0.63, 4.7]
RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[2.06, 3.7]	Time 1	0.000	[1.75, 4.02]	Time 1	0.601	[-1.48, 2.55]
Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----
Time 3	0.023	[-2.03, -0.15]	Time 3	0.281	[-0.58, 2]	Time 3	0.033	[-4.78, -0.2]
Time 4	0.049	[-2.18, 0]	Time 4	0.04	[0.07, 3.33]	Time 4	0.058	[-0.09, 5.24]
RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[3.03, 4.91]	Time 1	0.001	[0.89, 3.46]	Time 1	0.01	[0.74, 5.32]
Time 2	0.023	[0.15, 2.03]	Time 2	0.281	[-2, 0.58]	Time 2	0.033	[0.2, 4.78]
Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----
Time 4	0.998	[-1.14, 1.14]	Time 4	0.256	[-0.73, 2.71]	Time 4	0.000	[2.24, 7.89]
RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[2.88, 5.07]	Time 1	0.151	[-0.44, 2.8]	Time 1	0.133	[-4.7, 0.63]
Time 2	0.049	[0, 2.18]	Time 2	0.04	[-3.33, 0.07]	Time 2	0.058	[-5.24, 0.09]
Time 3	0.998	[-1.14, 1.14]	Time 3	0.256	[-2.71, 0.73]	Time 3	0.000	[-7.89, -2.24]
Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----

Note. Testimony 0 = didn't testify; Testimony 1 = testified once; Testimony 2 = testified more than once

RC = Reference category; CI= Confidence interval

Table 13. Main effect for time: CPTS-RI-PQ (hypervigilance scale)

<i>F</i> = 20.088 <i>p</i> = 0.000								
Testimony (Reference category = 0)			Testimony (Reference category = 1)			Testimony (Reference category = 2)		
Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.	Time	Mean	S.E.
Time 1	6.283	0.652	Time 1	6.009	0.706	Time 1	5.632	1.031
Time 2	3.54	0.659	Time 2	3.366	0.725	Time 2	2.475	1.058
Time 3	3.202	0.704	Time 3	3.26	0.77	Time 3	3.008	1.218
Time 4	2.949	0.756	Time 4	4.253	0.92	Time 4	3.908	1.346
RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=1)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----	Time 1	.---	.----
Time 2	0.000	[-3.55, -1.93]	Time 2	0.000	[-3.76, -1.53]	Time 2	0.002	[-5.15, -1.17]
Time 3	0.000	[-4, -2.16]	Time 3	0.000	[-3.99, -1.5]	Time 3	0.026	[-4.93, -0.32]
Time 4	0.000	[-4.4, -2.27]	Time 4	0.029	[-3.33, -0.19]	Time 4	0.192	[-4.32, 0.87]
RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=2)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[1.93, 3.55]	Time 1	0.000	[1.53, 3.76]	Time 1	0.002	[1.17, 5.15]
Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----	Time 2	.---	.----
Time 3	0.476	[-1.27, 0.6]	Time 3	0.868	[-1.36, 1.15]	Time 3	0.652	[-1.79, 2.85]
Time 4	0.279	[-1.67, 0.48]	Time 4	0.272	[-0.7, 2.47]	Time 4	0.281	[-1.17, 4.04]
RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=3)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[2.16, 4]	Time 1	0.000	[1.5, 3.99]	Time 1	0.026	[0.32, 4.93]
Time 2	0.476	[-0.6, 1.27]	Time 2	0.868	[-1.15, 1.36]	Time 2	0.652	[-2.85, 1.79]
Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----	Time 3	.---	.----
Time 4	0.659	[-1.38, 0.87]	Time 4	0.242	[-0.67, 2.66]	Time 4	0.527	[-1.9, 3.7]
RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI	RC (Time=4)	<i>p</i>	95% CI
Time 1	0.000	[2.27, 4.4]	Time 1	0.029	[0.19, 3.33]	Time 1	0.192	[-0.87, 4.32]
Time 2	0.279	[-0.48, 1.67]	Time 2	0.272	[-2.47, 0.7]	Time 2	0.281	[-4.04, 1.17]
Time 3	0.659	[-0.87, 1.38]	Time 3	0.242	[-2.66, 0.67]	Time 3	0.527	[-3.7, 1.9]
Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----	Time 4	.---	.----

Note. Testimony 0 = didn't testify; Testimony 1 = testified once; Testimony 2 = testified more than once
 RC = Reference category; CI= Confidence interval

Annexe 5 : Tableaux des analyses multiniveaux- résultats significatifs pour l'effet témoignage selon les indicateurs de santé mentale

Table 1. Main effect for testimony: CPTS-RI-PQ (avoidance scale)

