

Université de Montréal

**Enfance et comportements sexuels problématiques :
Différences observées à la suite de la psychothérapie et
facteurs associés à sa non-complétion**

par Camille Pitre

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 Maître es sciences (M.sc.)
en Criminologie, option mémoire

Août 2019

© Camille Pitre, 2019

Résumé

L'émergence de la sexualité chez certains enfants peut se faire de façon inquiétante. C'est le cas lorsqu'ils présentent des comportements sexuels problématiques (CSP) envers d'autres enfants et que ces comportements sont caractérisés par la présence d'indices de sévérité comme la coercition, la persistance malgré les interventions et lorsqu'ils causent de la détresse émotionnelle, etc. Parmi d'autres, la littérature scientifique soutient que deux facteurs représentent des défis importants : 1) la présence de difficultés concomitantes; 2) la mobilisation dans l'intervention qui se manifeste par un taux d'attrition élevé. Toutefois, peu d'études ont porté sur les dimensions qui évoluent dans le cadre d'une intervention spécialisée, particulièrement sur les autres difficultés qui se manifestent souvent chez ces enfants de façon concomitante. Ainsi, considérant les différentes difficultés vécues par ces enfants, il apparaît important de noter si elles diminuent en intensité, tout comme les CSP, à la suite de la psychothérapie. De surcroît, considérant le taux d'attrition élevé dans les programmes destinés aux jeunes en difficulté, il s'avère pertinent de comprendre quels éléments sont susceptibles de prédire la non-complétion. La présente étude vise trois principaux objectifs : 1) décrire l'échantillon étudié, de même que les difficultés vécues par les enfants se manifestant en parallèle à leurs CSP ; 2) évaluer si les CSP et les difficultés concomitantes diffèrent à la suite de la thérapie ; 3) identifier les facteurs associés à la non-complétion de la psychothérapie. Cette recherche permet donc d'avoir une vision plus globale des différences entre le début et la fin de la thérapie quant aux difficultés éprouvées par ces enfants provenant de milieux variés. Elle permet également d'avoir une compréhension plus approfondie des enfants, mais plus globalement des familles qui ne complètent pas la thérapie leur étant destinée. L'échantillon initial est composé de 67 dyades parents-enfants référées dans un service de psychothérapie spécialisée en CSP. La psychothérapie adoptée étant d'approche cognitive comportementale, elle impliquait la participation d'une figure parentale et visait la gestion des CSP et la communication parent-enfant. Ces dyades ont été évaluées selon un devis à deux temps de mesure, impliquant des entrevues individuelles avant et après la psychothérapie. Les enfants, de même que les parents ont rempli différents questionnaires standardisés, portant notamment sur le développement de l'enfant et sur son comportement. Les résultats de la recherche révèlent des effets bénéfiques de la psychothérapie. Les enfants qui complètent la

psychothérapie vivent davantage en situation de placement et ne sont pas accompagnés d'un parent biologique lors des rencontres, en comparaison à ceux qui ne la complètent pas. Aucune variable retenue dans la présente étude ne permet toutefois de prédire la non-complétion de la thérapie. Ces résultats sont discutés en considérant les implications pour la recherche et les interventions.

Mots-clés : comportements sexuels problématiques, CSP, enfants, psychothérapie cognitive comportementale, non-complétion

Abstract

Sexual development can be worrisome in certain children, in particular when sexual behavior problems toward others are manifested. Such behaviors are characterized by the presence of severity indexes such as coercion, emotional distress, persistence despite interventions, etc. Among others, the scientific literature highlights two important challenges in children with SBP: 1) the presence of concomitant difficulties; 2) mobilization during the intervention as manifested by a high dropout rate. However, few studies have examined the outcomes of specialized intervention on difficulties manifested in conjunction to SBP. Considering the variety of concomitant difficulties experienced by these children, it seems important to assess the influence of psychotherapy on the intensity of these problems. Moreover, given the high rate of attrition in intervention behavior problems in children, it is important to understand the factors that might predict dropout. The aim of this study is : 1) to describe the sample, as well as difficulties that are manifested in conjunction to SBP; 2) assess changes in SBP as well as in other difficulties after psychotherapy (internalizing and externalizing behaviors problems, post-traumatic symptoms, dissociation, self-esteem, depression, anxiety and social problems); 3) to identify factors associated with the dropout of psychotherapy. This research provides a more holistic comprehension of the differences between the beginning and the end of therapy with respect to the difficulties experienced by children with SBP, which are coming from a variety of backgrounds. It also allows for a deeper understanding of those children, but more generally their families who do not complete the therapy. The initial sample is composed of 67 parent-child dyads referred to a specialized cognitive behavioral psychotherapy for children with SBP. The psychotherapy required the participation of a parental figure and aimed the management of SBP as well as parent-child communication. Data were obtained during individual interview prior and post psychotherapy. The children as well as the parents both completed different standardized questionnaires, regarding the child's development and his behavior. The results of the research indicate beneficial effects of psychotherapy on SBP and on other indicators of distress. Furthermore, the study has shown that children who complete psychotherapy are more likely to live in foster homes and to be accompanied by their biological parents when attending appointments as compared to those who drop out. However, no variables used in this study predict dropout

during psychotherapy. These results are discussed while considering the implications for research and practice.

Keywords: Sexual behavior problems, SBP, children, cognitive behavioral therapy, dropout

Table des matières

RÉSUMÉ	I
TABLE DES MATIÈRES.....	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES SIGLES.....	VIII
REMERCIEMENTS.....	IX
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS.....	3
1.1 VARIABLE COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES	4
1.1.1 Définitions des comportements sexuels problématiques	4
1.1.2 Prévalence et incidence	6
1.1.3 Origine des comportements sexuels problématiques.....	7
1.1.4 Modèles étiologiques des CSP	9
1.1.5 Typologies des comportements sexuels problématiques.....	11
1.2 IMPORTANCE D'ÉVALUER L'ENFANT DANS SA GLOBALITÉ	14
1.2.1 Difficultés concomitantes	14
1.2.1.1 Impact d'un placement.....	16
1.2.2 Stratégies d'adaptation.....	17
1.2.3 Recommandations cliniques en matière d'évaluations	18
1.3 LES DIFFÉRENTES INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES ET DE PRISE EN CHARGE	20
1.3.1 La thérapie cognitive comportementale (TCC)	23
1.4 LES ÉTUDES ÉVALUANT LES INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES.....	24
1.5 NON-COMPLÉTION DE LA THÉRAPIE	29
1.5.1 Ampleur du phénomène de non-complétion	30
1.5.2 Prédicteurs de la non-complétion	32
1.6 PROBLÉMATIQUE	34
1.6.1 Objectifs et questions de recherche.....	38
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE.....	41
2.1 PROCÉDURE.....	42
2.2 PARTICIPANTS	44
2.3 INSTRUMENTS DE MESURE UTILISÉS ET OPÉRATIONNALISATION DES VARIABLES	44
2.3.1 Questionnaires complétés par les parents.....	45
2.3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	45
2.3.1.2 Variété et gravité des comportements sexuels sains et problématiques	45
2.3.1.3 Problèmes de comportements intériorisés et extériorisés.....	47
2.3.1.4 Dissociation	48
2.3.1.5 Indice de détresse psychologique	48
2.3.2 Questionnaires complétés par les enfants	49
2.3.2.1 Symptômes de stress post-traumatique	49
2.3.2.2 Anxiété	49
2.3.2.3 Dépression	49
2.3.2.4 Estime personnelle.....	50
2.3.3 Variables d'implantation.....	50
2.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	51
2.5 STRATÉGIES D'ANALYSES.....	51
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS.....	53

3.1 OBJECTIF 1 : DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON ET DES DIFFICULTÉS CONCOMITANTES AUX CSP.....	54
3.2 OBJECTIF 2 : CHANGEMENTS OBSERVÉS À LA SUITE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE.....	57
3.2.1 Tests t avec échantillons appariés.....	57
3.2.2 ANCOVA.....	59
3.3 OBJECTIF 3 : FACTEURS ASSOCIÉS ET PRÉDICTEURS DE LA NON-COMPLÉTION DE LA THÉRAPIE.....	61
3.3.1 Tests t avec échantillons indépendants et tableaux croisés.....	61
3.3.2 Régression logistique.....	64
CHAPITRE 4 : DISCUSSION ET CONCLUSION.....	66
DISCUSSION.....	67
4.1 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON À L'ÉTUDE.....	68
4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	68
4.1.2 Difficultés concomitantes.....	69
4.2 CHANGEMENTS OBSERVÉS À LA SUITE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE.....	71
4.2.1 Différences entre le prétest et le post-test.....	71
4.2.2 Différences entre une thérapie de plus courte ou de plus longue durée.....	75
4.3 FACTEURS ASSOCIÉS ET PRÉDICTEURS DE LA NON-COMPLÉTION DE LA THÉRAPIE.....	76
4.3.1 Différences entre ceux qui complètent ou non la psychothérapie.....	77
4.3.2 Prédictors de la non-complétion.....	79
4.4 FORCES ET LIMITES SUR LE PLAN MÉTHODOLOGIQUE.....	81
4.5 IMPLICATIONS POUR LES RECHERCHES FUTURES.....	83
4.6 IMPLICATIONS POUR L'INTERVENTION.....	87
CONCLUSION.....	90
RÉFÉRENCES.....	93
ANNEXE 1 - FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT.....	I
ANNEXE 2 – CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE.....	IX
ANNEXE 3 - TABLEAU 9.....	XI

Liste des tableaux

Tableau 1. Résultats des analyses descriptives cherchant à décrire l'échantillon sur le plan de leurs caractéristiques sociodémographiques (N = 67).....	55
Tableau 2. Résultats des analyses descriptives visant à documenter les difficultés concomitantes	56
Tableau 3. Résultats des tests t quant aux différences entre les deux temps de mesure (N=46).	58
Tableau 4. Résultats des tests t pour les scores obtenus au CSBCL (N=45).....	59
Tableau 5. Résultats des ANCOVAS selon le fait que la thérapie soit de plus courte ou de plus longue durée.....	60
Tableau 6. Résultats des tests t pour les facteurs associés au fait de compléter ou non la thérapie (n=67).....	62
Tableau 7. Résultats des tableaux croisés quant à la non-complétion de la thérapie en fonction des caractéristiques sociodémographiques (n=67).	63
Tableau 8. Résultats de la régression logistique visant à prédire la non-complétion de la thérapie (n=53).	65

Liste des sigles

AS : Agression sexuelle

CSP : Comportements sexuels problématiques

FMV : Fondation Marie-Vincent

TCC : Thérapie cognitive comportementale

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier grandement ma directrice de recherche, Isabelle Daignault, sans qui la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible. Merci d'avoir partagé avec moi tes vastes connaissances, de m'avoir accordé ton temps et ton aide chaque fois que j'en ai eu besoin, non seulement pour l'avancement de mon mémoire, mais aussi pour toutes les réalisations en parallèle. Merci pour les belles opportunités offertes au cours de ces deux années, notamment les emplois d'auxiliaire d'enseignement et d'assistance de recherche, qui m'ont fait grandir et découvrir un intérêt grandissant pour cet univers. Merci pour ton dévouement et ta patience. Bref, merci d'avoir fait en sorte que ma maîtrise ait été si plaisante et enrichissante. Travailler avec toi fut un réel plaisir.

J'aimerais remercier l'École de criminologie de l'Université de Montréal pour l'octroi de bourses d'excellence, de rédaction et de mobilité, m'ayant entre autres, permis de m'envoler à deux reprises pour assister à un cours en Croatie ainsi qu'un congrès international en France. Merci également d'avoir mis sur mon chemin des professeurs.es et des étudiants.es brillants et passionnés. Je tiens également à souligner le travail exceptionnel de toute l'équipe de la Fondation Marie-Vincent. J'ai apprécié chaque moment où j'y ai mis les pieds!

Je tiens à remercier vivement ma famille et mes amies de toujours croire en moi. Merci à mon père et mes sœurs de parler de ce que je fais avec fierté. Merci à mon amoureux, Cédrik, de m'avoir toujours soutenu et encouragé, mais surtout de me pousser à me dépasser. Une pensée toute spéciale pour ma petite maman d'amour, qui, j'en suis certaine, me regarde de là-haut avec beaucoup de fierté. Merci de m'avoir transmis ta curiosité intellectuelle et tes belles valeurs. Merci d'avoir été la personne la plus forte et résiliente que je connaisse, avec le plus grand cœur qui soit, toujours prête à venir en aide aux autres.

Introduction

La sexualité chez les enfants est un sujet pouvant susciter un certain malaise chez les adultes qui y sont confrontés (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016; Hackett, Carpenter, Patsios et Szilassy, 2013; Sciaraffa et Randolph, 2011). Or, bien qu'elle puisse être vécue de façon saine chez la plupart des enfants, elle peut aussi être hautement problématique chez d'autres et occasionner son lot de conséquences (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016; Chaffin *et al.*, 2006 ; St-Amand, Saint-Jacques et Silvosky, 2011). En effet, certains enfants peuvent s'engager dans des comportements sexuels problématiques qui peuvent notamment être de nature agressive et coercitive à l'endroit d'autres enfants malgré leur jeune âge (Chaffin *et al.*, 2006). Ainsi, ils doivent faire l'objet d'interventions immédiates afin de mieux contrôler ces comportements problématiques et les diverses conséquences en découlant (Chaffin *et al.*, 2006; Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005; Silvosky, Niec, Bard et Hecht, 2007). Il importe aussi de garder à l'esprit qu'il est question d'enfants, ayant pour la majorité vécue leur part d'adversité, et que les motivations derrière leurs actes diffèrent considérablement de celles des adolescents ou des adultes (Chaffin, 2008; Chaffin *et al.*, 2006; Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016; Gil et Shaw, 2013; Johnson, 2014; Lussier, Chouinard-Thivierge, McCuish, Nadeau et Lacerte, 2019). Il s'avère nécessaire de mieux comprendre ces enfants, de même que les interventions thérapeutiques qui leur sont offertes afin de mieux identifier comment limiter les nombreuses conséquences associées aux CSP. C'est donc dans cette lignée que ce mémoire s'inscrit en décrivant dans un premier temps l'échantillon à l'étude, mais aussi les difficultés concomitantes aux CSP. Dans un deuxième temps, il s'agit de noter s'il y a des différences sur le plan des CSP, de même que des difficultés concomitantes entre le début et la fin de la thérapie. Enfin, une limite récurrente des études cherchant à évaluer les programmes d'interventions destinés aux enfants présentant des difficultés réside dans un taux d'attrition élevé. Le présent mémoire cherche donc à mieux comprendre si certaines caractéristiques des enfants, ou plus globalement de leur famille permettent de prédire lesquels sont plus susceptibles de ne pas compléter la thérapie.

Chapitre 1 : Recension des écrits

Le présent chapitre du mémoire vise à faire état des connaissances actuelles en matière de comportements sexuels problématiques (CSP) et des interventions thérapeutiques destinées aux enfants en manifestant. La première section de la recension des écrits vise à bien définir et circonscrire la notion de CSP en fonction de leur prévalence et de leur incidence. Les différents modèles étiologiques sont également présentés de façon à cibler les facteurs associés à leur émergence et leur maintien. Suit une présentation des typologies proposées par les chercheurs dans le domaine visant à regrouper les enfants présentant des CSP en des profils distincts. La deuxième section présente les avantages d'évaluer l'enfant dans sa globalité; en portant une attention particulière aux difficultés concomitantes aux CSP. Les différentes stratégies utilisées par les enfants aux prises avec des CSP pour faire face à leurs difficultés sont par la suite présentées, ces dernières étant associées à différentes recommandations cliniques en matière d'évaluations. La troisième section de la recension des écrits porte sur les interventions thérapeutiques offertes aux enfants. Une attention particulière est consacrée à la thérapie d'approche cognitive comportementale (TCC), cette dernière étant l'approche adoptée auprès de l'échantillon de l'étude et étant aussi documentée comme étant la plus indiquée pour ce type de clientèle. Enfin, le problème récurrent de la non-complétion en cours de suivi est mis en lumière, en présentant non seulement l'ampleur de ce phénomène, mais aussi, ses différents prédicteurs. Il convient d'emblée de préciser que le terme « parent » utilisé au fil de cette recherche englobe non seulement le parent biologique de l'enfant, mais aussi d'accueil, de même que tout autre adulte considéré comme étant le principal fournisseur de soins de l'enfant. Également, le terme « enfant » réfère, sauf indications contraires, aux enfants âgés entre 5 et 12 ans.

1.1 Variable comportements sexuels problématiques

1.1.1 Définitions des comportements sexuels problématiques

Au fil du temps, différents termes ont été proposés pour identifier les enfants aux prises avec des CSP (Boisvert, Tougas et Gamet, 2017; Bonner *et al.*, 1999). Il a déjà été question d'enfants agresseurs sexuels, mais les professionnels dans le domaine mettent en lumière le fait qu'ils ne doivent pas être considérés comme tel, notamment en raison de leur jeune âge et des différentes caractéristiques associées à leur stade développemental (Boisvert *et al.*, 2017;

Bonner *et al.*, 1999). De ce fait, le terme « comportement sexuel problématique » saisit plus justement les différentes subtilités qui les caractérisent, tout en délaissant le caractère stigmatisant des termes précédents (Boisvert *et al.*, 2017). Tout d'abord, il est intéressant de mentionner qu'il n'y a actuellement pas de définition opérationnelle des comportements sexuels problématiques qui fait l'unanimité, ce qui peut poser certaines difficultés (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016; Gagnon et Tourigny, 2011). Cependant, le groupe de travail de l'ATSA (« Association for the Treatment of Sexual Abusers »), composé de plusieurs experts dans le domaine ayant pour mandat de fournir des balises aux professionnels travaillant auprès des enfants de moins de 12 ans s'est penché sur le sujet et a proposé une définition des CSP (Chaffin *et al.*, 2006). Il convient également de préciser que ce groupe de travail a émis plusieurs recommandations importantes en matière d'évaluation et d'intervention visant spécifiquement les enfants manifestant des CSP et sera donc cité à maintes reprises au cours de cette étude. Ainsi, ces experts proposent que les CSP représentent « des comportements impliquant des parties sexuelles du corps, adoptées par des enfants âgés de 12 ans et moins, qui sont inappropriées du point de vue du développement de ceux-ci ou qui sont potentiellement néfastes pour eux-mêmes ou pour les autres » (Chaffin *et al.*, 2006, traduit par Gagnon et Tourigny, 2011). Cette définition est principalement utilisée dans la littérature scientifique sur le sujet et sera donc celle retenue dans le cadre de cette recherche.

Afin d'évaluer si les comportements sexuels sont normaux ou non, il faut noter le caractère spontané (à l'inverse de planifié, prémédité) et mutuel, la présence de coercition (p. ex : trouve un enfant vulnérable sur le plan psychologique ou physique pour le contraindre à prendre part au comportement sexuel) et de détresse de part et d'autre ainsi que leur fréquence (notion de comportement obsessionnel), sans oublier le stade développemental et la culture de l'enfant (Johnson, 2013; Chaffin *et al.*, 2006). Par exemple, pour un enfant d'âge préscolaire, se toucher les parties génitales lorsque d'autres personnes sont présentes est un comportement considéré normal, alors que ce ne l'est pas pour un enfant d'âge scolaire (Johnson, 2013). Également, il est attendu qu'un enfant de plus de 10 ans parle de façon explicite de sexualité avec ses pairs, alors que pour un enfant d'âge préscolaire, cela pourrait être jugé problématique (Anderson *et al.*, 2006).

Chaffin et ses collègues (2006) expliquent par ailleurs que les enfants avec des CSP divergent quant à leur historique de maltraitance et de troubles de santé mentale. Il n'existe pour le moment, pas de profils clairs d'enfants avec des CSP. Les résultats démontrent que ces enfants sont davantage considérés sur un continuum de sévérité et d'intensité de leurs comportements et que ce continuum tend également à illustrer la présence de problèmes concomitants (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016; Johnson, 2013; Chaffin *et al.*, 2006; Elkovitch, Latzman, Hansen et Flood, 2009; Friedrich, 2007; Lepage, Tourigny, Pauzé, McDuff et Cyr, 2010; St-Amand *et al.*, 2011; Tarren-Sweeny, 2008). Gagnon et al., (2004) soulignent notamment qu'à la fin de ce continuum se retrouvent les comportements sexuels de nature agressive, qui sont davantage difficile à modifier. Il convient également de préciser que les CSP n'impliquent pas toujours une autre personne et peuvent être dirigés vers soi, dans le cas de masturbation excessive par exemple (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016; Chaffin *et al.*, 2006 ; Lepage *et al.*, 2010).

1.1.2 Prévalence et incidence

Peu de données permettent de situer l'ampleur du phénomène des jeunes présentant des comportements sexuels problématiques au sein de la population générale (St-Amand *et al.*, 2011; Tougas *et al.*, 2016). Toutefois, selon une étude réalisée par Pithers et Gray (1998) 13 à 18% des agressions sexuelles envers les enfants seraient commises par des enfants de 12 ans et moins. Aussi, selon une étude de Lepage et ses collègues (2010) conduite auprès d'une population clinique d'enfants de 6 à 11 ans issus des services de la protection de la jeunesse de Montréal, de Québec, de l'Estrie et de la Côte-Nord, 1 enfant sur 5 manifesterait des CSP (Lepage *et al.*, 2010 ; Tougas *et al.*, 2016). Il est également possible d'observer une hausse des cas de CSP rapportés, mais les causes sous-jacentes à cette augmentation restent ambiguës (Chaffin *et al.*, 2006 ; St-Amand *et al.*, 2011). En effet, elle peut résulter d'une augmentation réelle de ces comportements, de la transformation de la définition du phénomène, d'une plus grande attention face à cette problématique ou encore être le produit d'un amalgame de ces différents facteurs (Carpentier, Silvosky et Chaffin, 2006; St-Amand *et al.*, 2011).

Certains auteurs (Bonner *et al.*, 1999 ; Gagnon et Tourigny, 2011 ; Gray, Pithers, Busconi et Houchens, 1999 ; Pithers, Gray, Busconi et Houchens, 1998 ; Silvosky et Niec,

2002) s'entendent pour conclure qu'à l'âge préscolaire, les filles présentent plus fréquemment de CSP tandis qu'à l'âge scolaire, c'est plutôt les garçons qui en présentent davantage.