Fixed effects Testimony			<i>F</i> 4.864			<i>p</i> 0.009		
Testimony (RC-tmgn=0)			Testimony (RC-tmgn=1)			Testimony (RC-tmgn=2)		
	<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI
Tmgn 0	.---	.---	Tmgn 0	0.002	[-5, -1.14]	Tmgn 0	0.000	[-8.6, -2.93]
Tmgn 1	0.002	[1.14, 5]	Tmgn 1	.---	.---	Tmgn 1	0.087	[-5.78, 0.39]
Tmgn 2	0.000	[2.93, 8.6]	Tmgn 2	0.087	[-0.39, 5.78]	Tmgn 2	.---	.---

Note. Tmgn0 = didn't testify; Tmgn1 = testified once; Tmgn2 = testified more than once

RC = Reference category; CI= Confidence interval

Annexe 6 : Tableaux des analyses multiniveaux- résultats significatifs pour l'effet d'interaction entre le temps et le témoignage selon les indicateurs de santé mentale

Table 1. Main effects for Time X Testimony: CITES-II (hypervigilance scale)

Fixed effects Testimony X Time			<i>F</i> 2.214				<i>p</i> 0.041
Testimony (RC=0) X Time (RC=1)				Testimony (RC=1) X Time (RC=1)			
	<i>p</i>	95% CI	<i>p</i>	95% CI			
Tmgn 0- T1	.---	.---	.---	.---		Tmgn 0- T1	.---
Tmgn 0- T2	.---	.---	0.348	[-1.15, 3.25]		Tmgn 0- T2	0.177 [-1.05, 5.67]
Tmgn 0- T3	.---	.---	0.228	[-1.02, 4.27]		Tmgn 0- T3	0.863 [-3.72, 4.44]
Tmgn 0- T4	.---	.---	0.179	[-0.99, 5.29]		Tmgn 0- T4	0.029 [-10.81, -0.57]
Tmgn 1- T1	.---	.---	.---	.---		Tmgn 1- T1	.---
Tmgn 1- T2	0.348	[-3.25, 1.15]	.---	.---		Tmgn 1- T2	0.489 [-2.32, 4.84]
Tmgn 1- T3	0.228	[-4.27, 1.02]	.---	.---		Tmgn 1- T3	0.568 [-5.62, 3.09]
Tmgn 1- T4	0.179	[-5.29, 0.99]	.---	.---		Tmgn 1- T4	0.005 [-13.29, -2.4]
Tmgn 2- T1	.---	.---	.---	.---		Tmgn 2- T1	.---
Tmgn 2- T2	0.177	[-5.67, 1.05]	0.489	[-4.84, 2.32]		Tmgn 2- T2	.---
Tmgn 2- T3	0.863	[-4.44, 3.72]	0.568	[-3.09, 5.62]		Tmgn 2- T3	.---
Tmgn 2- T4	0.029	[0.57, 10.81]	0.005	[2.4, 13.29]		Tmgn 2- T4	.---
Testimony (RC=0) X Time (RC=2)				Testimony (RC=1) X Time (RC=2)			
	<i>p</i>	95% CI	<i>p</i>	95% CI			
Tmgn 0- T1	.---	.---	0.348	[-3.25, 1.15]		Tmgn 0- T1	0.177 [-5.67, 1.05]
Tmgn 0- T2	.---	.---	.---	.---		Tmgn 0- T2	.---
Tmgn 0- T3	.---	.---	0.676	[-2.13, 3.27]		Tmgn 0- T3	0.347 [-6.04, 2.13]
Tmgn 0- T4	.---	.---	0.499	[-2.1, 4.3]		Tmgn 0- T4	0.002 [-13.13, -2.88]
Tmgn 1- T1	0.348	[-1.15, 3.25]	.---	.---		Tmgn 1- T1	0.489 [-4.84, 2.32]
Tmgn 1- T2	.---	.---	.---	.---		Tmgn 1- T2	.---
Tmgn 1- T3	0.676	[-3.27, 2.13]	.---	.---		Tmgn 1- T3	0.257 [-6.91, 1.85]
Tmgn 1- T4	0.499	[-4.3, 2.1]	.---	.---		Tmgn 1- T4	0.001 [-14.58, -3.63]
Tmgn 2- T1	0.177	[-1.05, 5.67]	0.489	[-2.32, 4.84]		Tmgn 2- T1	.---
Tmgn 2- T2	.---	.---	.---	.---		Tmgn 2- T2	.---
Tmgn 2- T3	0.347	[-2.13, 6.04]	0.257	[-1.85, 6.91]		Tmgn 2- T3	.---
Tmgn 2- T4	0.002	[2.88, 13.13]	0.001	[3.63, 14.58]		Tmgn 2- T4	.---

Testimony (RC=0) X Time (RC=3)			Testimony (RC=1) X Time (RC=3)			Testimony (RC=2) X Time (RC=3)		
	<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI
Tmgn 0- T1	.---	.---	Tmgn 0 - T1	0.228	[-4.27, 1.02]	Tmgn 0- T1	0.863	[-4.44, 3.72]
Tmgn 0- T2	.---	.---	Tmgn 0 - T2	0.676	[-3.27, 2.13]	Tmgn 0- T2	0.347	[-2.13, 6.04]
Tmgn 0- T3	.---	.---	Tmgn 0 - T3	.---	.---	Tmgn 0- T3	.---	.---
Tmgn 0- T4	.---	.---	Tmgn 0 - T4	0.762	[-2.89, 3.94]	Tmgn 0- T4	0.03	[-11.51, -0.59]
Tmgn 1 - T1	0.228	[-1.02, 4.27]	Tmgn 1 - T1	.---	.---	Tmgn 1 - T1	0.568	[-3.09, 5.62]
Tmgn 1 - T2	0.676	[-2.13, 3.27]	Tmgn 1 - T2	.---	.---	Tmgn 1 - T2	0.257	[-1.85, 6.91]
Tmgn 1 - T3	.---	.---	Tmgn 1 - T3	.---	.---	Tmgn 1 - T3	.---	.---
Tmgn 1 - T4	0.762	[-3.94, 2.89]	Tmgn 1 - T4	.---	.---	Tmgn 1 - T4	0.028	[-12.43, -0.72]
Tmgn 2- T1	0.863	[-3.72, 4.44]	Tmgn 2- T1	0.568	[-5.62, 3.09]	Tmgn 2- T1	.---	.---
Tmgn 2 - T2	0.347	[-6.04, 2.13]	Tmgn 2 - T2	0.257	[-6.91, 1.85]	Tmgn 2 - T2	.---	.---
Tmgn 2 - T3	.---	.---	Tmgn 2 - T3	.---	.---	Tmgn 2 - T3	.---	.---
Tmgn 2 - T4	0.03	[0.59, 11.51]	Tmgn 2 - T4	0.028	[0.72, 12.43]	Tmgn 2 - T4	.---	.---
Testimony (RC=0) X Time (RC=4)			Testimony (RC=1) X Time (RC=4)			Testimony (RC=2) X Time (RC=4)		
	<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI
Tmgn 0- T1	.---	.---	Tmgn 0- T1	0.179	[-5.29, 0.99]	Tmgn 0- T1	0.029	[0.57, 10.81]
Tmgn 0- T2	.---	.---	Tmgn 0- T2	0.499	[-4.3, 2.1]	Tmgn 0- T2	0.002	[2.88, 13.13]
Tmgn 0- T3	.---	.---	Tmgn 0- T3	0.762	[-3.94, 2.89]	Tmgn 0- T3	0.03	[0.59, 11.51]
Tmgn 0- T4	.---	.---	Tmgn 0- T4	.---	.---	Tmgn 0- T4	.---	.---
Tmgn 1 - T1	0.179	[-0.99, 5.29]	Tmgn 1 - T1	.---	.---	Tmgn 1 - T1	0.005	[2.4, 13.29]
Tmgn 1 - T2	0.499	[-2.1, 4.3]	Tmgn 1 - T2	.---	.---	Tmgn 1 - T2	0.001	[3.63, 14.58]
Tmgn 1 - T3	0.762	[-2.89, 3.94]	Tmgn 1 - T3	.---	.---	Tmgn 1 - T3	0.028	[0.72, 12.43]
Tmgn 1 - T4	.---	.---	Tmgn 1 - T4	.---	.---	Tmgn 1 - T4	.---	.---
Tmgn 2- T1	0.029	[-10.81, -0.57]	Tmgn 2- T1	0.005	[-13.29, -2.4]	Tmgn 2- T1	.---	.---
Tmgn 2 - T2	0.002	[-13.13, -2.88]	Tmgn 2 - T2	0.001	[-14.58, -3.63]	Tmgn 2 - T2	.---	.---
Tmgn 2 - T3	0.03	[-11.51, -0.59]	Tmgn 2 - T3	0.028	[-12.43, -0.72]	Tmgn 2 - T3	.---	.---
Tmgn 2 - T4	.---	.---	Tmgn 2 - T4	.---	.---	Tmgn 2 - T4	.---	.---

Note. Tmgn0 = didn't testify; Tmgn1 = testified once; Tmgn2 = testified more than once