Par ailleurs, considérant que plusieurs des gestes posés impliquent autrui, il semble intéressant d'aborder la question du risque que ces enfants représentent pour les autres enfants, mais aussi pour l'ensemble de la communauté. En effet, les enfants présentant des CSP sont fréquemment stigmatisés et perçus comme très à risque de commettre d'autres agressions (Chaffin, 2008). Pourtant, les enfants ayant reçu une thérapie adéquate visant les CSP, notamment une TCC, auraient à long terme très peu de risque de récidiver, et ils seraient même autant susceptibles de vivre dans le futur une agression sexuelle que d'en commettre une (Carpentier *et al.*, 2006; Chaffin, 2008; Chaffin *et al.*, 2006). En effet, Carpentier et ses collègues (2008) ont réalisé une étude longitudinale sur une période de 10 ans avec un échantillon initial de 135 enfants âgés entre 5 et 12 ayant participé à deux différentes thérapies (TCC et thérapie de groupe par le jeu). Afin de documenter le risque que ces enfants commettent une agression dans le futur, les auteurs ont colligé toutes les données quant aux arrestations et/ou rapports répertoriés dans les bases de données relevant du système de justice pénale pour mineur ou adultes ainsi que les services de protection à l'enfance (voir Carpentier *et al.*, 2006 pour plus de détails). Or, leurs résultats indiquent que ces enfants auraient entre 2 et 10% de probabilités de commettre une agression sexuelle dans le futur. Plus spécifiquement, leur étude révèle que les enfants ayant participé à la TCC commettaient significativement moins d'agressions à caractère sexuel (2%) comparativement aux enfants ayant pris part à une thérapie de groupe par le jeu (10%). Qui plus est, ces chercheurs affirment que les enfants ayant participé à la TCC ne se distinguaient pas significativement de la population clinique générale en ce qui a trait aux agressions sexuelles commises dans le futur (Carpentier *et al.*, 2006).

1.1.3 Origine des comportements sexuels problématiques

Plusieurs questionnements demeurent à ce jour quant à l'origine des CSP chez les enfants (Chaffin *et al.*, 2006 ; Gagnon et Tourigny, 2011). Un nombre considérable d'études se sont intéressées à l'agression sexuelle (AS) comme étant une raison, voire la seule raison menant au développement de CSP (Chaffin *et al.*, 2006, Gagnon et Tourigny, 2011). En effet, un historique d'AS est rapporté chez plusieurs enfants avec des CSP (St-Amand *et al.*, 2011).

Afin de conclure au pourcentage d'enfants ayant été victimes d'AS et manifestant des CSP certaines études vont se baser sur un échantillon d'enfants présentant des CSP et vont chercher à savoir combien d'entre eux ont été ou sont victimes d'AS, alors que d'autres vont plutôt reposer sur un échantillon d'enfants ayant été victimes d'AS et vont noter combien d'entre eux ont développé des CSP. Ainsi, les études rapportent que le taux d'enfants ayant été victimes d'agressions sexuelles qui vont par la suite développer des CSP varie entre 20 et 77%, alors que celui d'enfants avec des CSP ayant préalablement vécu une agression sexuelle varie entre 15 et 84% (Boisvert, Tourigny, Lanctôt, Gagnon et al., 2016; Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016). Toutefois, les résultats des études suggèrent que la plupart des enfants qui ont été agressés sexuellement ne présentent pas de CSP et d'autres résultats concluent qu'un nombre important d'enfants avec des CSP n'ont jamais vécu pareille agression (St-Amand *et al.*, 2011).

Les études plus récentes se sont intéressées à un large éventail de facteurs dans l'émergence et le maintien des CSP (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016 ; Chaffin *et al.*, 2006 ; Elkovitch *et al.*, 2009). D'ailleurs, des liens ont été trouvés notamment avec des antécédents de maltraitance (Bonner *et al.*, 1999; Friedrich, Davies, Feher et Wright, 2003; Gray *et al.*, 1999; Lepage *et al.*, 2010; Tarren-Sweeny, 2008; Tremblay et Bégin, 2008), des pratiques parentales défailtantes (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016; Friedrich et Luecke, 1988; Tremblay et Bégin, 2008), une faible qualité d'attachement parent-enfant (Friedrich, 2007; Gray *et al.*, 1999; Pithers *et al.*, 1998; Tarren-Sweeny, 2008) , le fait d'être exposé à du contenu pornographique et de vivre dans un milieu fortement sexualisé (Bonner *et al.*, 1999; Hall, Mathews et Pearce, 2002; Tremblay et Bégin, 2008) ainsi que d'être exposé à de la violence au sein même de la famille (Friedrich *et al.*, 2003; Gray *et al.*, 1999; Lepage *et al.*, 2010; Tremblay et Bégin, 2008). Les facteurs associés comprennent également le fait de présenter diverses problématiques sur le plan comportemental (Allen, 2017; Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016; Bonner *et al.*, 1999; Elkovitch *et al.*, 2009; Friedrich *et al.*, 2003 ; Gray *et al.*, 1999; Lepage *et al.*, 2010; Tarren-Sweeny, 2008) et seront abordés de façon plus exhaustive dans une section suivante. En somme, Elkovitch *et al.*, (2009) soulignent l'absence d'une seule et unique explication dans l'étiologie des CSP et propose plutôt de s'intéresser aux relations dynamiques entre les différents facteurs de risque associés

au développement des CSP. La section suivante traitera des différents modèles visant à expliquer l'émergence des CSP.

1.1.4 Modèles étiologiques des CSP

Greenberg, Speltz et Deklyen ont proposé en 1993, un modèle de facteurs de risque afin d'expliquer l'étiologie des comportements perturbateurs. Ce modèle accorde une grande importance aux interactions entre les facteurs de risque, mais plus particulièrement au rôle de l'attachement précoce (Greenberg *et al.*, 1993). De ce fait, les auteurs expliquent que les quatre principaux domaines de facteurs de risque sont : les facteurs biologiques de l'enfant ; l'écologie familiale ; les pratiques parentales ; l'attachement durant la petite enfance et l'enfance. Par « facteurs biologiques », les auteurs réfèrent aux différences physiologiques, neurologiques et neuropsychologiques pouvant avoir un impact sur le développement de problèmes de comportements. L'écologie familiale, quant à elle, réfère aux divers facteurs d'adversité auxquels la famille peut être confrontée (troubles de santé mentale, criminalité, violence familiale, faible statut socioéconomique, etc.) (Greenberg *et al.*, 1993). Le domaine des pratiques parentales englobe le type de discipline, le style de socialisation et la communication parent-enfant (Greenberg *et al.*, 1993). Enfin, l'accent est mis sur le dernier domaine du modèle, soit les relations d'attachement pendant la petite enfance et l'enfance. Il est alors proposé que bien que chacune de ces catégories de facteurs de risque soit associée avec l'apparition de comportements perturbateurs tôt dans le développement de l'enfant, ce serait davantage leurs interactions qui mèneraient à l'émergence de ces comportements (Greenberg *et al.*, 1993). Or, les probabilités que l'enfant présente des comportements perturbateurs augmentent en parallèle avec le nombre de facteurs de risque auquel il est confronté (Greenberg *et al.*, 1993).

Friedrich (2007), considéré comme le pionnier en matière d'expertise ayant trait aux comportements sexuels manifestés par les enfants (Bonner et Berliner, 2007) a par la suite repris le modèle proposé par Greenberg et ses collègues (1993), afin de l'appliquer plus spécifiquement à l'émergence des CSP. Friedrich (2007) s'est intéressé de près aux comportements sexuels normatifs des enfants, mais aussi à ceux considérés comme étant plus problématiques. Il propose d'ailleurs que les CSP soient des problèmes de « nature

relationnelle » et souligne l'importance que les interventions reflètent ce constat, plutôt que de se focaliser sur les variables propres à l'enfant (Friedrich, 2007). Son modèle met de l'avant quatre catégories de facteurs de risque : 1) le stress cumulatif ; 2) la modélisation de la coercition ; 3) les facteurs prédisposant aux troubles de comportements, ainsi que 4) le rapport perturbé à la sexualité (Friedrich, 2007, traduction libre, p.37). Le facteur de risque ayant trait au stress cumulatif englobe toutes les situations d'adversité vécues par l'enfant (p.ex. : divorce, pauvreté, pratiques parentales inappropriées, etc.) le rendant ainsi plus vulnérable à développer des CSP. Toutefois, Friedrich soutient que cela n'apparaît pas comme étant un facteur suffisant pour expliquer le maintien de CSP et que l'enfant doit user de coercition dans ses interactions avec les autres enfants pour que cela soit le cas. D'ailleurs, l'auteur explique que la modélisation de la coercition découle d'agressions répétées ou d'exposition à des situations de coercition entre adultes. De là émerge la troisième catégorie de facteurs de risque et s'explique par le fait que tous ces facteurs augmentent les risques que l'enfant développe des troubles de comportements, notamment des CSP. La quatrième catégorie de facteur de risque de son modèle réfère à un rapport perturbé à la sexualité et peut être associée au fait que l'enfant ait un historique d'agression sexuelle, vit dans un environnement familial hautement sexualisé, ou encore ait été exposé à de la pornographie. Par le biais de ces expériences, l'enfant peut apprendre à entrer en contact avec les autres de façon sexuellement intrusive ou encore diriger son attention sexuelle envers lui-même (p. ex. : masturbation excessive).

L'attachement est vu dans son modèle comme une dimension inhérente au développement des CSP et liée à toutes les catégories/dimensions du modèle, plutôt que comme une catégorie indépendante de facteurs de risque. En ce sens, la qualité de l'attachement précoce influencera la modélisation de la coercition, les facteurs prédisposant aux troubles de comportements ainsi que le rapport perturbé à la sexualité (Friedrich, 2007). En outre, l'auteur argumente que les CSP résultent de difficultés relationnelles et prône donc l'idée que l'attachement parent-enfant se doit d'être une composante centrale de la thérapie leur étant destinée (Friedrich, 2007).

Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux (2016) ont réalisé une recension systématique des écrits sur les facteurs associés aux CSP. Dans l'optique de circonscrire ces différents

facteurs, ils ont proposé un modèle étiologique des CSP. Pour ce faire, ils ont décidé de reprendre le modèle spécifique de Friedrich, inspiré du modèle générique de Greenberg *et al.*, (1993), car ils estimaient qu'il présentait certaines limites, notamment d'accorder une importance moindre au rôle de l'attachement. Or, ils ont décidé de maintenir la dimension de Greenberg *et al.*, (1993) ayant trait à l'attachement (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016). À l'instar des modèles précédents, il est proposé que les problèmes de comportements, plus spécifiquement les CSP, résultent de l'interaction entre plusieurs facteurs de risque. Leur modèle comprend cinq grandes catégories, dont la première a trait aux facteurs individuels pouvant mener aux troubles de comportements (p. ex : traits de tempérament, caractéristiques biologiques). La deuxième et la troisième catégorie concernent respectivement les stressors pouvant nuire à la capacité des parents à prodiguer des soins adaptés à leurs enfants (p. ex : toxicomanie, faible statut socioéconomique, violence conjugale, etc.) ainsi que les pratiques parentales coercitives (p. ex : maltraitance). La quatrième catégorie du modèle a trait à la perturbation du développement psychosexuel et réfère à la possibilité que les CSP puissent être le reflet d'un développement psychosexuel perturbé résultant d'une agression sexuelle ou d'une exposition inadéquate à la sexualité (p. ex : exposition à de la pornographie, non-respect des frontières sexuelles au sein de la famille). Enfin, la cinquième catégorie s'intéresse à la qualité de l'attachement entre le parent et l'enfant et réfère au fait qu'un attachement insécure en bas âge est lié à l'émergence de plusieurs difficultés sur le plan comportemental et relationnel (p. ex : difficulté à faire confiance à autrui, problème de gestion de sa colère, etc.) (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016). Ces chercheurs argumentent que ces 5 catégories de facteurs de risque doivent être au cœur de l'évaluation et de l'intervention des jeunes présentant des CSP (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016).

1.1.5 Typologies des comportements sexuels problématiques

Les enfants présentant des CSP sont un groupe particulièrement hétérogène (Chaffin *et al.*, 2006; Elkovitch *et al.*, 2009; Friedrich, 2007; Pithers *et al.*, 1998) ce qui rend assez complexe les tentatives de les répertorier en différents sous-groupes. En ce sens, les premières typologies proposées découlaient de la pratique clinique, mais ne s'appuyaient pas sur des bases scientifiques rigoureuses (Friedrich, 2007).

C'est dans cette lignée que la typologie en trois groupes de Gil et Johnson (1993) s'inscrit. Ainsi, les enfants présentant des CSP sont répertoriés comme suit : 1) les enfants sexuellement réactifs ; 2) les enfants manifestant des comportements sexuels inappropriés ; et 3) les enfants qui présentent des comportements sexuels agressifs ou coercitifs (traduction libre). Plus précisément, les enfants dits « sexuellement réactifs » sont caractérisés par les sentiments de confusion, de peur et d'anxiété face à la sexualité qui les habitent et découlant d'évènements passés. Les comportements sexuels qu'ils manifestent ont donc pour objectif de réduire ces sentiments et n'impliquent pas l'usage de coercition ou de force. Selon les auteurs, la majorité des enfants aux prises avec des CSP se retrouverait dans ce groupe (Johnson, 2013). Les comportements sexuels inappropriés quant à eux, sont de nature mutuelle, sont plus fréquents et peuvent couvrir l'éventail des comportements sexuels généralement manifestés par les adultes (Johnson, 2013). Les enfants qui les manifestent n'entretiennent généralement pas de lien d'attachement sécurisant avec des adultes et auraient vécu dans le passé davantage d'abandons. Or, les comportements sexuels sont alors vus comme une façon de briser leur isolement et de se sentir connecté à autrui (Johnson, 2013). Enfin, le dernier groupe d'enfants, soit celui répertoriant ceux qui usent d'agressivité ou de coercition est considéré comme étant le plus problématique, notamment en raison de la fréquence des comportements sexuels et leur caractère envahissant, mais surtout, car ils usent de coercition, d'agressivité et choisissent leurs victimes en fonction de leurs vulnérabilités (Johnson, 2013). Bien qu'une minorité d'enfants correspond à ce sous-groupe, il est primordial de bien les identifier, car ils nécessitent des interventions spécialisées (Johnson, 2013).

Selon Friedrich (2007), l'étude de Pithers et ses collègues (1998) serait l'une des premières à avoir introduit une typologie d'enfants présentant des CSP se basant sur une approche empirique. Pithers *et al.* (1998) proposent d'emblée que de circonscrire les différentes catégories d'enfants ayant des CSP permet d'améliorer les évaluations de même que les interventions leur étant destinées. En ce sens, ces auteurs ont utilisé l'analyse hiérarchique par grappes (hierarchical cluster analysis) auprès d'un échantillon de 127 enfants âgés de 6 à 12 et présentant des CSP. Les variables choisies pour leurs analyses documentaient les CSP, les victimisations vécues ainsi que les difficultés concomitantes et le sexe de l'enfant. Ces données ont été recueillies par le biais d'entrevues individuelles auprès de l'enfant et son

parent visant à répertorier tout antécédent de maltraitance et/ou d'abus. Les analyses réalisées leur ont permis de conclure qu'il existait cinq groupes distincts d'enfants manifestant des CSP (Pithers *et al.*, 1998). Ainsi, les cinq profils proposés ont trait aux enfants : 1) asymptomatiques ; 2) hautement traumatisés 3) sexuellement réactifs ; 4) qui enfreint les règles ; et 5) sexuellement agressifs (traduction libre). Or, ces 5 sous-groupes se distingueraient quant aux caractéristiques des enfants qu'ils regroupent (antécédents de maltraitance, diagnostic de santé mentale, présence de problèmes extériorisés ou intériorisés, âge, sexe, etc.), mais aussi quant aux caractéristiques des CSP qu'ils manifestent (pénétration, agressivité, fréquence, nb de victimes, etc.). Ils se distingueraient également en fonction de leurs antécédents de victimisations et du soutien reçu de la part de leurs parents. Les différents sous-groupes ne répondraient pas non plus de la même façon aux interventions thérapeutiques (Pithers *et al.*, 1998). Les auteurs mettent toutefois en lumière qu'il s'agit d'un premier pas dans la création d'une typologie d'enfants manifestant des CSP, et donc des études subséquentes sont nécessaires afin de valider ses profils (Pithers *et al.*, 1998).

Hall *et al.*, (2002) ont proposé plus récemment, une autre typologie de cinq différents profils d'enfants présentant des comportements sexuels. Leur échantillon était constitué uniquement d'enfants ayant été agressés sexuellement (Hall *et al.*, 2002), mais semblerait, selon Friedrich (2007) représenter fidèlement les observations cliniques faites auprès de la population hétérogène des enfants aux prises avec des CSP. Hall et ses collègues (2002) ont sélectionné des variables ayant trait aux principaux domaines de fonctionnement des enfants et de leur famille et les ont regroupés en 12 catégories (p. ex : relation parent-enfant, comportements de l'enfant, CSP, historique de maltraitance de l'enfant) pour par la suite les inclure dans des analyses hiérarchiques par grappes (hierarchical cluster analysis). Ces analyses ont été réalisées sur un échantillon de 100 enfants âgés entre 3 et 7 ans. Cinq catégories de comportements sexuels ont émergé : 1) attendus sur le plan développemental ; 2) non planifiés et interpersonnels ; 3) dirigés vers soi ; 4) planifiés et non coercitifs ; et 5) planifiés et coercitifs (Traduction libre). Outre le premier profil, chaque groupe présenterait un certain niveau de CSP. Dans leur étude, les chercheurs argumentent que les caractéristiques de l'agression sexuelle de l'enfant, les opportunités d'apprentissage de CSP, de même que les caractéristiques familiales sont les principaux éléments permettant de distinguer les différents

sous-groupes d'enfants aux prises avec des CSP (Hall *et al.*, 2002). Enfin, bien que cette recherche représente un pas de plus vers la compréhension du développement des CSP chez les enfants, en s'attardant uniquement aux enfants ayant été victimes d'AS, elle ne permet pas de couvrir le large éventail que cette population représente. En outre, en dépit du fait qu'il semble possible de considérer qu'il existe différents sous-groupes d'enfants ayant des CSP, les profils qui ont été proposés doivent être validés afin d'être en mesure d'affirmer qu'ils sont bel et bien représentatifs de la grande hétérogénéité de ces enfants.

1.2 Importance d'évaluer l'enfant dans sa globalité

1.2.1 Difficultés concomitantes

Les résultats des études ont démontré que les enfants présentant des CSP sont plus prompts à manifester divers problèmes sur le plan comportemental (Allen, 2017; Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016 ; Bonner *et al.*, 1999 ; Elkovitch *et al.*, 2009 ; Gray, Pithers *et al.*, 1999; Lepage *et al.*, 2010). L'étude de Tarren-Sweeny (2008) illustre d'ailleurs que presque l'entièreté de son échantillon d'enfants ayant des CSP présentait des problèmes sur le plan émotionnel et comportemental jugés cliniques. De même, les résultats de Gray et ses collègues (1999) révèlent que près de 96% de leur échantillon d'enfants manifestant des CSP avait reçu un diagnostic pour au moins un trouble psychiatrique. Plus précisément, selon la recension systématique des facteurs associés aux CSP de Boisvert *et al.* (2016), il semblerait que les enfants aux prises avec des CSP présenteraient, entre autres, plus de problèmes extériorisés (délinquance et agressivité) et intériorisés (anxiété et dépression) que les enfants n'ayant pas de CSP. Cette recension systématique met également en lumière que la majorité des études retenues révélaient que les enfants manifestant des CSP vivaient davantage de symptômes de stress post-traumatique et de difficultés sur le plan social, notamment quant à la gestion de leur colère (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016). Des troubles d'attention et d'hyperactivité (Allen, 2017 ; Bonner *et al.*, 1999; Gray *et al.*, 1999) ont également été associés à la présence de CSP. En outre, les enfants manifestant des CSP rapporteraient davantage de difficultés dans diverses sphères de leur vie, notamment avec leur famille et amis, à l'école et dans leurs activités (Bonner *et al.*, 1999).

Considérant la forte association entre les CSP et les troubles de comportements, Lepage et ses collègues (2010) se sont questionnés à savoir si d'une part, les CSP pourraient s'inscrire dans la catégorie plus large des troubles de comportements et d'autre part, si les CSP pourraient être propres aux enfants ayant été victimes d'AS, mais présentant d'emblée des troubles de comportements. En ce sens, Friedrich et Luecke (1988) ont avancé que les pratiques parentales et plus largement, l'environnement familial dans lequel gravitent ces enfants, font en sorte que l'émergence de troubles de comportements est une finalité prévisible. Or l'agression sexuelle amènerait « une composante sexuelle » à cette agressivité déjà en voie de développement (Friedrich et Luecke, 1988; Lepage *et al.*, 2010). D'autres chercheurs ont également émis l'hypothèse que les CSP fassent partie de l'éventail des problèmes extériorisés, notamment en raison de leurs similitudes tant sur le plan de leurs implications (désinhibition du comportement, violation des règles sociales, etc.), que des facteurs menant à leur émergence et leur maintien (Silvosky *et al.*, 2007), mais cette proposition ne fait pas l'unanimité au sein des chercheurs (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016).

Certains auteurs vont plutôt mettre en lumière les différences entre les CSP et les problèmes extériorisés (Lévesque, Bigras et Pauzé, 2010; Vizard, 2006). Vizard (2006) a d'ailleurs proposé d'inclure une nouvelle catégorie regroupant les enfants présentant des CSP dans le DSM afin d'être en mesure de les diagnostiquer adéquatement à l'aide de critères préétablis. De plus, dans leur étude, Lévesque et ses collègues (2010) soutiennent que bien qu'il y ait souvent chevauchement entre la présence de CSP et de problèmes extériorisés, ils divergeraient quant à leurs prédicteurs. En effet, les résultats de leur étude démontrent que les enfants manifestant des CSP seraient significativement plus jeunes et vivraient davantage dans des environnements familiaux sexualisés, mais seraient moins susceptibles de subir de la négligence parentale que les enfants manifestant des problèmes extériorisés (Lévesque *et al.*, 2010). De surcroît, il semblerait que les enfants avec des troubles de comportements extériorisés seraient plus prompts à agir sexuellement seulement en bas âge et lorsqu'ils vivraient dans un environnement familial sexualisé (Lévesque *et al.*, 2010). Ainsi, il apparaît qu'en l'absence de ces deux facteurs, les enfants présentant des problèmes extériorisés ne se comporteraient pas de façon sexuelle. Or, tel que mentionné précédemment, ces deux facteurs (jeune âge et le fait de vivre dans un environnement familial sexualisé) sont caractéristiques

des enfants présentant des CSP (Lévesque *et al.*, 2010). Qui plus est, l'étude de Dufour, Tougas, Tourigny, Paquette et Hélie (2017) portant sur le profil psychosocial d'enfants présentant des CSP dans les services québécois de protection de l'enfance suggère qu'il y aurait différents sous-groupes d'enfants avec des CSP. Tel que proposé préalablement par Pithers et ses collègues (1998), l'un de ces sous-groupes se caractériserait davantage par la présence de problèmes extériorisés, alors qu'un autre regrouperait davantage les enfants ayant des problèmes intériorisés (Dufour *et al.*, 2017). À la lumière de ces informations, il semble possible d'envisager que pour certains enfants, les CSP sont une expression de leurs problèmes extériorisés qui se manifestent de façon sexuelle, alors que pour d'autres, il s'agit davantage d'un problème d'ordre sexuel qui se développe.