T1= Time 1; T2= Time 2; T3= Time 3; T4= Time 4

RC = Reference category; CI= Confidence interval

Table 2. Main effects for Time X Testimony: CDC (total score for dissociation)

Fixed effects Testimony X Time			<i>F</i> 2.155			<i>p</i> 0.046		
Testimony (RC=0) X Time (RC=1)	<i>p</i>	95% CI	Testimony (RC=1) X Time (RC=1)	<i>p</i>	95% CI	Testimony (RC=2) X Time (RC=1)	<i>p</i>	95% CI
Tmgn 0- T1	.---	.---	Tmgn 0 - T1	.---	.---	Tmgn 0- T1	.---	.---
Tmgn 0- T2	.---	.---	Tmgn 0 - T2	0.644	[-1.74, 1.08]	Tmgn 0- T2	0.261	[-3.38, 0.92]
Tmgn 0- T3	.---	.---	Tmgn 0 - T3	0.116	[-2.89, 0.32]	Tmgn 0- T3	0.016	[-5.64, -0.6]
Tmgn 0- T4	.---	.---	Tmgn 0 - T4	0.013	[-4.4, -0.51]	Tmgn 0- T4	0.027	[-6.28, -0.38]
Tmgn 1 - T1	.---	.---	Tmgn 1 - T1	.---	.---	Tmgn 1 - T1	.---	.---
Tmgn 1 - T2	0.644	[-1.08, 1.74]	Tmgn 1 - T2	.---	.---	Tmgn 1 - T2	0.441	[-3.19, 1.39]
Tmgn 1 - T3	0.116	[-0.32, 2.89]	Tmgn 1 - T3	.---	.---	Tmgn 1 - T3	0.178	[-4.51, 0.84]
Tmgn 1 - T4	0.013	[0.51, 4.4]	Tmgn 1 - T4	.---	.---	Tmgn 1 - T4	0.587	[-4.03, 2.29]
Tmgn 2- T1	.---	.---	Tmgn 2- T1	.---	.---	Tmgn 2- T1	.---	.---
Tmgn 2- T2	0.261	[-0.92, 3.38]	Tmgn 2- T2	0.441	[-1.39, 3.19]	Tmgn 2 - T2	.---	.---
Tmgn 2 - T3	0.016	[0.6, 5.64]	Tmgn 2 - T3	0.178	[-0.84, 4.51]	Tmgn 2 - T3	.---	.---
Tmgn 2 - T4	0.027	[0.38, 6.28]	Tmgn 2 - T4	0.587	[-2.29, 4.03]	Tmgn 2 - T4	.---	.---
Testimony (RC=0) X Time (RC=2)	<i>p</i>	95% CI	Testimony (RC=1) X Time (RC=2)	<i>p</i>	95% CI	Testimony (RC=2) X Time (RC=2)	<i>p</i>	95% CI
Tmgn 0- T1	.---	.---	Tmgn 0 - T1	0.644	[-1.08, 1.74]	Tmgn 0- T1	0.261	[-0.92, 3.38]
Tmgn 0- T2	.---	.---	Tmgn 0 - T2	.---	.---	Tmgn 0- T2	.---	.---
Tmgn 0- T3	.---	.---	Tmgn 0 - T3	0.252	[-2.59, 0.68]	Tmgn 0- T3	0.143	[-4.42, 0.64]
Tmgn 0- T4	.---	.---	Tmgn 0 - T4	0.034	[-4.09, -0.16]	Tmgn 0- T4	0.163	[-5.05, 0.85]
Tmgn 1 - T1	0.644	[-1.74, 1.08]	Tmgn 1 - T1	.---	.---	Tmgn 1 - T1	0.441	[-1.39, 3.19]
Tmgn 1 - T2	.---	.---	Tmgn 1 - T2	.---	.---	Tmgn 1 - T2	.---	.---
Tmgn 1 - T3	0.252	[-0.68, 2.59]	Tmgn 1 - T3	.---	.---	Tmgn 1 - T3	0.494	[-3.62, 1.75]
Tmgn 1 - T4	0.034	[0.16, 4.09]	Tmgn 1 - T4	.---	.---	Tmgn 1 - T4	0.988	[-3.15, 3.2]
Tmgn 2- T1	0.261	[-3.38, 0.92]	Tmgn 2- T1	0.441	[-3.19, 1.39]	Tmgn 2- T1	.---	.---
Tmgn 2- T2	.---	.---	Tmgn 2- T2	.---	.---	Tmgn 2 - T2	.---	.---
Tmgn 2 - T3	0.143	[-0.64, 4.42]	Tmgn 2 - T3	0.494	[-1.75, 3.62]	Tmgn 2 - T3	.---	.---
Tmgn 2 - T4	0.163	[-0.85, 5.05]	Tmgn 2 - T4	0.988	[-3.2, 3.15]	Tmgn 2 - T4	.---	.---