1.2.1.1 Impact d'un placement

Un autre point important à considérer est le fait que les enfants manifestant des CSP sont souvent retirés de leur domicile en raison de leurs comportements problématiques, ou encore doivent changer de famille d'accueil ou de foyer de groupe (Elkovitch *et al.*, 2009). Toutefois, Vanderfaeillie, Van Holen, Vanschoonlant, Robberrechts et Stroobants (2013) argumentent que le placement en famille d'accueil peut en soi être vécu de façon traumatique par l'enfant, notamment car il se voit soudainement séparer de ses principales figures d'attachement, ce qui peut par le fait même jouer un rôle considérable dans l'émergence de problèmes de comportements. L'étude longitudinale de ces auteurs révèle d'ailleurs qu'après une période de deux ans, les problèmes de comportements de la grande majorité de leur échantillon d'enfants placés en famille d'accueil augmentaient (37%) ou demeuraient stables (47%), alors qu'ils diminuaient seulement chez une minorité d'entre eux (16%) (Vanderfaeillie *et al.*, 2013). De plus, la littérature scientifique indique que plusieurs changements dans les placements seraient associés à la persistance de problèmes intériorisés et extériorisés (Elkovitch *et al.*, 2009; Newton, Litrownik, Landsverk, 2000), ce qui n'est définitivement pas souhaitable chez cette clientèle déjà à risque. Plus précisément, Newton et al., (2000) se sont intéressés à la relation entre les problèmes de comportements et le nombre de placements chez les enfants en famille d'accueil et ont démontré que les problèmes extériorisés initiaux (déjà présent à l'arrivée dans la situation de placement) sont le meilleur prédicteur des changements de placement. Or, de nombreux changements de placement

auraient un impact négatif même sur les enfants qui ne présentaient à la base pas de problèmes de comportements et contribuerait significativement au développement de problèmes extériorisés, mais aussi intériorisés (Newton *et al.*, 2000).

1.2.2 Stratégies d'adaptation

Le concept de stratégies d'adaptation a été défini par Lazarus et Folkman en 1984 et a ensuite été traduit par Paulhan (1992) comme étant « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (Paulhan, 1992, p. 545; Tourigny, 2009, p. 27). Dans leur livre, Gil et Shaw (2013) expliquent que les victimes d'agression sexuelle peuvent manifester des comportements sexualisés dans le but de faire front à cette agression en inversant les rôles, laissant alors de côté la passivité et l'impuissance associées à la victimisation. Dans cette lignée, Johnson (2013) explique que lorsqu'il y a fréquemment violation des frontières émotionnelles et physiques de l'enfant, un « sentiment inconscient de détresse » peut émerger. Cette détresse peut alors se traduire par une hausse de comportements sexualisés. Or, submergés par une exposition inappropriée à la sexualité adulte, ces enfants peuvent se voir développer des comportements sexuels dans le but de diminuer les sentiments négatifs qui y sont associés (Johnson, 2013). En outre, ces enfants qui sont dans des périodes développementales vulnérables auraient vécu différents événements pouvant parfois être qualifiés de victimisations qui les auraient influencés à développer des CSP comme stratégie d'adaptation inadaptée afin de faire face à leur détresse (Gil et Shaw, 2013 ; Johnson, 2014). Bien que les actes que ces enfants commettent sont répréhensibles, il faut prendre en compte que ces enfants ne vivent généralement pas d'excitation sexuelle et ne sont donc pas guidés par les mêmes motifs que les adultes (Johnson, 2014). De ce fait, il est proposé que la majorité de ces enfants n'agissent pas ainsi par quête de pouvoir et de contrôle, mais plutôt pour extérioriser les sentiments de colère et de douleur qui les habitent (Johnson, 2014). Par ailleurs, les enfants n'ont pas toujours la capacité de comprendre et d'utiliser des stratégies d'adaptation cognitives adéquates et c'est pourquoi ils ont peut-être usé dans le passé et peuvent même continuer d'utiliser des stratégies comportementales comme se toucher les parties intimes ou toucher celles des autres pour se procurer du plaisir ou un sentiment de détente afin de faire face à la détresse qui les habite (Gil et Shaw, 2013). De ce fait, il est

souhaitable que les adultes qui interviennent auprès de ces enfants les aident en leur proposant des stratégies d'adaptation tangibles et simplifiées, qui sont par le fait même plus adaptées à leur âge et leur stade développemental (Gil et Shaw, 2013).

1.2.3 Recommandations cliniques en matière d'évaluations

Johnson s'est intéressée étroitement aux évaluations et aux interventions destinées aux enfants manifestant des CSP. Elle a d'ailleurs proposé vingt caractéristiques permettant d'identifier les CSP (p. ex : impliquent des enfants d'âge ou de statut développemental différent ; les comportements occupent une proportion importante de la vie et des intérêts de l'enfant ; des sentiments de peur, d'anxiété, de honte et de culpabilité vont de pair avec les comportements sexuels) et pouvant par le fait même être utilisés afin de faciliter leur évaluation (Johnson, 2013). Ainsi, ces travaux ont permis de fournir certaines balises lors des évaluations cliniques afin de mieux distinguer les comportements sexuels sains, de ceux pouvant soulever certaines préoccupations, mais surtout de ceux considérés comme problématiques (Johnson, 2013). Plusieurs recommandations en matière d'évaluations cliniques, émises par différents chercheurs et experts dans le domaine, sont également mises de l'avant dans la présente section de ce mémoire.

D'abord, le groupe de travail de l'ATSA a proposé en 2006 qu'une évaluation individuelle doive être au cœur du processus décisionnel en matière d'intervention. Dans cette optique, l'évaluation se doit d'être propre à chaque enfant présentant des CSP afin que leurs besoins soient bien ciblés (Chaffin *et al.*, 2006). De plus, considérant que les enfants aux prises avec des CSP ont, dans plusieurs cas, des antécédents d'abus et/ou ont vécu certains traumatismes, les auteurs soulignent l'importance d'évaluer s'il y a présence de difficultés concomitantes (Chaffin *et al.*, 2006; Friedrich, 2007). Par conséquent, recueillir l'information nécessaire auprès de différentes sources, comme le professeur les parents ou la fratrie, peut s'avérer bénéfique et fournir un portrait plus complet de l'enfant (Gagnon et Tourigny, 2011; Allen, 2017). Or, il peut parfois apparaître que des problèmes autres que les CSP sont plus urgents à traiter, notamment les conséquences découlant d'une agression sexuelle ou physique (Gagnon et Tourigny, 2011). Les chercheurs soulignent donc la nécessité d'évaluer aussi le

fonctionnement psychologique et comportemental de ces enfants en plus de leurs CSP afin de bien cibler leurs besoins (Chaffin *et al.*, 2006; Gagnon et Tourigny, 2011).

Il est également pertinent d'avoir un portrait global des CSP dont il est question, plus précisément connaître le moment où ils ont débuté, leur fréquence ainsi que leur évolution (Chaffin *et al.*, 2006). D'ailleurs, il est primordial que l'évaluation permette de déterminer envers qui ces comportements sont dirigés, s'ils sont agressifs ou coercitifs ainsi que de savoir s'ils avaient été préalablement calculés (Chaffin *et al.*, 2006). Chaffin et ses collègues (2006) suggèrent également qu'il faut identifier le contexte dans lequel les CSP prennent place ainsi que mettre l'emphase sur les facteurs contribuant à leur persistance plutôt que sur les causes passées ayant mené à leur émergence. Ils soulignent qu'il faut faire preuve de sensibilité auprès des enfants lors des entrevues et qu'obtenir une confession n'est pas ce qui est recherché (Chaffin *et al.*, 2006).

Aussi, l'utilisation de questionnaires standardisés peut aider à recueillir des informations clés, mais aussi permettre d'éclairer les parents sur les comportements problématiques de leur enfant ainsi que de mieux saisir leur progression (Chaffin *et al.*, 2006; Friedrich, 2007). Comme il a été démontré que les agressions sexuelles sont liées au développement de CSP, les évaluations doivent en tenir compte, mais il ne doit toutefois jamais être pris pour acquis que pareille agression a eu lieu (Chaffin *et al.*, 2006). Dans cette même lignée, une attention particulière doit être accordée à la place de la sexualité au sein de la famille, notamment envers la notion du respect de l'intimité et des frontières interpersonnelles (Friedrich, 2007). Enfin, Chaffin et ses collègues (2006) mettent en lumière l'importance que l'intérêt et le bien-être de l'enfant soient au cœur de l'évaluation et du processus décisionnel ayant trait aux interventions.

Boisvert et ses collègues (2016) ont d'ailleurs proposé plus récemment que la méthode d'évaluation suive la même logique, les mêmes composantes que les modèles étiologiques des CSP (préalablement présentés dans ce mémoire à la page 9). Ainsi, l'évaluation devrait tenir compte des comportements individuels des enfants, des différentes situations d'adversité auxquels font face ces familles, des pratiques parentales, du développement psychosexuel de l'enfant, de même que de la relation d'attachement parent-enfant (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016).

1.3 Les différentes interventions thérapeutiques et de prise en charge

L'hétérogénéité des profils d'enfants manifestant des CSP suggèrent qu'ils doivent bénéficier d'une intervention individualisée (Chaffin *et al.*, 2006 ; Elkovitch *et al.*, 2009 ; Gagnon et Tourigny, 2011). De même, comme la littérature scientifique propose que ces enfants sont particulièrement vulnérables et font face à un large éventail de problématiques (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016 ; Chaffin *et al.*, 2006; Elkovitch *et al.*, 2009; Lepage et al., 2008), il est primordial que la psychothérapie leur étant destinée cible plusieurs éléments (p. ex : troubles intériorisés et extériorisés, stratégies d'adaptation) et soit implanté le plus tôt possible (Gagnon *et al.*, 2004; Silvosky *et al.*, 2007; St-Amand *et al.*, 2011). En ce sens, différentes interventions ont été développées au cours des dernières années afin de répondre aux besoins de ces enfants. C'est donc dans cette lignée que s'inscrit la méta-analyse de St-Amand et ses collègues (2011), visant entre autres, à faire le point sur les connaissances en matière d'intervention pour cette clientèle spécifique. Ces auteurs proposent d'emblée que les interventions peuvent avoir deux principales orientations : elles peuvent soit viser spécifiquement les CSP ou encore, viser les conséquences de l'agression sexuelle, dont l'émergence des CSP (St-Amand *et al.*, 2011). Toutefois, Chaffin (2008) argumente aussi que ces jeunes pourraient bénéficier davantage de programmes plus généraux visant plus largement les troubles de comportements, plutôt que des programmes ciblant directement les CSP. Cette suggestion s'explique notamment par le fait qu'il y a souvent cooccurrence de plusieurs problématiques, mais aussi parce que ces programmes ont été davantage validés empiriquement (Chaffin, 2008). Par ailleurs, les interventions préconisées peuvent adhérer à différentes approches théoriques (p. ex : comportementale, systémique, ciblée sur le trauma, cognitive) et peuvent se faire soit en groupe, de façon individuelle ou alors, en combinant ces deux modalités (St-Amand *et al.*, 2011).

Il est également pertinent de souligner que certaines interventions comprendraient des composantes de programmes ayant initialement été développés pour les agresseurs sexuels adultes ou adolescents et ne seraient pas appuyées par la littérature scientifique (Chaffin, 2008 ; Chaffin *et al.*, 2006; St-Amand *et al.*, 2011). En effet, les interventions qui mettent

l'emphase sur le fait de prévenir la récidive, fournir des informations sur le cycle d'agression et reconditionner le stimulus excitant ne démontrent pas d'effets significatifs sur la réduction des CSP (St-Amand *et al.*, 2008). De ce fait, il apparaît que l'inclusion de certains éléments propres aux traitements pour adultes pourrait même nuire aux enfants (Chaffin, 2008). Qui plus est, les distorsions cognitives sont souvent au cœur des programmes d'interventions pour agresseurs sexuels adultes, toutefois, les enfants en bas âges ont un raisonnement qui limite leur capacité de prendre pleinement conscience de certains éléments, dont les distorsions (Chaffin *et al.*, 2006). Les enfants ont également une capacité d'attention de courte durée et peuvent difficilement exercer un contrôle sur leurs impulsions, ce qui les différencie encore une fois des adolescents et des adultes (Chaffin *et al.*, 2006). Chaffin (2008) argumente d'ailleurs que les traitements de ces jeunes ne répondent pas à leurs besoins et sont plutôt fondés sur de fausses suppositions.

Dans une autre lignée, il semblerait que les programmes d'intervention offerts aux enfants aux prises avec des CSP et aux enfants ayant été victimes d'agressions sexuelles partagent plusieurs objectifs (Boisvert, Tourigny, Lanctôt, Gagnon *et al.*, 2016). De ce fait, ils mettent tous deux l'emphase sur les frontières personnelles et la prévention des agressions sexuelles, la capacité de gérer adéquatement ses émotions et de se protéger, ainsi que l'enseignement de certaines techniques de relaxation et de connaissances en matière de sexualité (Boisvert, Tourigny, Lanctôt, Gagnon *et al.*, 2016; St-Amand *et al.*, 2008). Or, Boisvert et ses collègues (2015) ont établi des profils psychosociaux par analyse de classes latentes dans le but de déterminer si les enfants aux prises avec des CSP et les enfants ayant été victimes d'agression sexuelle avaient des profils semblables et dans quelle proportion. Ils en sont donc venus à créer 3 différents profils « [...] soit les enfants résilients, les enfants impliqués dans un cycle intergénérationnel de maltraitance et les enfants au fonctionnement grandement perturbé » (Boisvert, Tourigny, Lanctôt, Gagnon *et al.*, 2016, p.3). Leurs résultats leur ont permis d'observer qu'aucun profil n'était plus présent chez les enfants avec des CSP que chez les enfants ayant été victime d'agression sexuelle. Ils ont alors proposé que le choix de l'intervention thérapeutique puisse se baser sur l'appartenance à un certain profil psychosocial plutôt que sur le fait d'avoir vécu une agression sexuelle ou de présenter des CSP. Ces similitudes amènent donc à se questionner à savoir si ces deux clientèles pourraient

bénéficier des mêmes interventions thérapeutiques en raison notamment de caractéristiques et de besoins homologues (Boisvert, Tourigny, Lanctôt, Gagnon *et al.*, 2016).

Les dernières études s'intéressant aux interventions thérapeutiques des CSP semblent unanimes quant à trois composantes clés de l'intervention (Gil et Shaw, 2013). Dans un premier temps, elles soulignent l'importance d'inclure si nécessaire, une composante se concentrant sur le trauma. Dans un deuxième temps, elles mettent en lumière la nécessité que les parents/pourvoyeurs de soins participent de manière active à la thérapie, notamment parce que leur implication est le facteur le plus déterminant dans la réduction des CSP (Chaffin *et al.*, 2006 ; Gil et Shaw, 2013 ; St-Amand *et al.*, 2008; Tougas *et al.*, 2016 ; Tremblay et Bégin, 2008). D'ailleurs, les experts soulignent que le fait d'impliquer les parents en leur enseignant des habiletés parentales notamment quant à la gestion des comportements est l'élément le plus efficace et validé en ce qui a trait aux problèmes de comportements des jeunes (Chaffin, 2008 ; St-Amand *et al.*, 2011). Enfin, les études s'entendent pour inclure un volet psychoéducatif à la thérapie ainsi qu'adhérer à une approche cognitive comportementale centrée sur le contrôle des CSP (Chaffin *et al.*, 2006; Gil et Shaw, 2013).

Enfin, Chaffin (2008), souligne que c'est une fausse croyance que de présumer que les enfants qui présentent des CSP nécessitent de longues interventions ciblées en raison du caractère persistant et difficilement altérable de ces comportements. De ce fait, il rapporte que des thérapies de courte durée, soit de 12 sessions, permettraient des résultats significatifs et qu'ajouter des sessions serait peu concluant. Il semblerait même que les CSP diminueraient d'emblée au fil du temps, mais que l'intervention thérapeutique permettrait une accélération de leur réduction (Chaffin, 2008 ; Sylvosky, Niec, Bard et Hetch, 2007). Aussi, en gardant en tête la variance au niveau de la sévérité des comportements, ce serait chez les enfants ayant des CSP plus importants qu'il serait possible d'observer une diminution plus aiguë de ces comportements (Chaffin, 2008 ; Silvosky *et al.*, 2007).

À la lumière des connaissances actuelles, le besoin d'interventions efficaces en matière de CSP est non négligeable et nécessite donc des recherches qui évaluent de manière systématique leur efficacité et les diverses conditions dans lesquelles elles ont été implantées

afin de s'assurer qu'elles puissent être transposables à d'autres situations (Gagnon et Tourigny, 2011; Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005).

1.3.1 La thérapie cognitive comportementale (TCC)

En se basant sur la littérature scientifique, la thérapie cognitive comportementale semble être la plus indiquée pour les enfants présentant des CSP (Carpentier *et al.*, 2006; Chaffin *et al.*, 2006 ; St-Amand *et al.*, 2011), sauf parfois en cas de difficultés concomitantes sévères (Chaffin *et al.*, 2006). Dans cette optique, Chaffin et ses collègues ont répertorié les composantes communes des différentes TCC ayant fait l'objet d'une évaluation (Chaffin *et al.*, 2006). D'abord, il est question d'un volet portant sur l'identification et la reconnaissance des CSP, qui vont de pair avec des excuses. Ensuite, le jeune doit apprendre des règles en lien avec les frontières et la sexualité ainsi que les mettre en pratique. Il apprend également différentes stratégies d'adaptation. Enfin, il y a des volets portant sur l'éducation à la sexualité, les habiletés sociales ainsi que les habiletés de protection de soi (Chaffin *et al.*, 2006).

De plus, comme l'implication des parents ressort de la littérature scientifique comme étant un élément clé dans la réussite de l'intervention thérapeutique (St-Amand *et al.*, 2011) les thérapies de l'approche cognitive comportementale ont un volet destiné à ceux-ci (Chaffin *et al.*, 2006 ; Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005 ; Pithers *et al.*, 1998 ; Pithers et Gray, 1998; Bonner *et al.*, 1999). De ce fait, les composantes pour les parents impliquent la mise en place d'un plan de sécurité assurant la supervision de leurs enfants et la communication entre les différentes figures d'autorité du jeune. Ce plan doit prendre en compte les avancés de l'enfant et évoluer au fil du temps (Chaffin *et al.*, 2006). Les auteurs soulignent que les parents doivent aussi apprendre à distinguer les comportements sexuels sains, des problématiques, de même que comprendre les différents facteurs qui peuvent mener à l'émergence et à la persistance des CSP. Ils mentionnent également l'importance d'apprendre différentes stratégies permettant d'aider leur enfant à avoir une sexualité saine, d'être en mesure d'en parler avec eux et pouvoir les encourager à s'entourer de pairs adéquats. Enfin, les parents doivent apprendre à développer une relation d'attachement saine avec leur enfant, leur permettant ainsi de les aider avec leurs CSP ainsi qu'avec leurs nouveaux acquis, tout en entretenant des contacts

physiques adéquats (Chaffin *et al.*, 2006). Par ailleurs, c'est l'enseignement d'habiletés parentales visant à mieux gérer les comportements de leurs enfants, par le biais, entre autres, de renforcement positif, qui semblerait avoir les effets les plus significatifs sur la diminution des CSP (St-Amand *et al.*, 2011).

1.4 Les études évaluant les interventions thérapeutiques

Peu d'études ont cherché à évaluer l'efficacité de programmes d'intervention destinés aux enfants manifestant des CSP, particulièrement au Québec. Par contre, quelques recherches faites aux États-Unis ont permis de comparer l'impact de différentes interventions thérapeutiques auprès de ces jeunes (Bonner *et al.*, 1999; Pithers et Gray, 1998; Pithers *et al.*, 1998; Silvosky *et al.*, 2007).

Premièrement, les recherches de Pithers et ses collègues ont été menées auprès d'enfants participant à une thérapie expressive ou à une thérapie de groupe d'approche cognitive comportementale (Pithers et Gray, 1998 ; Pithers *et al.*, 1998). La thérapie expressive visait principalement la prévention de la rechute par le biais de supervision assurée par une équipe composée entre autres, de l'enfant, des figures parentales et des intervenants assignés à la thérapie. La TCC comprenait quant à elle des composantes ayant trait à l'affirmation et l'estime de soi, la prise de décisions, une sexualité « positive » et des habiletés relationnelles (Pithers *et al.*, 1998). L'échantillon était composé de 127 enfants entre 6 et 12 ans, présentant des CSP et accompagnés d'un parent. Chaque dyade se voyait attribuer de façon aléatoire une des deux thérapies proposées d'une durée de 32 semaines. Les résultats descriptifs de ces deux études rapportaient que sur l'échantillon initial total, 109 avaient été victimes d'agressions sexuelles, alors que 55 avaient été victimes d'agressions physiques et 49 avaient vécu de façon conjointe ses deux formes d'agressions. De plus, ils avaient en moyenne initié leurs premiers CSP à l'âge de 7 ans et le nombre d'enfants impliqués était proportionnel au nombre d'individus les ayant sexuellement agressés. Aussi, chaque enfant avait reçu minimalement un diagnostic psychiatrique. La présence de détresse et d'instabilité au sein de la famille, des faibles revenus annuels ainsi qu'une relation d'attachement parent-enfant altérée ressortaient également de leurs résultats. Enfin, une diminution significative des scores

obtenus au *Child Sexual Behavior Inventory* a été notée après 16 semaines d'adhésion à la thérapie, soit à la moitié de la totalité de l'intervention (Pithers et Gray, 1998 ; Pithers *et al.*, 1998). Par ailleurs, les auteurs ont noté que les enfants ayant été identifiés comme hautement traumatisés (selon leur typologie de 5 profils d'enfants aux prises avec des CSP, voir p.14) bénéficiaient davantage de la TCC. Ils soutiennent alors qu'il pourrait être bénéfique de prendre en compte le profil de l'enfant lors du choix de la thérapie afin de maximiser ses retombées (Pithers *et al.*, 1998). Les résultats après avoir complété l'entièreté de l'intervention n'ont toutefois pas été révélés (St-Amand *et al.*, 2011), ce qui amène à se questionner quant à l'efficacité réelle de la totalité de l'intervention thérapeutique et représente donc une limitation de cette étude.