Testimony (RC=0) X Time (RC=3)			Testimony (RC=1) X Time (RC=3)			Testimony (RC=2) X Time (RC=3)		
	<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI
Tmgn 0- T1	.---	.---	Tmgn 0 - T1	0.116	[-0.32, 2.89]	Tmgn 0- T1	0.016	[0.6, 5.64]
Tmgn 0- T2	.---	.---	Tmgn 0 - T2	0.252	[-0.68, 2.59]	Tmgn 0- T2	0.143	[-0.64, 4.42]
Tmgn 0- T3	.---	.---	Tmgn 0 - T3	.---	.---	Tmgn 0- T3	.---	.---
Tmgn 0- T4	.---	.---	Tmgn 0 - T4	0.267	[-3.24, 0.9]	Tmgn 0- T4	0.896	[-3.34, 2.92]
Tmgn 1 - T1	0.116	[-2.89, 0.32]	Tmgn 1 - T1	.---	.---	Tmgn 1 - T1	0.178	[-0.84, 4.51]
Tmgn 1 - T2	0.252	[-2.59, 0.68]	Tmgn 1 - T2	.---	.---	Tmgn 1 - T2	0.494	[-1.75, 3.62]
Tmgn 1 - T3	.---	.---	Tmgn 1 - T3	.---	.---	Tmgn 1 - T3	.---	.---
Tmgn 1 - T4	0.267	[-0.9, 3.24]	Tmgn 1 - T4	.---	.---	Tmgn 1 - T4	0.575	[-2.41, 4.33]
Tmgn 2- T1	0.016	[-5.64, -0.6]	Tmgn 2- T1	0.178	[-4.51, 0.84]	Tmgn 2- T1	.---	.---
Tmgn 2 - T2	0.143	[-4.42, 0.64]	Tmgn 2 - T2	0.494	[-3.62, 1.75]	Tmgn 2 - T2	.---	.---
Tmgn 2 - T3	.---	.---	Tmgn 2 - T3	.---	.---	Tmgn 2 - T3	.---	.---
Tmgn 2 - T4	0.896	[-2.92, 3.34]	Tmgn 2 - T4	0.575	[-4.33, 2.41]	Tmgn 2 - T4	.---	.---
Testimony (RC=0) X Time (RC=4)			Testimony (RC=1) X Time (RC=4)			Testimony (RC=2) X Time (RC=4)		
	<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI
Tmgn 0- T1	.---	.---	Tmgn 0- T1	0.013	[0.51, 4.4]	Tmgn 0- T1	0.027	[0.38, 6.28]
Tmgn 0- T2	.---	.---	Tmgn 0- T2	0.034	[0.16, 4.09]	Tmgn 0- T2	0.163	[-0.85, 5.05]
Tmgn 0- T3	.---	.---	Tmgn 0- T3	0.267	[-0.9, 3.24]	Tmgn 0- T3	0.896	[-2.92, 3.34]
Tmgn 0- T4	.---	.---	Tmgn 0- T4	.---	.---	Tmgn 0- T4	.---	.---
Tmgn 1 - T1	0.013	[-4.4, -0.51]	Tmgn 1 - T1	.---	.---	Tmgn 1 - T1	0.587	[-2.29, 4.03]
Tmgn 1 - T2	0.034	[-4.09, -0.16]	Tmgn 1 - T2	.---	.---	Tmgn 1 - T2	0.988	[-3.2, 3.15]
Tmgn 1 - T3	0.267	[-3.24, 0.9]	Tmgn 1 - T3	.---	.---	Tmgn 1 - T3	0.575	[-4.33, 2.41]
Tmgn 1 - T4	.---	.---	Tmgn 1 - T4	.---	.---	Tmgn 1 - T4	.---	.---
Tmgn 2- T1	0.027	[-6.28, -0.38]	Tmgn 2- T1	0.587	[-4.03, 2.29]	Tmgn 2- T1	.---	.---
Tmgn 2 - T2	0.163	[-5.05, 0.85]	Tmgn 2 - T2	0.988	[-3.15, 3.2]	Tmgn 2 - T2	.---	.---
Tmgn 2 - T3	0.896	[-3.34, 2.92]	Tmgn 2 - T3	0.575	[-2.41, 4.33]	Tmgn 2 - T3	.---	.---
Tmgn 2 - T4	.---	.---	Tmgn 2 - T4	.---	.---	Tmgn 2 - T4	.---	.---

Note. Tmgn0 = didn't testify; Tmgn1 = testified once; Tmgn2 = testified more than once
T1= Time 1; T2= Time 2; T3= Time 3; T4= Time 4
RC = Reference category; CI= Confidence interval