Deuxièmement, l'étude de Bonner et ses collègues a évalué les effets de deux thérapies destinées à 110 enfants aux prises avec des CSP (Bonner *et al.*, 1999). Les auteurs ont comparé d'une part une thérapie de groupe structurée suivant l'approche cognitive comportementale et d'autre part, une thérapie psychodynamique de groupe. Encore une fois, les enfants de l'échantillon avaient entre 6 et 12 ans et étaient accompagnés de leur parent. Les auteurs ont ajouté un groupe de comparaison à leur étude, composé d'enfants du même âge, mais ne présentant pas de CSP afin de documenter les caractéristiques propres aux enfants manifestant des CSP. Les deux thérapies comprenaient respectivement 12 rencontres d'une durée d'une heure. Des résultats semblables ont été rapportés à la suite des deux thérapies, suggérant qu'aucune d'elle n'était significativement meilleure que l'autre (Bonner *et al.*, 1999). En effet, les deux groupes présentaient moins de CSP au post-test, mais aussi, deux ans plus tard. Les résultats ont également révélé qu'il y avait des améliorations à la suite des deux thérapies en ce qui a trait aux compétences sociales de l'enfant, de même qu'il y avait une diminution des problèmes d'ordre comportemental et affectif. Toutefois, il importe de souligner que seulement 63% de l'échantillon a complété la thérapie, mais que ceux l'ayant complété ne différaient pas de ceux ne l'ayant pas complété sur le plan des données sociodémographiques et des scores obtenus aux évaluations. Les parents ayant déjà bénéficié de services en santé mentale étaient quant à eux plus susceptibles de ne pas compléter la thérapie. De plus, les analyses descriptives effectuées avec le groupe de comparaison ont indiqué que les enfants manifestant des CSP étaient significativement plus jeunes, d'origine

caucasienne, de sexe masculin, avec un historique d'agression sexuelle, avaient davantage de problèmes de comportements à l'école et avaient été plus souvent témoins de comportements sexuels que les enfants sans CSP. Aussi, les enfants avec des CSP vivaient davantage dans des familles où les parents s'étaient divorcés et/ou un proche était décédé que les enfants du groupe de comparaison (Bonner *et al.*, 1999). Enfin, cette étude présente quelques limites considérables. Elle comporte entre autres un taux d'attrition important avec un échantillon potentiel initial de 147 dyades, mais où seulement 110 ont choisi de prendre part à la thérapie et 69 ont complété au moins 9 rencontres sur 12. D'ailleurs, il n'y a que 25 dyades qui ont accepté de participer au suivi qui avait lieu un an plus tard et 20 à celui de deux ans. Dans cette lignée, les auteurs mentionnent des difficultés sur le plan du recrutement, de même que pour obtenir de l'information par rapport à l'enfant. Cette dernière limite s'explique par le fait que plusieurs des enfants n'étaient pas accompagnés de leurs parents biologiques lors des entrevues, ce qui limitait les informations fournies en lien avec les antécédents comportementaux, développement et académique de l'enfant (Bonner *et al.*, 1999). Aussi, peu d'enfants ayant été victimes d'une agression sexuelle avaient fait l'objet d'une investigation policière, ce qui, encore une fois, limitait les informations obtenues en lien avec l'évènement. L'absence de groupe témoin et le manque d'instruments de mesure standardisés pour mesurer les CSP de l'enfant sont également ressortis comme des limites inhérentes à l'étude (Bonner *et al.*, 1999).

L'étude de Carpentier et ses collègues (2006) s'est intéressée à ce même échantillon d'enfants, mais 10 ans plus tard. À notre connaissance, il s'agit actuellement de la seule étude longitudinale qui a cherché à voir les effets d'une intervention thérapeutique spécifiquement conçue pour cette clientèle (Carpentier *et al.*, 2006). Leurs résultats démontrent que les enfants qui avaient suivi la thérapie d'approche cognitive comportementale avaient significativement moins de risque de commettre une agression à caractère sexuel que les enfants qui avaient participé à la thérapie psychodynamique. D'ailleurs, ils n'avaient pas plus de risque de s'engager dans de tels comportements que les enfants du groupe de comparaison issu d'une population clinique, mais ne présentant pas de CSP. Or, les auteurs s'opposent à la supposition que les CSP sont difficiles à enrayer et par le fait même que ces enfants risquent fortement de devenir des agresseurs sexuels à l'adolescence de même qu'à l'âge adulte (Carpentier *et al.*, 2006).

Troisièmement, Silvosky et ses collègues ont évalué plus récemment, une intervention thérapeutique de groupe d'approche cognitive comportementale, comprenant un volet psychoéducatif (Silvosky *et al.*, 2007). L'intervention a été conçue pour des jeunes d'âge préscolaire et était d'une durée de 12 semaines. Par ailleurs, leur étude visant à évaluer l'effet de la thérapie à l'avantage d'avoir pris une mesure supplémentaire au moment de la demande de services (St-Amand *et al.*, 2011). Ainsi, outre le fait qu'elle n'a pas de groupe témoin, elle fournit davantage d'information sur l'évolution des enfants y participant que les études précédentes utilisant plutôt un devis pré-expérimental (St-Amand *et al.*, 2011). Cette thérapie impliquait activement les parents et cherchait à modifier non seulement les comportements et les cognitions de leurs enfants, mais aussi les leurs. Dans les 85 familles de l'échantillon initial, seulement 31 ont complété le post-test. Les résultats ont démontré une diminution significative linéaire des CSP en fonction du nombre de rencontres suivies. De plus, le sexe et l'âge ont agi comme variables modératrices dans la réduction des CSP. Or, des résultats plus positifs ont été constatés pour les filles plus âgées de l'échantillon. Par ailleurs, bien qu'une réduction des CSP ait été notée à la suite de l'intervention, il semblerait que le passage du temps permettait d'emblée une diminution de ces comportements. À l'instar des autres études évaluatives, cette recherche ne comporte pas de groupe témoin et présente un taux d'attrition relativement élevé, limitant par le fait même la taille de l'échantillon (Silvosky *et al.*, 2007).

D'autres interventions d'approche cognitive comportementale ayant une composante visant la diminution des CSP ont fait l'objet d'une évaluation et ont démontré des effets positifs (Cohen et Mannarino, 1996; Silvosky *et al.*, 2007; St-Amand *et al.*, 2011; Stauffet et Deblinger, 1996). Toutefois, comme ces interventions étaient destinées à un échantillon d'enfants ayant été agressé sexuellement, les études les ayant évalués ne sont pas présentées en détail dans ce mémoire. Il va d'ailleurs de soi que ces interventions ne sont pas recommandées pour les enfants n'ayant jamais vécu d'agression sexuelle (Silvosky *et al.*, 2007).

Il existe, à notre connaissance, un seul programme d'intervention au Québec pour les jeunes présentant des CSP ayant été évalués et ayant fait l'objet d'une publication scientifique

(Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005; Tremblay et Bégin, 2008). En effet, Gagnon, Tremblay et Bégin (2005) se sont intéressées à l'impact de l'intervention de groupe d'approche cognitive comportementale « À la croisée des chemins » offerte parallèlement aux parents et aux enfants pendant 23 sessions d'une heure trente chacune. Les enfants étaient séparés en différents groupes en fonction de leur sexe et de leur âge : garçons de 6 à 9 ans; garçons de 10 à 12 ans; filles de 6 à 9 ans; filles de 10 à 12 ans. De façon générale, l'intervention avait pour but de réduire les CSP par le biais de l'apprentissage d'habiletés personnelles, sociales et familiales plus optimales, mais aussi par une meilleure compréhension des CSP (Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005). L'échantillon initial était composé de 43 enfants et un faible taux d'attrition a été observé chez les enfants participant à l'intervention thérapeutique (10,9%). Les auteurs expliquent d'ailleurs le haut taux de complétion de la thérapie par le fait que presque l'entièreté de leur échantillon vivait en situation de placement et avait donc accès à un moyen de transport pour chacune de leur rencontre. L'étude utilisait un devis à deux temps de mesure, soit avant et après l'intervention et à groupe unique, c'est-à-dire sans groupe témoin (Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005). Les résultats ont mis en lumière les différents problèmes auxquels sont confrontés ces enfants dans leur milieu familial, tant sur le plan économique que de la santé mentale ou des troubles de consommation. De plus, les résultats démontrent les situations d'abus dont ont été victimes les parents ainsi que les lacunes dans leurs habiletés parentales. À la lumière de ces différents constats, les auteurs confirment l'importance d'impliquer activement les parents dans l'intervention afin de créer un environnement sécuritaire pour aborder la question des CSP, consolider la relation d'attachement avec le parent et les outiller quant à leurs habiletés parentales. Leur implication tendrait également à sensibiliser les parents au rôle qu'ils peuvent jouer pour aider leur enfant à généraliser ses apprentissages en dehors du contexte thérapeutique (Tremblay et Bégin, 2008). De plus, pour ce qui est des enfants, leur étude conclut que les filles manifestaient davantage de comportements sexuels que les garçons, bien qu'une diminution significative de ces comportements ait été observée à la suite de l'intervention. Aussi, les enfants entre 6 et 9 ans présentaient davantage de symptômes de colère et de dépression ainsi que de préoccupations sexuelles que les enfants entre 10 et 12 ans. Toutefois, les préoccupations sexuelles diminuaient à la suite de l'intervention. Par ailleurs, plus de comportements d'affirmation de soi et un meilleur contrôle de soi étaient rapportés par les enfants ayant participé au

programme « À la croisée des chemins » (Tremblay et Bégin, 2008). En outre, les enfants présentaient significativement moins de CSP et de troubles intériorisés à la suite de l'intervention et rapportaient de meilleures habiletés sociales. Par contre, il semblerait qu'aucune amélioration significative n'ait été notée en ce qui avait trait aux troubles extériorisés. En somme, comme le soulignent ces auteurs, cette étude présente certaines limites considérables, notamment l'absence d'un groupe témoin ainsi qu'un échantillon de taille restreinte (Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005).

1.5 Non-complétion de la thérapie

L'abandon en cours de suivi est un problème récurrent au sein des populations cliniques, nuisant significativement à la recherche, mais aussi à l'efficacité des thérapies (Boisvert, Paquette et Tourigny, 2008; Davis, Hook et Page, 2006 ; Kadzin, Holland et Crowley, 1997; Kadzin, Mazurick et Bass, 1993 ; Wergeland *et al.*, 2015; Wierzbicki et Pekarki, 1993). De ce fait, la méta-analyse de Wierzbicki et Pekarki (1993) sur l'abandon en cours de suivi thérapeutique rapporte un taux d'abandon moyen s'élevant à 46, 81% chez des enfants aux prises avec diverses problématiques. Il apparaît toutefois qu'une très petite minorité d'études se sont intéressées à la non-complétion chez les enfants (Abella et Manzano, 2000; Kadzin et al., 1993). D'ailleurs, aucune étude ne semble s'être intéressée spécifiquement à la non-complétion de la thérapie chez les enfants présentant des CSP. Comme le choix de ne pas compléter la thérapie découle plus souvent qu'autrement de facteurs externes à l'enfant, le terme non-complétion a été retenu dans la présente étude plutôt que celui d'abandon. En effet, Kadzin *et al.* (1993) expliquent que les enfants, contrairement aux adultes, ne décideront pas de leur plein gré de prendre part à une thérapie, de même qu'ils ne prennent pas pleinement conscience des conséquences de leur problématique. Or, la motivation de s'engager dans une intervention thérapeutique et de la compléter viendra davantage des adultes qui gravitent autour d'eux (p. ex. parents et professeurs) et donc, ces adultes occupent une place centrale dans la décision de poursuivre ou non la thérapie (Kadzin *et al.*, 1993). Ainsi, la terminologie « non-complétion » ne sous-entend pas que l'enfant fait le choix libre et éclairé d'abandonner la thérapie et prend en compte que diverses influences familiales peuvent avoir un impact sur cette décision.

D'emblée, il convient de préciser que les recherches s'intéressant au phénomène de la non-complétion font face à un défi méthodologique important, découlant de la définition opérationnelle de l'abandon de la thérapie (Abella et Manzano, 2000; Garfield, 1994; Wergeland *et al.*, 2015). En effet, il ne semble pas y avoir de consensus dans la littérature scientifique quant à une définition opérationnelle de l'abandon. Ainsi, certaines études vont inclure la notion d'absence d'accord entre le patient et le thérapeute préalable à la décision du patient de ne plus se présenter aux rencontres (Boisvert *et al.*, 2008 ; Eslinger, Sprang et Otis, 2014; Garfield, 1994 ; Wergeland *et al.*, 2015). D'autres études vont quant à elles se baser sur une définition plus globale de l'abandon, reposant simplement sur le fait que la thérapie n'a pas été complétée (David *et al.*, 2006). Le fait de compléter la thérapie peut alors être interprété de différentes façons, notamment en fonction de la perception du thérapeute que les divers objectifs visés par la thérapie ont été atteints ou encore selon la notion qu'un nombre préétabli de rencontres ont été complétés (Sprang *et al.*, 2012). Qui plus est, certains chercheurs vont répertorier l'abandon en différentes catégories, soit l'abandon précoce ou tardif (Wergeland *et al.*, 2015). Dans cette lignée, Abella et Manzano (2000) vont soulever la possibilité que les raisons sous-jacentes à l'abandon pourraient varier en fonction du moment où la thérapie a été interrompue. De ce fait, Garfield (1994) a mis l'emphase sur la proposition qu'au minimum une rencontre en thérapie ait été complétée afin qu'il y ait mention d'un abandon et que dans les cas contraires, il s'agirait plutôt d'un refus de prendre part à la thérapie. Ces divergences par rapport à la définition de l'abandon peuvent rendre la comparaison des résultats des études s'y intéressant plus ardue, mais pourraient également expliquer la discordance dans leurs conclusions (Abella et Manzano, 2000; Wergeland *et al.*, 2015). Par ailleurs, les auteurs soulignent qu'il ne faut pas généraliser les résultats des études documentant l'abandon chez les adultes aux enfants, en raison de distinctions importantes entre ces deux clientèles (Abella et Manzano, 2000; Wierzbicki et Pekarki, 1993).

1.5.1 Ampleur du phénomène de non-complétion

Des taux d'attrition élevés sont observés chez différentes populations (enfants, adolescents et adultes) aux prises avec un large éventail de problématiques et suivant

différents types de thérapies (Abella et Mazano, 2000 ; Danko *et al.*, 2016; Davis *et al.*, 2006; Eslinger *et al.*, 2014 ; Garfield, 1994 ; Kadzin *et al.*, 1997; Wergeland *et al.*, 2015 ; Wierzbicki et Pekarik, 1993). Ainsi, ce phénomène ne semble pas exclusif à une clientèle particulière, mais plutôt être un phénomène récurrent en clinique. Dans cette optique, il apparaît que les études évaluatives en matière de CSP présentent également des taux d'attrition élevés (Bonner *et al.*, 1999; Silvosky *et al.*, 2007; Tremblay et Bégin, 2008). Or, ces taux d'attrition suggèrent que les interventions thérapeutiques destinées aux enfants présentant des CSP rencontrent un enjeu semblable pour ce qui a trait à la rétention de leurs participants. Certains auteurs proposent d'ailleurs que les enfants présentant des problèmes de comportements soient particulièrement propices à ne pas compléter leur thérapie en raison de difficultés familiales qui sont souvent observées conjointement à ces comportements (Kadzin *et al.*, 1993). Tel que mentionné préalablement, le taux d'attrition moyen pour les thérapies destinées aux enfants était fixé à 46,8% selon la méta-analyse de Wierzbicki et Pekariki (1993). Dès lors, le taux de 31,4% constaté dans la présente étude n'apparaît a priori, pas si important. Cependant, les taux d'attrition pour les interventions thérapeutiques destinées aux enfants présentant des CSP rapportés dans les autres études (Bonner *et al.*, 1999; Silvosky *et al.*, 2007; Tremblay et Bégin, 2008) étaient également en deçà de ce taux moyen. Cette différence pourrait notamment s'expliquer par le fait que ces enfants doivent être référés pour des CSP afin d'avoir accès à des services spécialisés. Par exemple, à la FMV, cette référence doit être faite par un intermédiaire (p. ex : un intervenant d'un organisme communautaire ou de la Direction de la protection de la jeunesse, un policier), ce qui implique une prise en charge de la situation problématique préalable, incitant le parent et l'enfant à prendre part à la thérapie. Également, Gagnon, Tremblay et Bégin (2005) expliquaient le faible taux d'attrition de leur étude (10,9%) par la proportion considérable de leur échantillon qui vivait en milieux substituts et qui avait par le fait même accès à un transport constant pour se rendre en thérapie. Leur hypothèse pourrait s'appliquer à notre échantillon, où presque la moitié des enfants (46,3%) vit en milieux substituts.

Aucune étude ne semble s'être intéressée spécifiquement à la non-complétion de la thérapie chez les enfants présentant des CSP. Ainsi, à défaut d'avoir accès à des études s'intéressant à la même population, nous nous sommes penchés sur des études s'intéressant à

des populations connexes, notamment les enfants aux prises avec diverses difficultés (Danko *et al.*, 2016; Eslinger *et al.*, 2014; Kadzin *et al.*, 1997; Wergeland *et al.*, 2015; Wierzbicki et Pekarik, 1993) ainsi que les adolescentes victimes d'agressions sexuelles (Boisvert *et al.*, 2008). D'emblée, ces auteurs soulignent que des taux d'abandon élevés sont relatés dans les écrits scientifiques et que l'abandon de la thérapie nuit significativement à son efficacité (Boisvert *et al.*, 2008). De ce fait, ils rapportent des taux d'abandon moyen de 19% pour les 3 centres étudiés et où une intervention psychoéducatrice y était proposée (Boisvert *et al.*, 2008). Leurs résultats démontrent que les adolescentes qui ont abandonné la thérapie présentaient plus de problèmes comportementaux antisociaux, de même que de comportements délinquants que celles qui l'ont complété. Elles ne se distinguaient toutefois pas en regard des caractéristiques familiales (Boisvert *et al.*, 2008). Bien qu'un échantillon d'adolescentes victimes d'agression sexuelle peut paraître a priori assez différent d'un échantillon d'enfants aux prises avec des CSP, plusieurs similitudes semblent permettre leur comparaison. En effet, les deux échantillons rencontrent des enjeux similaires tant sur le plan des antécédents de victimisations et des difficultés concomitantes (problèmes intériorisés et extériorisés dans la zone clinique), que par rapport à la composition familiale (près de la moitié d'entre eux vivent en situation de placement). La comparaison avec les adolescentes victimes d'agression sexuelle s'avère néanmoins limitée, car les adolescentes sont moins dépendantes de leurs parents que les enfants (Boisvert *et al.*, 2008) et donc, le fait qu'elles ne complètent pas la thérapie pourrait davantage s'expliquer par des facteurs internes.

1.5.2 Prédicteurs de la non-complétion

Parmi les prédicteurs de la non-complétion identifiés dans la littérature scientifique figurent le jeune âge de l'enfant et du parent (Eslinger *et al.*, 2014; Kadzin *et al.*, 1997), les problèmes extériorisés (Boisvert *et al.*, 2008; Eslinger *et al.*, 2014; Kadzin *et al.*, 1997; Kadzin *et al.*, 1993), un faible statut socio-économique (Kadzin *et al.*, 1997; Kadzin *et al.*, 1993; Wierzbicki et Pekarik, 1993), un faible niveau d'éducation (Danko, Garbacz et Budd, 2016; Wierzbicki et Pekarik, 1993), faire partie d'une minorité ethnique (Kadzin *et al.*, 1993; Sprang *et al.*, 2012; Wierzbicki et Pekarik, 1993) ainsi que les comportements intériorisés du parent (Kadzin *et al.*, 1993; Wergeland *et al.*, 2015). La perception que la thérapie ne répond pas aux besoins de l'enfant prédirait également la non-complétion (Kadzin *et al.*, 1997;

Wergeland et al., 2015). Par ailleurs, les enfants qui vivent dans des milieux de vie substitut complèteraient davantage la thérapie que ceux qui vivent dans leur famille biologique (Eslinger *et al.*, 2014 ; Sprang *et al.*, 2012; Tremblay et Bégin, 2008). Un bon niveau de motivation de la part des parents serait aussi associé au fait de compléter la thérapie (Abella et Manzano, 2000). Toutefois, certains auteurs ont démontré que lorsque les caractéristiques individuelles des enfants et de leurs parents étaient étudiées, mais aussi plus largement celles de la famille, aucune caractéristique n'apparaît suffisante pour mener à l'abandon (Kadzin *et al.*, 1997; Kadzin *et al.*, 1993). Ils argumentent alors que ce serait plutôt l'accumulation de plusieurs facteurs de risque qui expliquerait une plus grande propension à l'abandon (Kadzin *et al.*, 1997; Kadzin *et al.*, 1993).

Les auteurs s'intéressant à la non-complétion de la thérapie mettent néanmoins en lumière plusieurs lacunes sur le plan de la recherche empêchant ainsi de dresser un profil clair et exhaustif des facteurs menant à l'abandon (Abella et Manzano, 2000 ; Boisvert *et al.*, 2008; Kadzin et al., 1997). En ce sens, Kadzin et ses collègues (1997) déplorent le fait que les variables étant plus facilement accessibles, notamment le statut marital, sont presque exclusivement utilisées dans ce type de recherches. Le manque de consensus quant aux prédicteurs de l'abandon est également mis de l'avant (Abella et Manzano, 2000; Garfield, 1994; Wierzbicki et Pekarik, 1993). Certains auteurs (Kadzin et al., 1997 ; Sprang *et al.*, 2012) argumentent d'ailleurs que ces études ne permettent pas de comprendre les mécanismes sous-jacents à l'abandon ni d'être en mesure de le limiter en fournissant des balises pour mieux intervenir. Afin de pallier ces limites, Kadzin et ses collègues ont proposé en 1997 un modèle conceptuel reposant sur les barrières pouvant nuire à la participation dans une intervention thérapeutique destinée aux enfants. Ils proposent alors que les familles font face à une multitude de barrières contraignant leur mobilisation dans une intervention et augmentant par le fait même les probabilités de l'abandonner. Or, les quatre principales barrières ayant été identifiées sont les obstacles d'ordre pratique, la perception que la thérapie est demandante (p. ex. : est considérée comme trop longue, dispendieuse ou trop difficile) ou encore qu'elle ne correspond pas à la problématique de l'enfant (p. ex. : perception que la thérapie ne répond pas aux besoins de l'enfant, n'est pas nécessaire ou encore, ne répond pas aux attentes des parents) ainsi qu'une faible alliance thérapeutique (p. ex. : le parent n'apprécie pas le thérapeute, perçoit qu'il n'est pas assez soutenant et/ou la relation thérapeutique est marquée par un manque de

transparence) (Kadzin *et al.*, 1997). Ainsi, dans le cadre de ce modèle, l'alliance thérapeutique réfère à la relation entre le parent et le thérapeute.

Selon Kraver, Handelsman, Fields et Bickman (2005), le concept d'alliance thérapeutique englobe trois différents construits : une connexion sur le plan émotionnel (le lien affectif envers le thérapeute), une connexion sur le plan cognitif (espoir que la thérapie sera bénéfique et volonté de s'y engager) et la participation active du client dans la thérapie. Ces auteurs (Kraver *et al.*, 2005) ont d'ailleurs proposé que bien que le concept d'alliance thérapeutique soit souvent évalué comme un seul et unique construit regroupant à la fois l'alliance thérapeutique avec l'enfant et le parent, il pourrait être bénéfique de les traiter comme deux construits distincts (c.-à-d. alliance thérapeutique avec l'enfant vs alliance thérapeutique avec le parent). Ces mêmes auteurs ont publié en 2006 une méta-analyse témoignant du rôle central de l'alliance thérapeutique dans les résultats observés à la suite de thérapies destinées aux enfants et/ou familles. Leur méta-analyse a également permis de valider les composantes de leur modèle théorique qui cherchait à décrire les processus par lesquels les différents éléments sous-jacents au concept d'alliance thérapeutique influencent les retombées des thérapies offertes aux enfants (Kraver, Handelsman, Fields et Bickman, 2006). Les résultats de leur étude révèlent que les prédicteurs les plus fortement associés à des améliorations chez les enfants ont trait aux habiletés du thérapeute (p. ex : compétences interpersonnelles, capacité du thérapeute à expliquer le rationnel de la thérapie, capacité du thérapeute de bien organiser et structurer les rencontres, etc.), ainsi qu'à la volonté de l'enfant et du parent de participer à la thérapie et de s'y engager activement (Kraver *et al.*, 2006).

1.6 Problématique

Les enfants aux prises avec des CSP constituent une population hétérogène, non seulement en ce qui a trait à leur historique et à leurs caractéristiques sociodémographiques, mais aussi en regard des CSP qu'ils présentent (Chaffin, 2006; Elkovitch *et al.*, 2009; Gagnon et Tourigny, 2011). Ces enfants sont davantage susceptibles d'avoir vécu différentes situations d'adversité, allant des agressions (sexuelles et physiques), au retrait du domicile familial, à la mort d'un proche (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016; Bonner *et al.*, 1999). Or, il

semblerait que ce soit l'interaction entre les différents facteurs de risque qui aurait un impact sur la propension à s'engager dans des CSP, plutôt que chaque facteur pris de manière isolée (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016). De ce fait, des difficultés concomitantes, telles que des problèmes intériorisés et extériorisés, se manifestent fréquemment en parallèle aux CSP (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016). Afin de limiter le développement et le maintien de ces comportements, ces enfants doivent faire l'objet d'une évaluation et d'une intervention individualisée et spécialisée (Chaffin *et al.*, 2006 ; Gagnon et Tourigny, 2011). Il semblerait toutefois que les CSP diminuent d'emblée avec le passage du temps, mais qu'une intervention thérapeutique efficace augmenterait cette diminution (Chaffin *et al.*, 2006; Silvosky *et al.*, 2007). À cet effet, l'approche cognitive comportementale de courte durée et impliquant la participation d'un parent a démontré des effets bénéfiques auprès de ces enfants (Carpentier *et al.*, 2006; Pithers et Gray, 1998; Bonner *et al.*, 1999; Silvosky *et al.*, 2006) et semblerait être la plus indiquée pour cette clientèle spécifique (Chaffin *et al.*, 2006). Les auteurs argumentent aussi que le choix de l'approche thérapeutique prime sur sa modalité (individuelle ou de groupe) (Chaffin *et al.*, 2006). Enfin, lorsque ces jeunes sont pris en charge rapidement, ils ne présenteraient, à long terme, peu ou pas de risque de récidives (Carpentier *et al.*, 2006; Chaffin, 2008).

Le domaine de recherche de CSP étant relativement récent, les connaissances qui y sont associées sont encore limitées. L'absence de consensus quant à une définition des CSP (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016), de même qu'en regard des comportements sexuels considérés normaux ou problématiques en sont des exemples probants (Elkovitch *et al.*, 2009). Les experts argumentent l'importance de s'intéresser également aux comportements sexuels considérés comme normatifs afin de mieux guider les interventions (Elkovitch *et al.*, 2009). De plus, les connaissances actuelles en matière d'enfants présentant des CSP, de même que celles ayant trait à l'origine de ces comportements sont encore restreintes (Bonner *et al.*, 1999; Chaffin *et al.*, 2006; Elkovitch *et al.*, 2009). Il y a également peu de savoir en matière d'intervention thérapeutique destiné aux enfants aux prises avec des CSP (Bonner *et al.*, 1999; Chaffin *et al.*, 2006). En effet, bien que différentes interventions aient été développées pour ces enfants, peu d'entre eux ont fait l'objet d'une évaluation (Saint-Amand *et al.*, 2011). Aussi, même si les thérapies d'approche cognitive comportementale

apparaissent comme étant les plus prometteuses pour les enfants avec des CSP, elles sont également celles qui ont été le plus évaluées (Chaffin *et al.*, 2006). De ce fait, les thérapies familiales et les programmes d'entraînement aux habiletés parentales ayant fait leurs preuves pour les enfants avec des troubles de comportements n'ont pas été évalués spécifiquement pour les enfants avec des CSP (Chaffin *et al.*, 2006). De même, aucune étude n'a cherché à comparer une intervention de groupe à une intervention individuelle, bien que les deux types aient démontré des effets bénéfiques (St-Amand *et al.*, 2011). Dans cette lignée, les effets des thérapies ciblant spécifiquement les CSP et ceux destinés aux victimes d'agression sexuelle ayant une composante portant sur les CSP n'ont pas non plus été comparés (St-Amand *et al.*, 2011). En outre, plusieurs avancées restent à faire afin de mieux comprendre quelles sont les meilleures interventions, quelles composantes de la thérapie font en sorte qu'elles se distinguent des autres et pourquoi elles apparaîtraient plus prometteuses chez certains enfants (St-Amand *et al.*, 2011).

Par ailleurs, les études évaluatives en matière d'intervention auprès des jeunes manifestant des CSP présentent certaines limites. Il convient néanmoins de préciser que plusieurs des limites mentionnées apparaissent inhérentes à la population étudiée, notamment car le fait de travailler avec un échantillon clinique d'enfants implique son lot de limites méthodologiques. Ainsi, parmi les limites rapportées figure l'absence de groupe témoin, empêchant de conclure à l'efficacité de la thérapie (Alain *et al.*, 2000; Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005) et des échantillons de tailles relativement restreintes (Gagnon et Tourigny, 2011; Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005; Silvosky *et al.*, 2007). En ce sens, ces études ont des taux d'attrition élevés, mais ne mettent pas en lumière les raisons incitant les familles à ne pas compléter la thérapie ou les caractéristiques qui leur sont associées. Les experts dans le domaine soulignent donc l'importance que des recherches s'intéressent à approfondir les connaissances quant aux différents facteurs qui pourraient contribuer au fait de compléter ou non la thérapie (Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005; Silvosky *et al.*, 2007). Enfin, il y a un manque sur le plan des données longitudinales permettant de conclure au maintien des acquis (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016; Silvosky *et al.*, 2007).

La présente étude cherchera à combler deux principales failles dans la littérature scientifique existante.

D'une part, elle cherche à pallier une absence partielle de connaissance ayant trait à l'efficacité des interventions. En effet, il est reconnu que les enfants manifestant des CSP doivent faire l'objet d'interventions immédiates et adaptées à leurs besoins (Chaffin *et al.*, 2006; Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005), mais peu d'études ont cherché à évaluer l'efficacité de programmes d'intervention leur étant destinée, particulièrement au Québec. De même, très peu d'études se sont intéressées aux facteurs associés aux CSP dans les interventions (Gagnon, Tremblay et Bégin, 2004; St-Amand *et al.*, 2011; Silvosky *et al.*, 2007), en dépit du fait qu'il ait été proposé que les enfants présentant des CSP devraient bénéficier d'une thérapie qui porte également sur les problèmes de comportements autres que sexuels en raison de leur cooccurrence fréquente (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016 ; Chaffin *et al.*, 2006; St-Amand *et al.*, 2011). Dans cette optique, il s'avère pertinent de vérifier si la thérapie a d'autres effets sur les jeunes que la diminution des CSP (Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005 ; St-Amand *et al.*, 2011 ; Tremblay et Bégin, 2008). Or, il n'existe à ce jour, aucune étude ayant analysé dans quelle mesure et sur quelles dimensions les enfants manifestant des CSP et participant à la thérapie offerte à la Fondation Marie-Vincent (FMV) pour les enfants aux prises avec des CSP changent entre le début et la fin de l'intervention.

D'autre part, elle cherche à surmonter une limite méthodologique importante des études évaluatives antérieures et par le fait même combler le manque de connaissances sur les participants qui ne complètent pas la thérapie. En effet, les études passées en matière de CSP comportent certaines limites, notamment un échantillon de taille restreinte en raison d'une perte de participation importante (Bonner *et al.*, 1999; Gagnon et Tourigny, 2011; Silvosky *et al.*, 2007; St-Amand *et al.*, 2011). Or, il semblerait que les auteurs se soient heurtés à une diminution nette de participation au fil de l'intervention (Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005; Pithers *et al.*, 1998; Silvosky *et al.*, 2007) qui résulterait de l'instabilité des familles ayant un enfant aux prises avec des CSP (Tougas *et al.*, 2016). Il importe ici de souligner que ces taux élevés d'attrition menacent la validité interne des études évaluatives, en réduisant considérablement la taille de l'échantillon et par le fait même la puissance statistique des analyses (Kadzin, 1992, cité dans Kadzin *et al.*, 1993; Sprang *et al.*, 2012). Bien que certaines études évaluant les retombées des interventions thérapeutiques pour les enfants présentant des CSP ont rapporté qu'il n'y avait pas de différences entre ceux qui avaient complété ou non l'intervention sur le plan des données sociodémographiques ou des scores obtenus aux

questionnaires (Bonner *et al.*, 1999; Silvosky *et al.*, 2007), aucune ne semble s'être intéressée spécifiquement à la non-complétion de la thérapie chez cette clientèle. De ce fait, il existe peu ou pas de connaissances en ce qui a trait aux caractéristiques propres aux enfants manifestant des CSP qui ne complètent pas la thérapie ainsi qu'aux raisons sous-jacentes à cette non-complétion. La perte de participation observée dans la banque de données utilisée dans la présente étude s'explique notamment par l'abandon ou le retrait de la thérapie par plusieurs participants et semble être caractéristique de cette population (Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005). Il s'avère donc important de s'intéresser plus étroitement aux participants qui ne complètent pas la thérapie, mais aussi à ceux qui la complètent afin de mieux comprendre qui sont ces enfants et par le fait même être en mesure d'intervenir plus adéquatement auprès d'eux. D'ailleurs, comme le souligne Kadzin *et al.* (1993) mieux comprendre l'attrition en cours de thérapie en vue de le réduire, aurait des effets considérables sur la qualité des services offerts et les retombées cliniques en découlant.

1.6.1 Objectifs et questions de recherche

Afin d'avoir un portrait plus clair de l'échantillon à l'étude, soit les enfants présentant des CSP ayant été référé à la FMV et leur parent, il s'agit d'abord de décrire quelles sont leurs principales caractéristiques (p. ex : âge, occupation, scolarité, situation familiale). Dans le but de mieux comprendre quels enjeux sont rencontrés par ces enfants, il s'agit également de documenter les difficultés qu'ils manifestent en parallèle à leurs CSP. Avoir une compréhension plus globale des difficultés concomitantes de ces enfants permettra d'une part de mieux saisir leurs besoins thérapeutiques, et d'autre part, d'interpréter plus justement les changements occasionnés à la suite de la thérapie. Le premier objectif de la présente étude est donc en lien direct avec son second objectif.

Dans l'optique d'augmenter les connaissances actuelles ayant trait aux retombées des interventions thérapeutiques, cette étude s'attarde aux variations entre le début et la fin de la thérapie. Il s'agit donc de noter les différences quant aux scores de CSP, de problèmes intériorisés et extériorisés, de difficultés relationnelles, de symptômes de stress post-traumatique et de dissociation, d'anxiété et de dépression, de même que d'estime personnelle de ces enfants. En effet, il a été proposé que les jeunes manifestant des CSP devraient bénéficier d'une thérapie qui porte également sur les problèmes de comportements autres que

sexuels, en raison de leur cooccurrence fréquente, il s'avère donc pertinent de vérifier si ces comportements changent aussi avec la thérapie (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016). De plus, étant donné l'absence de groupe témoin dans les études antérieures, de même que dans la présente étude, cette étude vise aussi à vérifier si les changements observés à la suite de la psychothérapie varient en fonction du nombre de rencontres de thérapie effectuées, en distinguant les psychothérapies de plus courte durée (12 rencontres et moins), de celles de plus longue durée (plus de 12 rencontres). Il est escompté que si on observe de plus grands changements chez ceux qui ont bénéficié d'un plus grand nombre de rencontres de thérapie; cela pourrait être une autre façon d'appuyer l'effet de la psychothérapie. Par ailleurs, Davis *et al.* (2006) argumentent qu'un moyen d'augmenter l'efficacité d'une thérapie résiderait dans le fait de limiter la non-complétion et donc le deuxième objectif de cette étude apparaît intrinsèquement lié à son troisième objectif.

Afin de parfaire le savoir sur les caractéristiques des enfants qui ne complètent pas la thérapie et tenter de limiter les conséquences qui en découlent, cette étude s'intéressera plus étroitement aux distinctions entre les participants qui complètent ou non la thérapie. En effet, comme des taux d'attrition élevés ont été rapportés dans les interventions thérapeutiques antérieures ayant fait l'objet d'évaluation, mais aussi dans la thérapie choisie pour cette évaluation, il s'avère important de mieux comprendre qui sont ces enfants et qu'est-ce qui les rend plus susceptibles de ne pas compléter l'intervention. Pour ce faire, il s'agit premièrement d'analyser les caractéristiques sociodémographiques de ces enfants et leurs parents, de même que les différents scores obtenus lors de l'évaluation précédant le début de la thérapie. Deuxièmement, en regard de ces différentes caractéristiques, il s'agit de prédire quels enfants sont plus à risque de ne pas compléter la thérapie. Il convient néanmoins de réitérer que l'accumulation de facteurs de risque augmente les probabilités de ne pas compléter la thérapie (Kadzin *et al.*, 1997; Kadzin *et al.*, 1993) et donc, même si certaines variables n'apparaissent pas se distinguer significativement en fonction de ceux qui complétaient ou non la thérapie, il est possible d'envisager que lorsque combinées, elles pourraient permettre de prédire la non-complétion. Les variables retenues dans la présente étude pour prédire la non-complétion en cours de thérapie s'appuient sur la littérature scientifique existante sur l'abandon en cours de thérapie chez des populations connexes, notamment des adolescentes victimes d'agressions sexuelles (Boisvert *et al.*, 2008) ainsi que des enfants aux prises avec différentes

problématiques suivant une thérapie (Kazdin *et al.*, 1997 ; Wierzbicki et Pekarik, 1993; Danko *et al.*, 2016; Eslinger *et al.*, 2014; Wergeland *et al.*, 2015). Plus précisément, les variables identifiées dans la littérature scientifique et reprise dans la présente étude sont les suivantes : l'âge de l'enfant, le faible statut socioéconomique familiale, les problèmes extériorisés de l'enfant, le fait de vivre en milieu substitut ainsi que la détresse psychologique du parent. En outre, la présente étude cherchera donc à remplir ces trois principaux objectifs :

1. Décrire l'échantillon retenu ainsi que la présence de difficultés concomitantes aux CSP.
2. Noter s'il y a des différences entre le début et la fin de la thérapie (prétest et post-test) sur le plan des CSP, mais aussi des difficultés concomitantes (problèmes intériorisés et extériorisés, anxiété, dépression, difficultés relationnelles, estime de soi, symptômes de stress post-traumatique et dissociation) et vérifier si la durée de la thérapie a un effet sur les changements observés.
3. Déterminer si les facteurs associés à la non-complétion de la thérapie, identifiés dans la littérature scientifique prédisent la non-complétion au sein de l'échantillon de la présente étude.

Chapitre 2 : Méthodologie

2.1 Procédure

Les données utilisées dans le cadre de ce mémoire proviennent de la banque de données de Marc Tourigny, professeur titulaire en psychoéducation à l'Université de Sherbrooke, en collaboration avec Isabelle Daignault de la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent. Ses données portent donc entièrement sur des jeunes présentant des CSP et ayant été référés au CEMV et ont été utilisées en guise d'analyses secondaires, tel que spécifié dans le formulaire de consentement lu et signé par les répondants (voir l'annexe 1 pour le détail). La collecte de données s'est faite directement au CEMV auprès des participants et s'est échelonnée sur une période de trois ans, soit de 2007 à 2010. Cette recherche repose donc sur la phase 1 d'implantation de la psychothérapie de l'approche cognitive comportementale destinée aux enfants présentant des CSP offerte à la Fondation Marie-Vincent. Ainsi, cette première phase d'implantation a permis l'évaluation clinique de la psychothérapie et a orienté Marie-Vincent sur le plan thérapeutique pour la seconde phase qui est présentement en cours. La présente recherche fait partie de l'évaluation empirique de cette même thérapie et vient appuyer l'évaluation clinique. Les changements amenés à la psychothérapie depuis l'implantation sont expliqués plus en détail dans la dernière section du présent mémoire. Il est également important de préciser que Marie-Vincent est un Centre d'expertise qui regroupe en un seul endroit tous les services offerts aux enfants et adolescents ayant vécu des agressions sexuelles (services policiers, médicaux, psychosociaux et sociojuridiques), mais offre également une thérapie spécialisée pour les enfants manifestant des CSP et qui n'ont pas dévoilé de situation d'agression sexuelle. Les parents y sont soutenus tout au long des procédures (Fondation Marie-Vincent, 2016).

À son arrivée à la Fondation, l'enfant manifestant des CSP fait l'objet d'une évaluation afin de bien saisir ses besoins, ce qui par le fait même, permet de lui offrir des services qui sont adaptés à ceux-ci. La thérapie proposée pour les enfants aux prises avec des CSP se base sur une approche cognitive comportementale et des recommandations en matière d'intervention auprès de cette clientèle. Elle comprend habituellement 12 rencontres d'une durée de 90 minutes (dépendamment des besoins de l'enfant). Certaines de ses rencontres se font de manière individuelle avec l'enfant ou le parent, alors que d'autres rencontres se font à la fois avec l'enfant et le parent. Les composantes qui y sont traitées sont intégrées de façon

systématique, mais intensifiées en fonction des difficultés identifiées lors de l'évaluation. De façon globale, la thérapie vise la gestion des CSP ainsi que la communication parent-enfant. De façon plus spécifique, elle a pour but l'identification et l'expression des émotions du jeune, de même que de l'aider à voir les liens entre ses pensées, ses émotions et ses comportements. L'acquisition de connaissances en lien avec la sexualité est aussi un point central de l'intervention et permet notamment au jeune de modifier ses fausses croyances. Il est également primordial que le jeune reconnaisse non seulement ses CSP, mais aussi les conséquences qui y sont associées. Pour ce faire, ils peuvent discuter des différents CSP. De plus, la thérapie cherche à aider le jeune à développer des habiletés tant sur le plan de l'affirmation et la protection de soi, que sur le plan de la communication (Fondation Marie-Vincent, 2016).

La présente étude utilise un devis de type pré-expérimental (Alain, Pelletier et Boivin, 2000). Plus précisément, il s'agit d'un plan prétest-posttest à groupe unique (Alain *et al.*, 2000). Ainsi, à chaque temps de mesure, c'est-à-dire avant et après la thérapie, soit 15 semaines suivant la première administration, les répondants ont une entrevue individuelle faite avec une clinicienne et ensuite avec une assistante de recherche formée dans le domaine afin de répondre à divers questionnaires standardisés. Plus précisément, le parent se voit administrer des questionnaires en lien avec sa situation psychologique, personnelle, familiale ainsi que conjugale, de même que des questionnaires portant sur le comportement et le développement de son enfant. Les enfants doivent quant à eux répondre à des questionnaires ayant trait à leur propre comportement et développement. En outre, afin d'avoir un portrait plus global de l'échantillon à l'étude (Allen, 2017 ; Gagnon et Tourigny, 2011 ; Gagnon, Tremblay et Bergeron, 2005) cette étude utilise plusieurs instruments de mesure, qui proviennent de sources d'information variées (enfant, parent, famille). Ce devis est qualifié de pré-expérimental, car en l'absence d'un groupe témoin, il s'avère impossible d'établir un lien de causalité entre la psychothérapie et les effets observés à la suite de cette psychothérapie (Alain, Pelletier et Boivin, 2000). À l'instar des études évaluatives dans le domaine (Gagnon, Tremblay et Bergeron, 2005; Silvosky *et al.*, 2007) il s'agit donc davantage d'une étude exploratoire visant à documenter l'implantation de la psychothérapie, de même que les possibles effets en découlant.

2.2 Participants

La présente étude se base sur un échantillon constitué de 67 dyades parent-enfant. Il convient ici de préciser qu'une réduction considérable dans l'échantillon initial a été observée et s'explique par deux principaux facteurs : 1) un taux de non-complétion élevé ; 2) plusieurs données manquantes. En effet, au départ, l'échantillon était constitué de 104 dyades, mais en raison de nombreuses données manquantes, il s'élève désormais à 67 dyades parent-enfant. Cela s'explique notamment par le fait qu'une proportion importante d'enfants (43%) n'était pas accompagnée par un parent biologique lors des rencontres et donc, certains questionnaires leur étant destinés n'ont pas été complétés. Qui plus est, un taux de non-complétion élevé soit de 31,4% réduit l'échantillon à 46 dyades pour les analyses concernant les changements observés à la suite de la thérapie. Plus précisément, 21 enfants n'ont pas complété la thérapie, dont 14 (20,9%) ont été classés dans la catégorie « abandon ». Les raisons sous-jacentes au retrait de la thérapie pour le 10,5% restant demeurent ambiguës. Les enfants ont complété entre 0 et 25 rencontres, avec une moyenne de 11 rencontres ($\bar{E}-T= 4,79$), alors que la médiane s'élève à 12 rencontres en psychothérapie.

L'échantillon comporte donc 23 filles et 44 garçons, ayant tout entre 5 et 13 ans ($M = 9,16$ $\bar{E}-T = 2,21$). À cet effet, il est important de souligner qu'il était exigé que les enfants soient âgés de 12 ans et moins lors de la demande, mais que certains ($n=7$) ont atteint 13 ans au moment où la thérapie a débuté. L'adulte accompagnant l'enfant et répondant aux questionnaires administrés aux parents était majoritairement une femme (83,6% des cas) et pouvait entretenir différents liens avec l'enfant. En effet, une proportion importante des répondants adultes était la mère de l'enfant (44,8%), mais plusieurs enfants étaient plutôt accompagnés par un professionnel (19,4%).

2.3 Instruments de mesure utilisés et opérationnalisation des variables

Cette section présente les différents instruments de mesure qui ont été utilisés afin de répondre aux trois principaux objectifs de la présente recherche. Certains questionnaires ont été complétés par les parents et d'autres par les enfants alors que l'implantation a été

documentée par les psychothérapeutes. Certaines variables tirées des questionnaires expliqués ici-bas ont été recodées pour mieux opérationnaliser (voir les sections suivantes pour le détail de ces opérationnalisations). La plupart des différents questionnaires utilisés comportent des seuils cliniques. Plus précisément, lorsque le score obtenu est égal ou inférieur à ce seuil, l'enfant se retrouve dans la zone considérée clinique pour la problématique en question. Afin d'évaluer la cohérence interne des différentes échelles utilisées, des alphas de Cronbach sont présentés.