Table 3. Main effects for Time X Testimony: CPTS-RI-PQ (avoidance scale)

Fixed effects Testimony X Time			<i>F</i> 4.737			<i>p</i> 0.000		
Testimony (RC=0) X Time (RC=1)			Testimony (RC=1) X Time (RC=1)			Testimony (RC=2) X Time (RC=1)		
	<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI
Tmgn 0- T1	.---	.---	Tmgn 0 - T1	.---	.---	Tmgn 0- T1	.---	.---
Tmgn 0- T2	.---	.---	Tmgn 0 - T2	0.991	[-1.39, 1.41]	Tmgn 0- T2	0.035	[-4.52, -0.17]
Tmgn 0- T3	.---	.---	Tmgn 0 - T3	0.027	[-3.39, -0.2]	Tmgn 0- T3	0.453	[-3.42, 1.53]
Tmgn 0- T4	.---	.---	Tmgn 0 - T4	0.005	[-4.74, -0.84]	Tmgn 0- T4	0.000	[-8.89, -3.13]
Tmgn 1 - T1	.---	.---	Tmgn 1 - T1	.---	.---	Tmgn 1 - T1	.---	.---
Tmgn 1 - T2	0.991	[-1.41, 1.39]	Tmgn 1 - T2	.---	.---	Tmgn 1 - T2	0.046	[-4.66, -0.04]
Tmgn 1 - T3	0.027	[0.20, 3.39]	Tmgn 1 - T3	.---	.---	Tmgn 1 - T3	0.526	[-1.78, 3.48]
Tmgn 1 - T4	0.005	[0.84, 4.74]	Tmgn 1 - T4	.---	.---	Tmgn 1 - T4	0.043	[-6.34, -0.11]
Tmgn 2 - T1	.---	.---	Tmgn 2- T1	.---	.---	Tmgn 2- T1	.---	.---
Tmgn 2- T2	0.035	[0.17, 4.52]	Tmgn 2- T2	0.046	[0.04, 4.66]	Tmgn 2 - T2	.---	.---
Tmgn 2 - T3	0.435	[-1.53, 3.42]	Tmgn 2 - T3	0.526	[-3.48, 1.78]	Tmgn 2 - T3	.---	.---
Tmgn 2 - T4	0.000	[3.13, 8.89]	Tmgn 2 - T4	0.043	[0.11, 6.34]	Tmgn 2 - T4	.---	.---
Testimony (RC=0) X Time (RC=2)			Testimony (RC=1) X Time (RC=2)			Testimony (RC=2) X Time (RC=2)		
	<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI
Tmgn 0- T1	.---	.---	Tmgn 0 - T1	0.991	[-1.41, 1.39]	Tmgn 0- T1	0.035	[0.17, 4.52]
Tmgn 0- T2	.---	.---	Tmgn 0 - T2	.---	.---	Tmgn 0- T2	.---	.---
Tmgn 0- T3	.---	.---	Tmgn 0 - T3	0.027	[-3.4, -0.2]	Tmgn 0- T3	0.268	[-1.08, 3.87]
Tmgn 0- T4	.---	.---	Tmgn 0 - T4	0.005	[-4.76, -0.84]	Tmgn 0- T4	0.013	[-6.55, -0.79]
Tmgn 1 - T1	0.991	[-1.39, 1.41]	Tmgn 1 - T1	.---	.---	Tmgn 1 - T1	0.046	[0.04, 4.66]
Tmgn 1 - T2	.---	.---	Tmgn 1 - T2	.---	.---	Tmgn 1 - T2	.---	.---
Tmgn 1 - T3	0.027	[0.2, 3.4]	Tmgn 1 - T3	.---	.---	Tmgn 1 - T3	0.017	[0.57, 5.83]
Tmgn 1 - T4	0.005	[0.84, 4.76]	Tmgn 1 - T4	.---	.---	Tmgn 1 - T4	0.584	[-3.99, 2.25]
Tmgn 2- T1	0.035	[-4.52, -0.17]	Tmgn 2- T1	0.046	[-4.66, -0.05]	Tmgn 2- T1	.---	.---
Tmgn 2- T2	.---	.---	Tmgn 2- T2	.---	.---	Tmgn 2 - T2	.---	.---
Tmgn 2 - T3	0.268	[-3.87, 1.08]	Tmgn 2 - T3	0.017	[-5.83, -0.57]	Tmgn 2 - T3	.---	.---
Tmgn 2 - T4	0.013	[0.79, 6.55]	Tmgn 2 - T4	0.584	[-2.25, 3.99]	Tmgn 2 - T4	.---	.---

Testimony (RC=0) X Time (RC=3)			Testimony (RC=1) X Time (RC=3)			Testimony (RC=2) X Time (RC=3)		
	<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI
Tmgn 0- T1	.---	.---	Tmgn 0 - T1	0.027	[0.2, 3.39]	Tmgn 0- T1	0.453	[-1.53, 3.42]
Tmgn 0- T2	.---	.---	Tmgn 0 - T2	0.027	[0.2, 3.4]	Tmgn 0- T2	0.268	[-3.87, 1.08]
Tmgn 0- T3	.---	.---	Tmgn 0 - T3	.---	.---	Tmgn 0- T3	.---	.---
Tmgn 0- T4	.---	.---	Tmgn 0 - T4	0.344	[-3.06, 1.07]	Tmgn 0- T4	0.001	[-8.11, -2.02]
Tmgn 1 - T1	0.027	[-3.39, -0.2]	Tmgn 1 - T1	.---	.---	Tmgn 1 - T1	0.526	[-3.48, 1.78]
Tmgn 1 - T2	0.027	[-3.4, -0.2]	Tmgn 1 - T2	.---	.---	Tmgn 1 - T2	0.017	[-5.83, -0.57]
Tmgn 1 - T3	.---	.---	Tmgn 1 - T3	.---	.---	Tmgn 1 - T3	.---	.---
Tmgn 1 - T4	0.344	[-1.07, 3.06]	Tmgn 1 - T4	.---	.---	Tmgn 1 - T4	0.016	[-7.37, -0.77]
Tmgn 2- T1	0.453	[-3.42, 1.53]	Tmgn 2- T1	0.526	[-1.78, 3.48]	Tmgn 2- T1	.---	.---
Tmgn 2 - T2	0.268	[-1.08, 3.87]	Tmgn 2 - T2	0.017	[0.57, 5.83]	Tmgn 2 - T2	.---	.---
Tmgn 2 - T3	.---	.---	Tmgn 2 - T3	.---	.---	Tmgn 2 - T3	.---	.---
Tmgn 2 - T4	0.001	[2.02, 8.11]	Tmgn 2 - T4	0.016	[0.77, 7.37]	Tmgn 2 - T4	.---	.---
Testimony (RC=0) X Time (RC=4)			Testimony (RC=1) X Time (RC=4)			Testimony (RC=2) X Time (RC=4)		
	<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI		<i>p</i>	95% CI
Tmgn 0- T1	.---	.---	Tmgn 0- T1	0.005	[0.84, 4.74]	Tmgn 0- T1	0.000	[3.13, 8.89]
Tmgn 0- T2	.---	.---	Tmgn 0- T2	0.005	[0.84, 4.76]	Tmgn 0- T2	0.013	[0.79, 6.55]
Tmgn 0- T3	.---	.---	Tmgn 0- T3	0.344	[-1.07, 3.06]	Tmgn 0- T3	0.001	[2.02, 8.11]
Tmgn 0- T4	.---	.---	Tmgn 0- T4	.---	.---	Tmgn 0- T4	.---	.---
Tmgn 1 - T1	0.005	[-4.74, -0.84]	Tmgn 1 - T1	.---	.---	Tmgn 1 - T1	0.043	[0.11, 6.34]
Tmgn 1 - T2	0.005	[-4.76, -0.84]	Tmgn 1 - T2	.---	.---	Tmgn 1 - T2	0.584	[-2.25, 3.99]
Tmgn 1 - T3	0.344	[-3.06, 1.07]	Tmgn 1 - T3	.---	.---	Tmgn 1 - T3	0.016	[0.77, 7.37]
Tmgn 1 - T4	.---	.---	Tmgn 1 - T4	.---	.---	Tmgn 1 - T4	.---	.---
Tmgn 2- T1	0.000	[-8.89, -3.13]	Tmgn 2- T1	0.043	[-6.34, -0.11]	Tmgn 2- T1	.---	.---
Tmgn 2 - T2	0.013	[-6.55, -0.79]	Tmgn 2 - T2	0.584	[-3.99, 2.25]	Tmgn 2 - T2	.---	.---
Tmgn 2 - T3	0.001	[-8.11, -2.02]	Tmgn 2 - T3	0.016	[-7.37, -0.77]	Tmgn 2 - T3	.---	.---
Tmgn 2 - T4	.---	.---	Tmgn 2 - T4	.---	.---	Tmgn 2 - T4	.---	.---

Note. Tmgn0 = didn't testify; Tmgn1 = testified once; Tmgn2 = testified more than once