2.3.1 Questionnaires complétés par les parents

2.3.1.1 *Caractéristiques sociodémographiques*

Un questionnaire de renseignements généraux a été administré au parent accompagnateur afin de recueillir différentes informations sur la situation familiale, notamment le niveau de scolarité des parents, le revenu annuel familial brut ainsi que la composition familiale. Il s'agissait alors de variables catégorielles, mais des indicateurs dichotomiques ont été créés afin de les inclure dans les analyses bivariées (tableaux croisés) et faciliter leur interprétation. Les variables ont été dichotomisées comme suit : vit en situation de placement (1) ou non (0); revenu supérieur au seuil de pauvreté (1) ou non (0); emploi rémunéré de la mère (1) ou non (0); emploi rémunéré du père (1) ou non (0); mère à un niveau de scolarité supérieur à un secondaire 5 (1) ou non (0); père à un niveau de scolarité supérieur à un secondaire 5 (1) ou non (0); le répondant est le parent biologique (1) ou non (0). Pour ce qui est de l'item portant sur le revenu familial annuel, le point de coupure pour délimiter les revenus sous le seuil de pauvreté a été fixé à 29 999\$ puisqu'il s'agissait de la catégorie se rapprochant le plus au seuil de faible revenu au Québec. En effet, ce seuil était estimé en 2016 à 33 095\$ pour un ménage de deux personnes (Institut de la statistique du Québec, 2019).

2.3.1.2 *Variété et gravité des comportements sexuels sains et problématiques*

Le Child Sexual Behavior Checklist (CSBCL) a été administré aux parents afin de documenter la présence des comportements sexuels normaux et problématiques chez leurs enfants, et le cas échéant leur gravité. Cet outil a été développé par Johnson en 1998 et repris

par Gagnon et Tourigny en 2007. C'est cette seconde version du CSBCL qui a été utilisée dans le cadre de la présente étude. L'ensemble des items se répondent par 0, soit l'absence du comportement ou 1, soit la présence du comportement (Johnson, 1998 ; adaptation par Tourigny et Gagnon, 2007). Ce questionnaire est séparé en deux sections, soit la partie A qui décrit la variété des comportements sexuels présentés par les enfants, et la partie B qui permet de nous renseigner quant à la gravité des comportements sexuels manifestés (Johnson, 1998 ; adaptation par Tourigny et Gagnon, 2007). Plus précisément, la partie A regroupe 64 items portant sur neuf catégories de comportements ayant trait à la sexualité : 1) les comportements sexuels verbaux ; 2) les comportements d'observation ; 3) les comportements en lien avec les frontières physiques ; 4) les comportements liés à la nudité ; 5) les touchers sexuels envers soi, et 6) ceux dirigés vers les autres ; 7) les comportements à connotation sexuelle 8) les touchers sexuels impliquant des animaux, ainsi que 9) les comportements en lien avec la nudité (ces questions diffèrent en fonction du sexe de l'enfant). La partie B quant à elle, regroupe 24 items qui fournissent de l'information sur la gravité des comportements sexuels que présente l'enfant (p. ex : persistance malgré les interventions, impliquent de la détresse psychologique, présence de coercition). Comme le CSBCL prend en compte certains éléments du contexte de l'évènement, il apparaît être un instrument de mesure intéressant pour répertorier les CSP (Gagnon et Tourigny, 2011). Toutefois, le questionnaire ne permet pas de déterminer si un comportement est sain ou problématique en fonction de l'âge de l'enfant et de la durée du comportement. En ce sens, nous avons tenu compte de l'ensemble du CSBCL (comportements sexuels normaux et problématiques) afin de ne pas exclure certains CSP, bien qu'il y ait un risque que certains comportements sexuels puissent s'avérer normaux en fonction des caractéristiques de l'enfant et du contexte dans lequel ils se sont déroulés. Un score regroupant les 8 premières catégories de la partie A a été calculé afin d'être en mesure de prendre en considération la variété des comportements sexuels manifestés dans les différentes analyses effectuées. En effet, la catégorie ayant trait aux comportements en lien avec la nudité n'a pas été incluse dans ce score global puisque ses questions variaient en fonction du sexe de l'enfant. Considérant que ce score permet de documenter la variété des CSP prodigués par les enfants de l'échantillon, plus un enfant manifeste différents comportements sexuels, plus son score sera élevé. Un score global regroupant les différents items de la partie B a aussi été calculé afin d'avoir un indice de la gravité des comportements sexuels. Plus ce score est élevé,

plus problématiques sont les comportements sexuels manifestés par l'enfant. Ce score n'est cependant pas utilisé dans les analyses visant à mesurer les différences entre le prétest et le post-test puisque les parents ne répondaient pas à cette section du questionnaire lors de la relance au temps 2. Il n'est donc pas possible d'évaluer les changements quant à la gravité des comportements sexuels à la suite de la psychothérapie dans la présente étude. Ainsi, les différences pour le score de CSP entre les deux temps de mesure reposent uniquement sur la partie A (la variété) du CSBCL. Le fait que les parents ne répondaient pas à la section B du CSBCL au deuxième temps de mesure s'explique notamment par le fait que plusieurs enfants ne développent pas de nouveaux CSP au cours de la thérapie. Cette méthode visait également à ne pas alourdir l'entrevue avec les parents en leur posant différentes questions auxquelles ils avaient préalablement répondu. Ne pas avoir accès à des informations permettant de documenter les changements, si changements il y a, quant à la gravité des CSP entre le début et la fin de la thérapie représente toutefois une limite de la présente étude. Enfin, des alphas de Cronbach de 0,91 ont été calculés pour l'échelle ayant trait à la variété des CSP, de même que pour celle portant sur la gravité des CSP au temps 1.

2.3.1.3 Problèmes de comportements intériorisés et extériorisés

Le *Child Behavior Checklist Form* pour les enfants de 6 à 18 ans (CBCL ; Achenbach, 2001) a été complété par le parent afin de documenter les problèmes de comportements de l'enfant, de même que ses compétences sociales. Ce questionnaire comporte 113 items portant sur les comportements de l'enfant au cours des deux derniers mois (dont 8 sous-échelles de syndromes) et dont les réponses sont cotées sur une échelle de type Likert à 3 points, allant de 0 (« Pas vrai pour votre enfant ») à 2 (« Très vrai ou souvent vrai »). Dans le cadre de la présente étude, deux principales variables ont été utilisées, soit celle portant sur les problèmes intériorisés et celle ayant trait aux problèmes extériorisés de l'enfant. Le score d'intériorisation est constitué de 3 différentes sous-échelles, soit celle de l'anxiété, du retrait ainsi que de la somatisation (Achenbach, 2001). Le score d'extériorisation, quant à lui, est constitué des sous-échelles ayant trait à l'agressivité et la délinquance. La sous-échelle ayant trait aux difficultés relationnelles a également été utilisée afin de noter les changements observés à la suite de la thérapie. Le seuil clinique pour ce questionnaire est fixé à 70. Le CBCL est largement utilisé auprès des jeunes présentant différentes problématiques et démontre de bonnes qualités

psychométriques (Achenbach et Rescorla, 2001). Pour cet échantillon d'enfants manifestant des CSP, des alphas de 0,82 pour les problèmes extériorisés et de 0,60 pour les problèmes intériorisés témoignent d'une bonne consistance interne des échelles.

2.3.1.4 Dissociation

Le *Child Dissociative Checklist* (CDC V 3.0; Putnam, Helmers et Trickett, 1993) est administré aux parents afin de recueillir de l'information concernant les symptômes de dissociation de leur enfant. Le questionnaire comporte 20 affirmations cotées sur une échelle de type Likert à 3 points allant de « pas vrai », « un peu vrai » à « très vrai » et mesurant les tendances de l'enfant à dissocier au cours des 12 derniers mois. Le score relatif au niveau global de dissociation de l'enfant a été utilisé afin de documenter les différences entre le début et la fin de la thérapie, de même que le score permettant de distinguer les enfants se retrouvant dans la zone clinique ou non afin de mettre en lumière le pourcentage d'enfant s'y retrouvant. Putnam et Peterson (1994) ont par ailleurs conclu que le CDC comporte de très bonnes qualités psychométriques et qu'il est par le fait même un outil efficace permettant la détection d'un niveau pathologique de dissociation. L'alpha de Cronbach mesuré pour le présent échantillon est de 0,82.

2.3.1.5 Indice de détresse psychologique

La version abrégée de *L'indice de détresse psychologique de l'enquête Santé-Québec* (Prévaille, Boyer, Potvin, Perreault et Legaré, 1992) a été administrée aux parents répondants afin de noter leur niveau de dépression, d'anxiété, d'irritabilité, de problème cognitif et donc plus globalement, leur détresse psychologique. Il s'agit d'un questionnaire de 14 questions pouvant être répondu sur une échelle de type Likert de 4 points, allant de 1 (« jamais ») à 4 (« très souvent »). Les répondants cotent chaque item en se basant uniquement sur la semaine précédente, ce qui donne un score total allant de 14 à 56 visant à identifier ceux qui présentent une symptomatologie élevée (Deschenes, 1998). Les qualités psychométriques de cet instrument de mesure ont été validées auprès de populations adultes, mais aussi adolescentes (Deschenes, 1998). L'alpha de Cronbach obtenu pour l'échantillon de la présente étude est très satisfaisant, soit de 0,91.

2.3.2 Questionnaires complétés par les enfants

2.3.2.1 *Symptômes de stress post-traumatique*

Le *Children's Impact of Traumatic event scale II* (CITES-II; Wolfe, 2002) a été administré aux enfants afin de documenter la présence de symptômes découlant de l'État de stress post-traumatique. Il s'agit d'un questionnaire de 55 questions cotées sur une échelle de type Likert de 3 points, variant de « faux », « un peu vrai » et « très vrai ». L'enfant doit répondre en fonction d'un traumatisme vécu et identifié au départ à diverses questions portant notamment sur son sentiment de culpabilité, son soutien maternel et général reçu, de même que ses symptômes de réexpérimentation, d'évitement et d'hypervigilance. Le score regroupant les différents symptômes de stress post-traumatique a été retenu pour noter les différences notées à la suite de la thérapie. De bonnes qualités psychométriques sont rapportées pour cet instrument de mesure (Wolfe, 2007). Un alpha de Cronbach très satisfaisant de 0,84 a été obtenu pour l'échantillon d'enfants présentant des CSP.

2.3.2.2 *Anxiété*

Le *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS; Reynolds et Richmond, 1985; version française de Hébert et Parent) a été complété avec l'enfant afin de recueillir de l'information sur ses symptômes d'anxiété. Cette version française, dans sa forme abrégée, comporte 11 items, prenant la forme d'affirmations pouvant être répondu par vrai ou faux. Le score obtenu varie donc entre 0 et 11 et permet d'établir si l'enfant présente un niveau élevé ou faible d'anxiété. Ce score est celui retenu pour mesurer le changement dans le niveau d'anxiété des enfants entre le début et la fin de la thérapie. L'étude de Turgeon et Chartrand (2003) atteste également de la fidélité et de la validité de cet instrument pour un échantillon d'enfants canadiens francophones.

2.3.2.3 *Dépression*

Les enfants répondent également au *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985) dans sa version française (St-Laurent, 1990) afin de fournir un portrait général de leur niveau de dépression à leur clinicien. Cet instrument, dans sa version courte, recueille 10 items qui prennent la forme de trois affirmations distinctes auxquelles l'enfant doit décider

celle qui le représente davantage (p. ex : je suis triste de temps en temps; je suis triste souvent; je suis triste tout le temps). Les différents items portent notamment sur les thèmes de la tristesse, l'espoir, la perfection, l'amour de soi, les peurs, etc., et permettent d'établir un score global de dépression. Le score global de dépression a été retenu dans le présent mémoire afin d'établir si les enfants présentaient un changement quant à leur niveau de dépression à la suite de la thérapie. Les qualités psychométriques de ce questionnaire ont été mises de l'avant (Kovacs, 1992).

2.3.2.4 Estime personnelle

Le *Self-Perception Profile For Children-SPPC* (Harter, 1985) a été administré aux enfants. La version française utilisée a par ailleurs été révisée par Hébert et Parent (1995). Ce questionnaire comprend 6 items qui ont été regroupés en un score global d'estime de soi. Il s'agit donc de la variable qui a été utilisée pour les analyses subséquentes. Deux affirmations sont proposées à l'enfant, qui doit choisir dans un premier temps quelle affirmation le représente davantage (Harter, 1982) et dans un deuxième temps, si cette description est « un peu comme lui » ou « tout à fait comme lui ». Chaque item est coté de 1 (faible estime personnelle) à 4 (forte estime personnelle). Ce format de question a pour but de légitimer les deux affirmations en proposant deux différentes descriptions qui représentent chacune un type d'enfants, ce qui permet donc de réduire le biais de désirabilité sociale (Harter, 1982). Cet instrument de mesure est largement utilisé par les experts dans le domaine du développement psychosocial et démontre une bonne cohérence interne (Granleese et Joseph, 1994; Murriss, Meester et Fijen, 2003). L'alpha de Cronbach calculé pour le présent échantillon d'enfants aux prises avec des CSP est de 0,58.

2.3.3 Variables d'implantation

Différentes informations sur la thérapie ont été ajoutées à la banque de données : une variable visant à documenter le nombre de rencontres complétées, une variable « abandon » de la thérapie et une variable permettant de préciser la raison pour ne pas avoir participé à la relance au temps 2. La variable ayant trait à la raison pour ne pas avoir participé au post-test (relance au temps 2) a été dichotomisée afin de différencier ceux n'ayant pas complété la thérapie (1) de ceux l'ayant complétée (0). Les enfants qui ont été classés dans la catégorie «

abandon » de la thérapie (n=14) ont été combinés à ceux qui ne l'ont pas complétée pour différentes raisons liées à l'équipe de recherche (n=5) et à ceux pour lesquels la raison pour ne pas avoir complété la thérapie demeure inconnue (n=2). Ces enfants ont tous été recodés dans la catégorie non-complétion, car il semble possible d'affirmer que bien qu'ils n'aient pas abandonné de plein gré la psychothérapie, ils faisaient preuve d'une faible mobilisation en cours de thérapie. Ce regroupement a également permis d'augmenter la puissance statistique des analyses en ayant un N plus élevé de non-complétion.

2.4 Considérations éthiques

Les données utilisées dans la présente étude proviennent d'un projet de recherche de Marc Tourigny et ses collègues, qui a fait l'objet d'une attestation de conformité de la part du comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke. De surcroît, l'utilisation secondaire de ces données dans la présente étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche – Société et culture (CER-SC) de l'Université de Montréal (#CERSC-2019-052-P) (voir l'annexe 2 pour la copie du certificat d'approbation éthique).

2.5 Stratégies d'analyses

Afin de répondre au premier objectif de l'étude, soit de décrire l'échantillon retenu ainsi que les difficultés concomitantes aux CSP, des analyses descriptives ont été conduites. Plus précisément, toutes les variables ayant trait aux caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon sont présentées (p. ex : âge de l'enfant et des parents, sexe de l'enfant et du parent accompagnateur, clientèle, niveau de scolarité des parents, type de famille, occupation des parents et revenu annuel familial), de même que le détail des difficultés que les enfants éprouvent en parallèle à leurs CSP.

Le deuxième objectif visant à noter les différences entre les deux temps de mesure (prétest vs post-test) a mené à deux stratégies d'analyses : des tests t à échantillons appariés ainsi que des ANCOVA. Des tests t avec échantillons appariés ont été réalisés pour comparer les scores des enfants au prétest et au post-test (variable indépendante) sur les variables

dépendantes suivantes (CSP, problèmes intériorisés, problèmes extériorisés, anxiété, dépression, difficultés relationnelles, estime de soi, niveau de dissociation et symptômes de stress post-traumatique). Des ANCOVA ont été effectués afin d'évaluer si les enfants qui ont bénéficié d'une thérapie de plus longue durée (plus de 12 rencontres) présentent moins de détresse et de CSP à la suite de la thérapie, que les enfants qui ont fait une thérapie de plus courte durée (moins de 12 rencontres), en contrôlant pour les scores de l'enfant au prétest. La coupure du nombre de rencontres a été établie à 12, car il s'agit du nombre de rencontres optimal identifié dans la littérature scientifique (Chaffin, 2008; Chaffin et al., 2006). De façon générale, les recherches suggèrent aussi que l'efficacité d'une psychothérapie est souvent liée à la durée de l'intervention (Davis *et al.*, 2006; Hansen, Lambert et Forman, 2002). Comme il s'agissait d'un type d'analyses alternatif pour répondre au premier objectif de la recherche, soit noter les différences entre le début et la fin de la psychothérapie, les mêmes variables dépendantes que pour les tests t à échantillons appariés ont été utilisées.

Le troisième objectif visait à déterminer si les facteurs identifiés dans la littérature scientifique comme étant associés à la non-complétion de la thérapie permettent de prédire la non-complétion au sein du présent échantillon. Des analyses bivariées et multivariées ont été réalisées. Les facteurs associés comprenaient notamment les variables ayant trait à l'âge, la variété des comportements sexuels et leur gravité, les problèmes intériorisés et extériorisés, l'estime de soi, le revenu familial annuel brut, la détresse psychologique du parent, l'anxiété, la dépression, les difficultés relationnelles et le niveau de dissociation. Afin de distinguer les caractéristiques de ceux qui complétaient la thérapie, de ceux qui ne la complétaient pas, des tests t pour les variables continues ont été réalisés, alors que pour les variables catégorielles, il s'agissait de tableaux croisés. Les résultats en découlant ont permis de nous renseigner quant aux variables pertinentes à intégrer dans les régressions logistiques. Enfin, des régressions logistiques ont été réalisées dans le but de tenter de prédire quels enfants étaient plus susceptibles de ne pas compléter la thérapie. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS version 25 (IBM Corp, 2017).

Chapitre 3 : Résultats

Le chapitre 3 présente les résultats obtenus à la suite des différentes analyses réalisées. Les analyses descriptives visaient à mieux documenter l'échantillon sur le plan des données sociodémographiques et des difficultés concomitantes des enfants avant le début de la thérapie et permettaient donc de répondre au premier objectif de la recherche. Pour le deuxième objectif, des analyses bivariées visaient à illustrer les différences observées entre le prétest et le post-test. Pour mieux saisir ces différences entre le prétest et le post-test, des analyses de variances avec covariable cherchaient également à analyser l'influence de la durée de la psychothérapie en vérifiant si les enfants ayant bénéficié d'une thérapie de plus longue durée présentaient moins de détresse et de CSP à la suite de la thérapie, que les enfants ayant bénéficié d'une thérapie de plus courte durée. Pour le troisième objectif, des analyses bivariées visaient à distinguer les caractéristiques de ceux qui complètent ou non la thérapie, de même que des analyses multivariées visaient à prédire la non-complétion de la thérapie par le biais de régressions logistiques sont présentées.

3.1 Objectif 1 : Description de l'échantillon et des difficultés concomitantes aux CSP

Le tableau 1 rapporte les différentes caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon à l'étude, soit l'enfant présentant des CSP ainsi que le parent accompagnateur. Ce tableau met en lumière la grande proportion d'enfants vivant en situation de placement (46,3%), de même que la minorité vivant toujours dans leur famille d'origine (15%). Une proportion considérable de l'échantillon (37,3%) a un revenu familial annuel brut inférieur à 29 999\$, ce qui est très près du seuil de faible revenu recensé au Québec, en 2016 qui était estimé à 33 095\$ pour un ménage de deux personnes (Institut de la statistique du Québec, 2019). Dans cette même lignée, 24% des mères reçoivent des prestations de l'aide sociale, de même que près de 10% des pères constituant l'échantillon. Ainsi, seulement la moitié des parents travaillent à temps plein ou à temps partiel au moment où les données ont été recueillies. Les analyses révèlent aussi que 66% des mères et 55% des pères avaient un niveau de scolarité inférieur ou égal à secondaire cinq.

Tableau 1. Résultats des analyses descriptives cherchant à décrire l'échantillon sur le plan de leurs caractéristiques sociodémographiques (N = 67)

Enfant	%	Parent accompagnateur	%
Âge, <i>M (É-T)</i>	9,16 (2,21)	Sexe, femme	83,6
Sexe, garçon	65,7	Lien du répondant	
Clientèle		Parent biologique	53,8
CSP	95,5	Professionnel	19,4
VAS + CSP	4,5	Famille (élargie)	15
Niveau de scolarité		Famille d'accueil	11,9
Primaire	91		
Secondaire	4,5		
Classe d'aide	4,5		
Famille	%		%
Type de famille		Occupation du père	
Famille intacte	14,9	Emploi rémunéré	47,8
Famille recomposée	16,5	Sans emploi	19,4
Famille monoparentale	22,4	Aux études	4,5
Milieux substituts	46,3	Autre occupation	3
Âge de la mère, <i>M (É-T)</i>	38,81 (10,97)	Décédé	1,5
Scolarité de la mère		Manquant	23,9
Études primaires	3	Revenu annuel familial	
Études secondaires	43,3	9 999\$ et moins	9
Études collégiales	31,3	10 000\$ à 29 999\$	28,3
Études universitaires	9	30 000\$ à 49 999\$	18,4
Manquant	13,4	50 000\$ à 69 999\$	10,9
Occupation de la mère		70 000\$ et plus	9
Emploi rémunéré	31,3	Manquant	19,4
Sans emploi	52,2		
Aux études	6		
Autre occupation	4,5		
Manquant	6		
Âge du père, <i>M (É-T)</i>	40,40 (9,94)		
Scolarité du père			
Études primaires	1,5		
Études secondaires	37,3		
Études collégiales	22,4		

Études universitaires	9
Manquant	22,9

Note. VAS = Victime d'agression sexuelle.

Le tableau 2 présente les différentes difficultés vécues par les enfants avant qu'ils débutent leur thérapie à la FMV. Globalement, il met en lumière qu'une proportion significative de ces enfants présentent des scores cliniques à différentes échelles de problèmes, tant intériorisés, qu'extériorisés. Également, plus du tiers des enfants ont des scores cliniques de symptômes de stress post-traumatique, de même que de dissociation.

Tableau 2. *Résultats des analyses descriptives visant à documenter les difficultés concomitantes*

Scores cliniques	<i>n</i> (%)
<i>Child Behavior Checklist Form 6-18 (N=67)</i>	
Somatisation	5 (7,5)
Trouble de l'attention	16 (23,9)
Difficultés relationnelles	21 (31,3)
Délinquance	25 (37,3)
Agressivité	25 (37,3)
Intériorisation	33 (49,3)
Extériorisation	43(64,2)
Trouble de comportement	40 (59,7)
<i>Child Dissociative Checklist (N=67)</i>	
Dissociation	22 (32,8)
<i>Children's Depression Inventory (N=67)</i>	
Dépression	8 (11,9)
<i>Revised Children's Manifest Anxiety Scale (N=67)</i>	
Anxiété	12(17,9)
<i>Children's Impact of Traumatic event scale II (N=35)</i>	

Réexpérimentation	33 (49,3)
Hypervigilance	25 (37,3)
Évitement	29 (43,3)
Symptômes de stress post-traumatique	25 (37,2)

3.2 Objectif 2 : Changements observés à la suite de la psychothérapie

3.2.1 Tests t avec échantillons appariés

Des tests t à échantillons appariés ont été réalisés pour noter les différences à la suite de la thérapie. Pour les scores obtenus au CSBCL, les problèmes intériorisés et les difficultés relationnelles, de même que pour le score de dépression et de dissociation il y a eu bris de postulat étant donné qu'il ne s'agissait pas de distributions normales, mais qu'aucun test non paramétrique ne pouvait s'appliquer dans le cas d'échantillons dépendants. Comme il s'agit d'un devis à deux temps de mesure, soit prétest et post-test, seulement les participants ayant complété le post-test ont été sélectionnés dans le cadre de ces analyses (n=46). Les tailles d'effet sont interprétées en fonction du barème de Cohen (1992) signifiant que 0.2 représente un effet de faible ampleur ; 0.5 d'ampleur modérée; et 0.8 d'ampleur élevée.