T1= Time 1; T2= Time 2; T3= Time 3; T4= Time 4

RC = Reference category; CI= Confidence interval

Annexe 7 : Tableaux des analyses multiniveaux- résultats significatifs pour les covariables selon les indicateurs de santé mentale

Table 1. Main effect for covariates: CITES (re-experimentation scale)

Covariates	Didn't testify <i>M (SE)</i>	Testified <i>M (SE)</i>	Testified + <i>M (SE)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Physical abuse					
Yes	7.904 (1.292)	8.554 (1.365)	9.228 (1.721)	4.884	0.028
No	5.596 (1.197)	6.247 (1.236)	6.92 (1.732)		
Physical abuse				<i>p</i>	95% CI
Physical abuse-no (0)				0.03	[-4.37, -0.25]
Physical abuse-yes (1)				.---	.---

Note. Testified+ = Testified more than once

Table 2. Main effect for covariates: CBCL (externalized scale)

Covariates	Didn't testify <i>M (SE)</i>	Testified <i>M (SE)</i>	Testified + <i>M (SE)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Emotional abuse					
Yes	60.69 (2.078)	59.092 (2.234)	56.919 (2.816)	6.783	0.01
No	55.758 (2.195)	54.16 (2.241)	51.987 (3.022)		
Emotional abuse				<i>p</i>	95% CI
Emotional abuse-no (0)				0.01	[-8.67, -1.2]
Emotional abuse-yes (1)				.---	.---

Note. Testified+ = Testified more than once

Table 3. Main effect for covariates: CDC (total score for dissociation)

Covariates	Didn't testify <i>M (SE)</i>	Testified <i>M (SE)</i>	Testified + <i>M (SE)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Physical abuse					
Yes	7.442 (0.982)	7.239 (1.035)	5.555 (1.297)	4.055	0.045
No	5.824 (0.911)	5.622 (0.952)	3.938 (1.306)		
Emotional abuse					
Yes	7.465 (.0931)	7.263 (1.001)	5.579 (1.26)	3.882	0.05
No	5.801 (0.981)	5.598 (1.005)	3.914 (1.354)		
Maternal support					
Not supportive	9.425 (1.598)	9.223 (1.638)	7.539 (1.838)	4.733	0.01
Somewhat supportive	5.505 (1.077)	5.302 (1.103)	3.618 (1.357)		
Very supportive	4.969 (0.682)	4.766 (0.745)	3.083 (1.161)		
Physical abuse			<i>p</i>		95% CI
Physical abuse-no (0)			0.045		[-3.2, -0.03]
Physical abuse-yes (1)			.---		.---
Emotional abuse			<i>p</i>		95% CI
Emotional abuse-no (0)			0.05		[-3.33, 0]
Emotional abuse-yes (1)			.---		.---
Maternal support			<i>p</i>		95% CI
Not supportive (0)			.---		.---
Somewhat supportive (1)			0.021		[-7.26, -0.59]
Very supportive (2)			0.003		[-7.33, -1.58]
Maternal support			<i>p</i>		95% CI
Not supportive (0)			0.021		[0.59, 7.26]
Somewhat supportive (1)			.---		.---
Very supportive (2)			0.58		[-2.44, 1.37]
Maternal support			<i>p</i>		95% CI
Not supportive (0)			0.003		[1.58, 7.33]
Somewhat supportive (1)			0.58		[-1.37, 2.44]
Very supportive (2)			.---		.---

Note. Testified+ = Testified more than once

Table 4. Main effect for covariates: CPTSD-RI (total score for PTSD)

Covariates	Didn't testify <i>M (SE)</i>	Testified <i>M (SE)</i>	Testified + <i>M (SE)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Physical abuse					
Yes	17.648 (2.69)	20.636 (2.805)	22.24 (3.505)	3.927	0.049
No	13.352 (2.464)	16.34 (2.534)	17.944 (3.478)		
Physical abuse			<i>p</i>		95% CI
Physical abuse-no (0)			0.05		[-8.57, -0.02]
Physical abuse-yes (1)			.---		.---

Note. Testified+ = Testified more than once

Annexe 8 : Confirmation de la publication de l'article

ELSEVIER

Log In Register Help

Track Your Accepted Article

The easiest way to check the publication status of your accepted article

Child Sexual Abuse Victims as Witnesses: The Influence of Testifying on their Recovery

Article reference	CHIABU3839
Journal	Child Abuse & Neglect
Corresponding author	Myriam Hany Elmi
First author	Myriam Hany Elmi
Received at Editorial Office	19 Mar 2018
Article revised	11 Jul 2018
Article accepted for publication	7 Sep 2018
DOI	10.1016/j.chiabu.2018.09.001



ISSN 0145-2134

Feedback

Last update: 22 Sep 2018

[Share via email](#)