Le tableau 3 présente les résultats des tests t visant à démontrer les différences entre les deux temps de mesure, soit avant et après la thérapie. Des diminutions significatives pour les comportements sexuels, les problèmes intériorisés et extériorisés, de même que pour le niveau de dissociation. La taille de l'effet est faible pour les problèmes intériorisés, alors qu'elle est modérée pour les problèmes extériorisés, et élevée pour les comportements sexuels. Un changement significatif a également été noté pour les symptômes de stress post-traumatique, bien qu'ils ne figurent pas au tableau 3 en raison du faible échantillon (N=18). En effet, seulement les enfants ayant vécu un évènement potentiellement traumatique se sont vus administrés le CITES-II (N=35). De ce sous-échantillon, 18 enfants ont participé aux deux temps de mesure. Il apparaît néanmoins qu'en moyenne, ces enfants présentaient significativement moins de symptômes de stress post-traumatique après la thérapie ($t = 2,64$; $d = 0,87^*$).

Tableau 3. Résultats des tests *t* quant aux différences entre les deux temps de mesure (N=46).

Résultats	Prétest	Post-test	<i>d</i>	<i>t</i>
Comportements sexuels	15,7 (10,37)	9,73 (10,07)	0,58**	4,39
Problèmes intériorisés	62,48 (10,35)	59,57 (12,05)	0,26*	2,14
Problèmes extériorisés	66,98 (9,56)	63,13 (9,89)	0,40**	3,42
Anxiété	9,02 (2,79)	8,98 (2,45)	0,02	1,22
Dépression	12,54 (3,93)	12,51 (4,54)	0	1,73
Difficultés relationnelles	65,22 (11,08)	63,17 (10)	0,19	1,77
Estime de soi	19,13 (3,37)	20,09 (4,11)	0,26	-1,43
Niveau de dissociation	9,64 (6)	7,27 (5,64)	0,41**	3,31

* = $p < .05$ ** = $p < .01$ L'écart-type apparait entre parenthèses sous la moyenne.

Le tableau 4 présente la différence entre les scores obtenus aux deux temps de mesure, soit le prétest et le post-test, pour les différents comportements sexuels manifestés. Les tests *t* à échantillons appariés révèlent une diminution significative pour les touchers sexuels dirigés envers soi, de même que ceux dirigés envers les autres. Par ailleurs, l'effet est d'ampleur plus élevée pour les touchers dirigés vers les autres que pour ceux dirigés vers soi. Des diminutions significatives avec un effet d'ampleur moyennement faible pour les comportements à connotation sexuelle et d'ampleur moyennement élevé pour les comportements en lien avec la nudité sont également observées. Les autres types de comportements sexuels ne présentent quant à eux, pas de changements significatifs à la suite de la thérapie.

Tableau 4. Résultats des tests *t* pour les scores obtenus au CSBCL (N=45)

Résultats	Prétest	Posttest	n	<i>d</i>	<i>t</i>
CSBCL comportements sexuels verbaux (0-6)	1,77 (1,74)	2,07 (1,61)	44	0,18	-1,14
CSBCL comportements d'observation (0-5)	1,18 (1,06)	0,91 (1,12)	44	0,25	1,96
CSBCL comportements en lien avec les frontières physiques (0-3)	1,33 (1,24)	1,07 (1,18)	45	0,21	1,47
CSBCL comportements en lien avec la nudité (0-14)	3,22 (2,58)	1,76 (2,09)	45	0,62**	3,67
CSBCL touchers envers soi (0-6)	1,36 (1,38)	0,6 (0,96)	45	0,65**	3,75
CSBCL touchers dirigés vers les autres (0-17)	3 (2,91)	1,07 (2,06)	45	0,78**	4,08
CSBCL comportements à connotation sexuelle (0-6)	1,91 (1,6)	1,38 (1,66)	45	0,33*	2,07
CSBCL touchers sexuels impliquant des animaux (0-2)	0,25 (0,63)	0,1 (0,44)	40	0,28	1,96

* = $p < .05$ ** = $p < .01$ L'écart-type apparaît entre parenthèses sous la moyenne.

3.2.2 ANCOVA

Afin de mieux comprendre si les scores des enfants à la suite de la psychothérapie (post-test) varient en fonction de sa durée, c'est-à-dire, selon que l'enfant est bénéficié d'une thérapie de plus courte (12 rencontres ou moins) ou de plus longue durée (plus de 12 rencontres), des analyses ANCOVA ont été effectuées. Ces analyses ont permis de comparer les scores des enfants ayant reçu ces deux types de durée, tout en contrôlant pour les scores

des enfants au prétest. Toutes les prémisses de l'ANCOVA ont été respectées, outre celle ayant trait à la distribution normale des valeurs des populations pour la variable dépression.

Le tableau 5 rapporte les résultats aux analyses d'ANCOVA. Les résultats indiquent que les scores obtenus au post-test pour les problèmes intériorisés et extériorisés diffèrent significativement selon que la thérapie est de plus courte ou de plus longue durée. Plus précisément, à l'inverse de ce qui était escompté, en contrôlant pour les CSP et la détresse de l'enfant au prétest, on observe que les enfants qui ont reçu une psychothérapie de plus longue durée, sont ceux qui présentent le plus de problèmes extériorisés et intériorisés au post-test. Aucune autre variable ne varie significativement en fonction du fait que la thérapie est de plus courte ou de plus longue durée.

Tableau 5. Résultats des ANCOVAS selon le fait que la thérapie soit de plus courte ou de plus longue durée

Différences à la suite de la thérapie	n	Type de thérapie		F	η ²
		Plus courte durée (É-T)	Plus longue durée (É-T)		
Comportements sexuels	40	9,10 (11,38)	10,20 (9,46)	0,08	0
Problèmes intériorisés	42	57,00 (12,17)	62,95 (11,98)	4,90*	0,11
Problèmes extériorisés	42	58,90 (10,17)	67,27 (8,71)	16,44**	0,3
Anxiété	41	4,55 (2,72)	3,81 (3,27)	0,25	0,01
Dépression	41	2,35 (1,50)	2,76 (2,07)	0,84	0,02
Difficultés relationnelles	42	60,80 (10,48)	65,45 (9,38)	2,64	0,06

Estime de soi	41	20,95 (3,40)	18,71 (4,60)	3,68	0,09
Niveau de dissociation	41	6,26 (5,39)	8,41 (6,09)	1,05	0,03
Symptômes de stress post-traumatique	17	40,50 (17,09)	29,00 (18,76)	1,94	0,12

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

3.3 Objectif 3 : Facteurs associés et prédicteurs de la non-complétion de la thérapie

3.3.1 Tests t avec échantillons indépendants et tableaux croisés

Afin de répondre au deuxième objectif, soit de noter quelles caractéristiques de ceux qui ne complètent pas la thérapie se distinguent de ceux qui la complètent, des tests t à échantillons indépendants pour les variables continues ont été réalisés ainsi que des tableaux croisés pour les variables catégorielles. D'abord, il convient de préciser que le postulat de 30 participants par groupe pour les tests t a été brisé pour ce qui a trait à la variable dépendante non-complétion ($n=21$). De même, seulement les problèmes intériorisés et extériorisés ainsi que le score global d'anxiété étaient distribués normalement. Ce postulat n'a donc pas été respecté pour les autres variables à l'étude. Enfin, des tableaux croisés ont été réalisés lorsque les deux variables à comparer étaient nominales. Pour les tableaux croisés, les tailles d'effet sont interprétées en fonction du barème de Cohen (1992) où 0.10 représente une taille d'effet d'ampleur faible; 0.30 d'ampleur modérée; et 0.50 d'ampleur élevée.

Le tableau 6 présente les différences entre ceux ayant complété la thérapie et ceux ne l'ayant pas complété. Ce tableau révèle qu'il n'y a aucune différence significative entre les différentes variables analysées et le fait de ne pas compléter la thérapie.

Tableau 6. Résultats des tests *t* pour les facteurs associés au fait de compléter ou non la thérapie (*n*=67)

	Non-complétion		<i>t</i>	d
	Non	Oui		
Âge	9,02 (2,25)	9,48 (2,14)	-0,78	0,21
Variété des comportements sexuels	15,64 (10,16)	16,22 (11,35)	-0,21	0,05
Gravité des comportements sexuels	7,41 (5,76)	6,77 (5,09)	0,41	0,12
Problèmes intériorisés	62,48 (10,35)	60,76 (8,29)	0,67	0,18
Problèmes extériorisés	66,98 (9,56)	65,76 (10,65)	0,47	0,12
Estime de soi	19,04 (3,39)	21,00 (4,12)	0,05	0,52
Revenu annuel brut	4,12 (2,07)	4,15 (2,46)	0,47	0,01
Détresse psychologique du parent	24,79 (21,47)	22,02 (17,69)	0,49	0,14
Anxiété	5,02 (2,79)	4,67 (3,25)	0,46	0,12
Dépression	3,48 (3,33)	2,76 (2,14)	0,9	0,26
Difficultés relationnelles	65,22 (11,08)	64,24 (8,15)	0,36	0,1
Niveau de dissociation	9,59 (5,59)	8,24 (5,75)	0,87	0,24

Note. * = $p < .05$. ** = $p < .01$. L'écart-type apparait entre parenthèses sous la moyenne.

Le tableau 7 présente les résultats obtenus à l'aide de tableaux croisés ayant pour but de mettre de l'avant les différences associées au fait de compléter ou non la thérapie. Les deux différences significatives qui émergent du tableau 7 ont trait à la composition de la famille et le lien du répondant avec l'enfant. Il s'agit dans les deux cas d'une taille d'effet de force modéré. Or, ces résultats démontrent que les enfants qui n'ont pas complété la thérapie vivaient davantage dans leur famille d'origine et seraient davantage accompagnés par un parent biologique lors des rencontres, que ceux l'ayant complété. Inversement, les enfants qui complètent la thérapie sont plus souvent qu'autrement, ceux qui vivent en situation de placement et qui sont accompagnés par un professionnel, un parent de famille d'accueil ou encore une personne issue de la famille élargie.

Tableau 7. Résultats des tableaux croisés quant à la non-complétion de la thérapie en fonction des caractéristiques sociodémographiques (n=67).

	Non-complétion		χ^2	Φ
	Oui	Non		
Sexe de l'enfant				
Fille	11 (30,6%)	30 (44,1%)	1,81	0,13
Garçons	25 (69,4%)	38 (55,9%)		
Composition de la famille				
Ne vit pas en situation de placement	15 (71,4%)	21 (45,7%)	3,85	-0,24*
Vit en situation de placement	6 (28,6%)	25 (54,3%)		
Occupation de la mère				
Pas de travail rémunéré	15 (71,4%)	31 (67,4%)	0,11	-0,04
Travail rémunéré	6 (28,6%)	15 (32,6%)		
Niveau de scolarité de la mère				
Secondaire 5 ou moins	10 (52,6%)	21 (53,8%)	0	0,01

Plus qu'un secondaire 5	9 (47,4%)	18 (46,2%)		
Occupation du père				
Pas de travail rémunéré	9 (42,9%)	26 (56,5%)	1,08	0,13
Travail rémunéré	12 (57,1%)	20 (43,5%)		
Niveau de scolarité du père				
Secondaire 5 ou moins	8 (47,1%)	18 (60%)	0,74	0,13
Plus qu'un secondaire 5	9 (52,9%)	12 (40%)		
Lien de l'enfant avec le répondant				
Pas un parent biologique	6 (28,6%)	25 (54,3%)	3,85	0,24*
Parent biologique	15 (71,4%)	21 (45,7%)		
Revenu familial brut				
29 999\$ et moins	10 (50,0%)	15 (44,1%)	1,75	-0,06
30 000\$ et plus	10 (50,0%)	19 (55,9%)		

Note. * = $p < .05$. ** = $p < .01$. Le pourcentage apparaît entre parenthèses à côté de l'effectif.

3.3.2 Régression logistique

Le tableau 8 fait état des résultats d'une régression logistique visant à prédire la non-complétion de la thérapie. La régression logistique ne permet toutefois pas de prédire la non-complétion. De plus, aucune variable dans le modèle n'apparaît comme étant statistiquement significative.

Il est important de préciser qu'il y a eu bris de postulat pour ce qui a trait à la spécification du modèle (Guay, 2018). En effet, nous n'avons pas accès à toutes les variables pertinentes d'une part, et un n de 53 participants limitait le nombre de prédicteurs pouvant être

insérés dans le modèle d'autre part. Plus précisément, l'une des prémisses de la régression logistique est qu'il y ait au minimum 10 observations pour chaque variable indépendante (Guay, 2018) et donc, seulement 5 variables ont pu être incluses dans le modèle.

Tableau 8. *Résultats de la régression logistique visant à prédire la non-complétion de la thérapie (n=53).*

Prédicteurs de la non-complétion	<i>B</i>	<i>Erreur type</i>	<i>Wald</i>	<i>Exp (B)</i>
Âge de l'enfant	0,33	0,16	4,25	1,39
Faible statut socioéconomique	0,03	0,67	0	1,03
Problèmes de comportements extériorisés	0,03	0,04	0,61	1,03
L'enfant vit en milieu substitut	-0,62	0,72	0,73	0,54
Détresse psychologique du parent	-0,01	0,02	0,17	0,69
Constante	-4,89	3,16	2,41	0,01
<i>Chi Carré</i>			6,07	
<i>Nagelkerke R carré</i>			0,15	
<i>Note. * = p < .05, ** = p < .01</i>				

Chapitre 4 : Discussion et conclusion

Discussion

En ce qui a trait aux caractéristiques sociodémographiques, les résultats dépeignent que plusieurs familles sont confrontées à des défis témoignant d'une certaine adversité, incluant un faible revenu, un faible niveau d'instruction chez les parents, ainsi que le retrait de l'enfant de son domicile familial en vertu de la loi de la protection de la jeunesse. Bien que ces situations d'adversité caractérisent l'environnement familial de certains de ces enfants (37,3%-46,6%), il convient de préciser que les résultats de la présente étude mettent également en lumière une hétérogénéité dans les situations familiales. En ce qui a trait aux difficultés concomitantes, les résultats révèlent que des proportions importantes (11,9%-64,2%) d'enfants obtiennent des scores atteignant le seuil clinique quant à certaines échelles de problèmes comportementaux et émotionnels (p. ex : *CBCL*, *CDI*, *CDC*). Plus précisément, près de la moitié des enfants manifestent des problèmes intériorisés atteignant le seuil clinique alors que près des deux tiers sont aux prises avec des problèmes de comportements extériorisés, également jugés cliniques. Les enfants évalués présentent aussi des niveaux de détresse sur des échelles mesurant leurs réactions à des expériences potentiellement traumatiques. Ainsi, un peu plus du tiers de l'échantillon obtient un score atteignant le seuil clinique sur l'échelle de dissociation et un peu moins du tiers présente des symptômes de stress post-traumatique.

La présente étude avait également pour but d'analyser les différences sur le plan des CSP et des difficultés concomitantes entre le début et la fin de la thérapie. En effet, peu d'études ont cherché à noter les changements observables à la suite d'une thérapie destinée aux enfants aux prises avec des CSP. Outre l'étude de Gagnon, Tremblay et Bégin (2005), les résultats des études évaluant l'efficacité de telles thérapies fournissent peu d'information sur les changements observés quant aux difficultés concomitantes (Bonner *et al.*, 1999; Pithers et Gray, 1998; Pithers *et al.*, 1998; Silvosky *et al.*, 2007). L'apport principal de la présente recherche est donc de s'être intéressé aux différences entre le prétest et le post-test quant aux difficultés qui se manifestent en parallèle aux CSP, et ce, avec un échantillon varié d'enfants. Les résultats révèlent que non seulement les CSP diminuent à la suite de la thérapie, mais aussi les problèmes d'ordre intériorisé et extériorisé, de même que les symptômes de stress post-traumatique et de dissociation. Les variables ayant trait à l'anxiété, la dépression, l'estime

personnelle et les difficultés relationnelles demeurent toutefois stables entre les deux temps de mesure.

Enfin, cette recherche visait à déterminer si les facteurs associés à la non-complétion de la thérapie ayant préalablement été identifiés dans la littérature scientifique permettent de prédire la non-complétion au sein de l'échantillon choisi. Le haut taux d'attrition observé dans la présente étude, mais également dans la majorité des études évaluatives s'intéressant aux enfants présentant des CSP (Bonner *et al.*, 1999; Silvosky *et al.*, 2007; Gagnon *et al.*, 2005) justifie l'intérêt, voir même la nécessité de mieux comprendre qui sont les enfants et plus largement, les familles qui ne complètent pas la thérapie. En effet, certains chercheurs argumentent qu'un moyen d'augmenter l'efficacité d'une thérapie résiderait dans le fait de limiter son abandon (Davis *et al.*, 2006). À notre connaissance, il s'agit d'ailleurs de la première étude au Québec qui s'intéresse à la non-complétion de la thérapie pour ce type de population. Les résultats révèlent que les enfants qui ne complètent pas la thérapie vivent davantage dans leur famille et sont accompagnés d'un parent biologique lors des rencontres en suivi. Outre ces deux variables, aucune différence significative ne permet de distinguer les enfants qui complètent la thérapie de ceux qui ne la complètent pas. Également, il s'avère qu'aucun modèle de régression logistique ne permet de prédire la non-complétion.

4.1 Description de l'échantillon à l'étude

4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les résultats révèlent que près des deux tiers (65,7%) de l'échantillon d'enfants aux prises avec des CSP sont des garçons et qu'ils sont âgés en moyenne de 9,16 ans. La proportion plus importante de garçons dans l'échantillon s'insère dans la même lignée que les études concluant que les CSP sont plus fréquemment observables chez les enfants de sexe masculin, que féminin (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016). Le présent échantillon d'enfants apparaît assez homogène en ce qui a trait à la clientèle visée, soit des enfants présentant des CSP sans antécédent d'agression sexuelle. Il est donc davantage épuré que ceux des autres études évaluant les retombées de thérapies (Bonner *et al.*, 1999; Gagnon, Tremblay

et Bégin, 2005; Pithers et Gray, 1998; Pithers *et al.*, 1998; Silvosky *et al.*, 2007 ; Tremblay et Bégin, 2008) présentant des taux élevés d'enfants à la fois victime d'agression sexuelle et aux prises avec des CSP. La composition familiale était assez hétérogène (p.ex. : famille intacte, recomposée, monoparentale ou milieux substituts) bien qu'il y ait une prédominance d'enfants vivant en milieux substituts (46,3%) et vivant dans une famille de type monoparentale (22,4%). Ces résultats corroborent les observations de Boisvert et collègues (2016) et sont similaires à ceux de l'étude québécoise de Gagnon, Tremblay et Bégin (2005) où la majorité de leur échantillon vivait en milieux substituts (69,8%) et près du quart dans une famille monoparentale (18,6%). Également, seulement un peu plus de la moitié des enfants du présent échantillon (53,8%) étaient accompagnés d'un parent biologique, alors que près du quart était accompagné par un professionnel (19,4%). Les enfants étaient accompagnés par un parent de famille d'accueil dans 11,9% des cas.

Le revenu annuel familial était en deçà du seuil de faible revenu recensé au Québec en 2016 (Institut de la statistique du Québec, 2019) pour 37,3% des familles. À cet effet, la recension systématique des facteurs associés de Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux (2016) concluait que les enfants avec des CSP vivent davantage dans des familles ayant un faible statut socioéconomique. En outre, ces résultats reflètent le constat que les enfants aux prises avec des CSP représentent une population plutôt hétérogène sur le plan des caractéristiques sociodémographiques, bien qu'ils vivent plusieurs situations d'adversité (p. ex : retrait de l'enfant de son domicile familial, faible statut socioéconomique).

4.1.2 Difficultés concomitantes

Les résultats indiquent que près de la moitié des enfants (49,3%) se trouvent dans la zone clinique pour les problèmes d'ordre intériorisé. Comparativement au score de problèmes intériorisés rapportés par les parents, les enfants rapportaient des scores moindres pour les échelles mesurant leur niveau d'anxiété et de dépression. Plus spécifiquement, 17,9% des enfants ont obtenu un score clinique à l'échelle d'anxiété et 11,9% à l'échelle de dépression. Le manque de cohérence entre les résultats rapportés par les parents et les enfants par rapport aux problématiques vécues par ces derniers n'apparaît pas comme une situation isolée, mais plutôt comme une réalité à laquelle plusieurs auteurs se sont heurtés et ayant fait l'objet de divers écrits scientifiques (Achenbach, 2011; Bein, Petrik, Saunders et Wojcik, 2015; Duhig,

Renk, Epstein, Phares, 2000). Les résultats de la méta-analyse de Duhig et al. (2000) indique d'ailleurs qu'il y avait davantage de divergences entre les scores rapportés par les parents et leur enfant pour les problèmes intériorisés, que pour les problèmes extériorisés. De même, à l'instar de notre étude, celle de Bein et al., (2015) révèle aussi que les enfants rapportaient un niveau plus bas de problèmes intériorisés que leur parent.

Pour ce qui est des problèmes du registre extériorisé, 64,2% des enfants présentaient des scores cliniques avant de débiter leur thérapie à la FMV. Le score de problèmes extériorisés ainsi que le score global de trouble de comportement étaient d'ailleurs les deux scores cliniques les plus prévalents au sein de l'échantillon. Ces résultats n'apparaissent pas surprenants, considérant qu'ils ont été identifiés dans la littérature scientifique comme se présentent fréquemment en parallèle aux CSP (Allen, 2017; Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016 ; Bonner *et al.*, 1999 ; Elkovitch *et al.*, 2009 ; Gray, Pithers *et al.*, 1999; Lepage *et al.*, 2010). Tel qu'expliqué précédemment dans la recension des écrits, certains auteurs ont même proposé de rassembler les CSP dans le construit plus large des troubles de comportement (Friedrich et Luecke, 1998; Lepage *et al.*, 2010; Silovsky *et al.*, 2007). En se basant sur la littérature scientifique existante (Elkovitch *et al.*, 2009; Newton, Litrownik, Landsverk, 2000; Vanderfaeillie *et al.*, 2013), il est possible d'envisager que le fait que près de la moitié des enfants composant l'échantillon ont été retirés de leur famille et vivait en situation de placement au moment de la collecte de données pourrait contribuer au maintien et au développement de problèmes extériorisés et intériorisés.

Une proportion non négligeable de l'échantillon (32,8%) présentait également un niveau clinique de dissociation. Ce résultat peut d'ailleurs être interprété en fonction des antécédents de victimisation chez plusieurs enfants présentant des CSP (Bonner *et al.*, 1999; Friedrich *et al.*, 2003; Gray *et al.*, 1999; Lepage *et al.*, 2010; Lussier *et al.*, 2019; Tarren-Sweeny, 2008; Tremblay et Bégin, 2008). Comme le proposait Tarren-Sweeny (2008) certaines de ces victimisations peuvent être vécues de façon traumatique par l'enfant et mener à des épisodes dissociatifs.

Enfin, sur les 35 enfants ayant rempli le questionnaire portant sur les symptômes de stress post-traumatique, presque l'entièreté d'entre eux présentait des symptômes de réexpérimentation (33 enfants, soit 49,3% de l'échantillon total), alors que 25 d'entre eux présentaient des symptômes d'hypervigilance et 29 des symptômes d'évitement. Ce résultat

s'apparente à ceux des études passées (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016; Bonner *et al.*, 1999; Gray *et al.*, 1999; Silvosky *et al.*, 2007) concluant que les symptômes de stress post-traumatique sont fréquemment observés de façon conjointe aux CSP.

4.2 Changements observés à la suite de la psychothérapie

4.2.1 Différences entre le prétest et le post-test

Les résultats indiquent que les enfants s'améliorent quant aux variables ayant trait aux CSP, aux problèmes intériorisés et extériorisés, au niveau de dissociation ainsi qu'aux symptômes de stress post-traumatique entre le prétest et le post-test. De façon générale, cela s'apparente aux recherches évaluatives passées révélant des effets positifs pour les thérapies d'approche cognitive comportementale en matière de CSP (Bonner *et al.*, 2001; Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005; Pithers et Gray, 1998; Silvosky *et al.*, 2007). Premièrement, la diminution significative de CSP à la suite de la psychothérapie va dans le même sens que les résultats des études antérieures (Bonner *et al.*, 2001; Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005; Pithers et Gray, 1998; Silvosky *et al.*, 2007) qui rapportent également une diminution des CSP chez les enfants après avoir pris part à une intervention spécialisée. Contrairement à la présente étude, les recherches antérieures ne se sont pas intéressées spécifiquement aux différentes catégories de CSP manifestés. Par conséquent, il n'est pas possible de dresser un parallèle entre nos résultats et ceux des autres études. La présente étude atteste par ailleurs d'une réduction significative des CSP dirigés vers soi, mais aussi dirigés vers les autres à la suite de la psychothérapie. De même, les parents rapportaient des scores significativement plus bas pour les catégories de comportements sexuels en lien avec la nudité (p. ex : montre ses parties génitales aux enfants/adultes, regarde ou essaie de regarder des photos de personnes nues) ainsi que les comportements à connotation sexuelle (p. ex : imite des relations sexuelles avec des enfants, adopte un comportement de séduction). Les enfants ne présentaient pas de changements significatifs entre le prétest et le post-test quant aux quatre autres catégories de comportements sexuels répertoriés dans la partie A du CSBCL (comportements sexuels verbaux, comportements d'observation, comportements en lien avec les frontières physiques, touches sexuels impliquant les animaux). Or, il importe ici de préciser que cet instrument de

mesure était administré aux parents et donc, que les scores obtenus à ce questionnaire relevaient uniquement de ce dont ils avaient connaissance. Les comportements sexuels moins visibles ou encore, ceux jugés moins problématiques pour les parents pourraient donc passer inaperçus et ne pas être décelés par le questionnaire. Dans cette optique, les CSP moins flagrants des enfants, notamment les comportements d'observation (p. ex. : aime regarder des scènes d'activités sexuelles à la télévision, dans les jeux vidéo ou dans les films ; essaie d'observer les autres quand ils sont à la salle de bain) et ceux en lien avec les frontières physiques (p.ex. : semble être trop facilement porté vers des adultes inconnus ; se tient trop près des gens physiquement) pourraient d'emblée obtenir des scores moins élevés au prétest puisque ce sont les parents qui les évaluent, mais aussi faire l'objet d'une plus faible supervision pendant la thérapie, ce qui expliquerait que des résultats similaires pour ces catégories soient rapportés au post-test. Ces résultats pourraient également s'expliquer par le fait que les CSP sont souvent répertoriés dans les écrits (Bonner *et al.*, 1999; Hall *et al.*, 2002; Lepage *et al.*, 2010) en deux grandes catégories, soit ceux dirigés vers soi ou ceux dirigés vers les autres, ce qui pourrait faire en sorte qu'une attention plus accrue leur soit allouée. Par ailleurs, les CSP dirigés vers les autres sont ceux qui ont le plus diminué entre les deux temps de mesure, ce qui pourrait découler du fait qu'ils sont souvent considérés comme étant les plus problématiques.

Deuxièmement, les enfants participant à la psychothérapie offerte à la FMV présentaient significativement moins de problèmes intériorisés au post-test, comparativement au prétest. Ce résultat va dans le même sens que l'étude de Gagnon et ses collègues (2005), qui reposait sur une intervention de groupe et qui révélait des changements positifs quant aux comportements d'ordre intériorisé manifestés par les enfants. L'étude de Bonner *et al.* (1999) a également noté des changements significatifs entre les deux temps de mesure quant aux scores obtenus au CBCL pour les deux interventions de groupe évaluées (TCC et thérapie psychodynamique). Les résultats de Silvosky et ses collègues (2007) révélaient quant à eux que les problèmes de comportements des enfants d'âge préscolaire participant à une thérapie de groupe demeuraient dans la zone clinique après l'intervention. Ces deux dernières études évaluaient cependant le score global de troubles de comportements, sans distinction pour les problèmes intériorisés et extériorisés.

Troisièmement, une diminution significative des problèmes extériorisés a été observée à la fin de la thérapie. Ce résultat s'avère d'ailleurs particulièrement intéressant étant donné que la littérature scientifique soutient que ces comportements sont particulièrement stables et difficiles à modifier (Finkehlor et Berliner, 1995; Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005). Il est toutefois important de souligner qu'en dépit de ce résultat, un nombre considérable d'enfants (n=22) présentait toujours un score clinique de problèmes extériorisés à la suite de la thérapie. Plus spécifiquement, 48% des enfants ayant terminé la thérapie sont dans la zone jugée clinique en ce qui a trait aux problèmes extériorisés, comparativement à 65% avant la thérapie. Dans cette même lignée, l'étude de Gagnon et ses collègues (2005) cherchant à évaluer l'intervention de groupe *À la croisée des chemins* n'avait quant à elle pas révélé de progression quant aux problèmes extériorisés manifestés par les enfants entre le début et la fin de l'intervention. De ce fait, les enfants ayant participé au programme présentaient toujours des scores d'ordre clinique pour les sous-échelles d'agressivité et de délinquance, mais aussi plus globalement, pour l'échelle de problèmes extériorisés (Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005). En outre, ces résultats suggèrent qu'une attention particulière soit accordée aux problèmes extériorisés lors du développement de programmes d'intervention afin de permettre qu'encore davantage d'enfants passent à un seuil non clinique après avoir fait l'intervention.

Quatrièmement, à l'instar de l'étude de Silvosky et ses collègues (2007), une diminution significative des symptômes de stress post-traumatique a été notée. Ce résultat nécessite toutefois d'être interprété avec précaution, considérant le petit échantillon sur lequel il repose (N=18). Tel que mentionné préalablement, seulement les enfants ayant été évalué par leur clinicienne comme ayant potentiellement vécu un événement traumatique ont répondu au CITES-II, soit l'instrument de mesure administré afin de documenter la présence de symptômes de stress post-traumatique. La réduction notable de ces symptômes s'avère néanmoins encourageante, étant donné qu'ils ont été identifiés dans la littérature scientifique comme étant une comorbidité fréquente des CSP (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016; Bonner *et al.*, 1999; Gray *et al.*, 1999; Silvosky *et al.*, 2007).

Enfin, les enfants participant à la thérapie présentaient un niveau de dissociation significativement plus bas après l'avoir complété. La réduction du niveau de dissociation des enfants participant à la thérapie apparaît donc particulièrement intéressante considérant la proportion notable d'enfants se retrouvant dans la zone clinique avant le début de

l'intervention. En effet, tel qu'illustré dans le tableau 2 de la section des résultats, 32,8% de l'échantillon d'enfants manifestant des CSP présentaient un score clinique de dissociation lors du premier temps de mesure. Les résultats de plusieurs études sur les enfants manifestant des CSP (Bonner *et al.*, 1999; Friedrich *et al.*, 2003; Gray *et al.*, 1999; Lepage *et al.*, 2010; Lussier *et al.*, 2019; Tarren-Sweeny, 2008; Tremblay et Bégin, 2008) indiquent qu'un nombre élevé d'entre eux a été exposé à de la violence et/ou de la maltraitance. Également, il est proposé que la dissociation pourrait être une stratégie utilisée par les enfants ayant vécu de la maltraitance sévère pour faire face au traumatisme en découlant (Haugaard, 2004). En tenant compte de ces résultats, il est possible d'avancer l'hypothèse que plusieurs enfants de notre échantillon aient aussi été exposés à des expériences potentiellement traumatiques les amenant à vivre des épisodes de dissociation. Or, comme le proposait Lussier *et al.* (2019), les CSP pourraient être mieux compris en tenant compte du trauma comme facteur associé à leur développement et leur maintien. En d'autres mots, reconnaître que les enfants qui manifestent des CSP ont, plus souvent qu'autrement, vécu très tôt dans leur vie, plusieurs situations d'adversité, notamment de la polyvictimisation, et que ces situations ont affecté plusieurs sphères de leur fonctionnement pourrait permettre de mieux comprendre la problématique des CSP (Lussier *et al.*, 2019). Ces constats justifient l'intérêt d'inclure à l'intervention une composante centrée sur le trauma, comme il avait été préalablement proposé par Gil et Shaw (2013) ainsi que Chaffin et ses collègues (2006).

Les résultats de la présente étude indiquent cependant une certaine stabilité en ce qui a trait au score global d'anxiété et de dépression. Ces deux scores étaient par ailleurs répertoriés à l'aide de questionnaires administrés aux enfants, contrairement au score de problèmes intériorisés qui découlait du CBCL administré aux parents. En ce sens, la discordance dans ces résultats pourrait s'expliquer d'une part par le fait que les problèmes intériorisés réfèrent à un construit plus large, englobant non seulement l'anxiété, mais aussi le retrait et la somatisation. Les enfants pourraient donc, ne pas avoir noté de changements flagrants sur le plan de leur niveau global d'anxiété et de dépression, mais leurs parents quant à eux pourraient observer des améliorations de façon plus générale quant à leurs problèmes d'ordre intériorisé. D'autre part, une explication possible de ces résultats pourrait découler du fait que les parents ont une vision plus holistique et nuancée de la situation. Alors que les enfants n'identifient pas

toujours bien les changements et ont une capacité plus limitée à établir des liens cognitifs entre leurs pensées et leurs comportements. Ainsi, lorsque les enfants sont très symptomatologiques, ils identifient mieux les changements qui prennent place, ce qui n'était pas le cas pour les variables ayant trait à l'anxiété et la dépression. Van de Looji-Jansen *et al.* (2011) suggèrent toutefois de s'intéresser à la fois aux mesures collectées auprès des parents et de leurs enfants, car les résultats de leur étude indiquent que lorsque les parents sous-évaluent les problèmes de leurs enfants, ces derniers sont plus susceptibles de développer des problèmes intériorisés dans le futur.

En somme, Finkelhor et Berliner (1995) argumentent que bien qu'il soit impossible de conclure que les changements observés chez les participants à la suite de la thérapie découlent directement et uniquement de celle-ci en raison du devis utilisé (pré-post), force est de constater que ce qui ne change pas entre les deux temps de mesure met en évidence les lacunes de la thérapie. Or, les différentes variables analysées (p. ex : estime de soi, dépression, anxiété, difficultés relationnelles) n'ayant pas démontré de changements significatifs à la suite de la psychothérapie devraient faire l'objet d'une attention particulière afin de mieux comprendre les raisons sous-jacentes à leur stabilité à travers la thérapie. Ces résultats pourraient néanmoins s'expliquer par la grande hétérogénéité caractérisant ces enfants (Chaffin *et al.*, 2006; Friedrich, 2007; Elkovitch *et al.*, 2009; Gagnon et Tourigny, 2011), faisant ainsi en sorte qu'ils présentent des symptomatologies très différentes. En ce sens, il s'avère plus difficile de déceler un effet de groupe quant à certaines problématiques précises et peut-être par le fait même, moins répandu chez cette population clinique. À l'instar de la littérature scientifique (Chaffin *et al.*, 2006; Elkovitch *et al.*, 2009; Gagnon et Tourigny, 2011), ces résultats reflètent l'importance d'une intervention individualisée.

4.2.2 Différences entre une thérapie de plus courte ou de plus longue durée

Les résultats de la présente étude ne révèlent aucune différence significative entre les enfants ayant complété une thérapie de plus courte ou de plus longue durée en ce qui a trait aux résultats obtenus au post-test pour les variables suivantes : variété des CSP, estime de soi, dissociation, symptômes de stress post-traumatique, anxiété et dépression. Toutefois, les scores obtenus à la suite de la thérapie pour les problèmes intériorisés et extériorisés diffèrent

significativement en fonction du fait qu'une thérapie de plus longue durée ait été complétée, comparativement à une thérapie de plus courte durée. En effet, les enfants qui présentent un niveau élevé de problèmes extériorisés ou intériorisés complètent plus souvent qu'autrement, une thérapie de plus longue durée (comprenant plus de 12 rencontres). Cette stratégie d'analyse visait à pallier en partie pour l'absence de groupe témoin en intégrant l'effet de la durée de la thérapie, mais les résultats obtenus ne vont pas dans le sens escompté pour la majorité des variables. Une thérapie de plus longue durée n'est pas associée à moins de détresse et de CSP chez les enfants, et même que pour deux variables (problèmes intériorisés et extériorisés) l'effet est inversé (c'est-à-dire que ceux qui complètent une thérapie de plus longue durée tendent à avoir des scores plus élevés au post-test). Ces résultats ont été discutés lors d'une rencontre avec l'équipe clinique de la FMV et découleraient du fait que davantage de rencontres sont offertes lorsque les enfants présentent plus de difficultés concomitantes. La possibilité que les problèmes extériorisés augmentent parce que l'emphase thérapeutique est centrée sur la diminution des CSP a aussi émergé de la discussion avec l'équipe clinique. Dans ces cas, il est possible que les problèmes extériorisés remplacent en quelque sorte les CSP, faute de faire usage de stratégies d'adaptations différentes pour réguler la détresse. À cet effet, la phase 2 d'implantation de la thérapie comporte désormais une composante visant la mise en pratique de stratégies à mettre en place pour mieux réguler les besoins de l'enfant. Par exemple, pour la régulation de la colère, l'objectif est d'aider l'enfant ainsi que son parent à identifier des contextes/situations qui suscitent fréquemment une réaction de colère très intense. Ils sont ensuite amenés à identifier les éléments précurseurs de cette situation. Dès lors que ses précurseurs sont identifiés, l'enfant et le parent peuvent mieux les reconnaître dans leur quotidien et user d'une stratégie alternative que la colère pour leur faire face (p. ex : se retirer ; prendre de grandes respirations ; mettre par écrit ce qu'on ressent et une fois calmé, aller en parler à la personne concernée, etc.).

4.3 Facteurs associés et prédicteurs de la non-complétion de la thérapie

4.3.1 Différences entre ceux qui complètent ou non la psychothérapie

Des taux d'attrition élevés sont rapportés dans les programmes destinés aux jeunes en difficulté (Bonner *et al.*, 1999; Boisvert *et al.*, 2008; Danko *et al.*, 2016; Eslinger *et al.*, 2014; Kadzin *et al.*, 1997; Silvosky *et al.*, 2007; Wergeland *et al.*, 2015; Wierzbicki et Pekarik, 1993) et la thérapie utilisée dans la présente étude ne fait pas exception à ce phénomène avec son taux d'attrition s'élevant à (31,4%). Cette perte de participation considérable pourrait notamment être le reflet de l'instabilité des familles ayant un enfant aux prises avec des CSP (Tougas *et al.*, 2016). Il a d'ailleurs été proposé par Tougas *et al.* (2016) que la perte de participation en cours de suivi pourrait refléter l'instabilité des familles ayant un enfant aux prises avec des CSP (Tougas *et al.*, 2016). En effet, tel que la littérature scientifique le souligne, ces familles font l'objet de plusieurs situations d'adversités (Boisvert *et al.*, 2016 ; Chaffin *et al.*, 2006; Elkovitch *et al.*, 2009; Friedrich *et al.*, 2003; Tougas *et al.*, 2016) qui pourraient potentiellement accroître leurs difficultés de mobilisation dans la thérapie. À notre connaissance, bien qu'aucune étude ne porte spécifiquement sur la non-complétion de la psychothérapie chez les enfants aux prises avec des CSP, l'étude évaluative de Bonner et ses collègues (1999) et celle de Silvosky et ses collègues (2007) ont spécifié que les enfants qui complétaient la psychothérapie ne se distinguaient pas de ceux ne l'ayant pas complété en regard des différentes données sociodémographiques analysées ainsi que des scores obtenus aux différents questionnaires. Leurs résultats vont dans le même sens que ceux de la présente étude, révélant que les enfants et les parents participant à la TCC offerte à la FMV avaient obtenu des scores similaires aux différents instruments de mesure administrés, de même qu'ils présentaient des caractéristiques sociodémographiques semblables en regard de la majorité des variables testées (p.ex. : âge, sexe, revenu familial annuel brut).

La présente étude révèle deux différences significatives entre les deux groupes : les enfants qui complètent la thérapie vivent davantage en situation de placement et ne sont pas accompagnés d'un parent biologique lors des rencontres précédant et suivant la thérapie, comparativement à ceux qui ne la complètent pas. Il apparaît donc intéressant de faire le pont entre ces résultats et ceux de l'étude de Gagnon, Tremblay et Bégin (2005), mettant en lumière que les enfants qui n'avaient pas complété la thérapie étaient ceux qui étaient accompagnés de leur parent biologique. Ces auteurs ont d'ailleurs expliqué le haut taux de participation de leur

étude (90,6%) par le constat que presque l'entièreté de leur échantillon vivait en situation de placement et avait par le fait même toujours accès à un moyen de transport permettant qu'ils soient présents à chacune de leur rencontre (Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005).

Comme il a été argumenté préalablement, à défaut d'avoir accès à davantage d'information sur la non-complétion de la thérapie chez les enfants aux prises avec des CSP, nous nous sommes intéressés à des études portant sur des populations connexes (enfants aux prises avec diverses problématiques et adolescentes victimes d'AS) afin d'avoir une meilleure compréhension de ce phénomène. Différents parallèles entre leurs résultats et ceux de notre étude peuvent donc être établis. D'abord, à l'instar de l'étude de Boisvert et ses collègues (2008) portant sur les adolescentes victimes d'AS, aucune différence significative n'a été observée entre les enfants complétant ou non la thérapie sur le plan des variables relatives à l'âge, le niveau de scolarité et la symptomatologie. Toutefois, contrairement aux résultats de la méta-analyse de Werzibicki et Pekarik (1993) portant sur l'abandon de psychothérapies, aucune différence n'est observée dans le taux de non-complétion de la thérapie entre les filles et les garçons, de même que le niveau de scolarité et de revenu des parents. De surcroît, l'étude de Kadzin et al., (1993) a démontré que les enfants qui ne complétaient pas la thérapie vivaient davantage dans des familles ayant un faible statut socioéconomique, présentaient plus de problèmes extériorisés, de difficultés scolaires et avaient de façon générale, davantage de symptômes associés à des troubles psychiatriques, que les enfants qui la complétaient. D'ailleurs, le résultat ayant trait au fait que la présence de problèmes extériorisés soit associée à l'abandon en cours de thérapie a été répliqué à maintes reprises dans les recherches (Boisvert *et al.*, 2008; Esligner *et al.*, 2014; Sprang *et al.*, 2012), mais à l'instar des autres variables énumérées, aucune de ses différences n'est apparue significative dans la présente étude. L'étude de Sprang et ses collègues (2012) reposant sur une thérapie centrée sur le trauma, a quant à elle trouvé un lien significatif entre le fait de vivre en situation de placement et de compléter la thérapie. Ces auteurs ont alors émis l'hypothèse que cette association puisse s'expliquer par le fait que la thérapie a été ordonnée par les services de protection de la jeunesse ou la Cour, mais aussi par le fait que les enfants ont davantage accès à un moyen de transport constant, de même qu'à des assurances médicales (Sprang *et al.*, 2012). Ces explications pourraient également s'appliquer à notre échantillon et expliquer en partie

pourquoi les enfants qui vivent en situation de placement complètent davantage la thérapie. Tel que mentionné précédemment, les enfants aux prises avec des CSP présentent aussi plusieurs difficultés concomitantes (Allen, 2017; Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016; Bonner *et al.*, 1999; Elkovitch *et al.*, 2009; Gray *et al.*, 1999; Lepage *et al.*, 2010), ce qui fait en sorte que leurs parents sont très sollicités et peut par le fait même nuire considérablement à leur mobilisation dans la thérapie. Aussi, tel que mentionné dans la littérature scientifique (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016; Bonner *et al.*, 1999; Chaffin *et al.*, 2006; Elkovitch *et al.*, 2009; Friedrich, 2007; Gagnon et Tourigny, 2011; Lussier *et al.*, 2019; Silvosky *et al.*, 2007; Tremblay et Bégin, 2008), ces familles font face à plusieurs situations d'adversité (p. ex : difficultés financières, toxicomanie, violence au sein de la famille) qui peuvent affecter la capacité des parents à s'investir dans une thérapie. Par conséquent, ces deux constats pourraient expliquer que les enfants qui vivent dans leur famille (famille intacte, monoparentale ou recomposée) et qui sont accompagnés d'un parent biologique lors des rencontres sont plus prompts à ne pas compléter la thérapie. Il convient cependant d'interpréter ces constats avec précaution, en gardant à l'esprit les résultats de l'étude de Vanderfaillie et ses collègues (2013) révélaient que la majorité des enfants vivant en situation de placement présentaient un niveau de problèmes de comportements (intériorisés et extériorisés) similaire ou plus élevé après une période de deux ans. De ce fait, ces auteurs suggèrent que le placement peut être vécu comme un événement traumatique pour l'enfant, qui se voit soudainement séparé de ses parents, ce qui peut par le fait même favoriser l'émergence de problèmes de comportements (Vanderfaillie *et al.*, 2013).

À la lumière de ces résultats, il est possible d'affirmer que de chercher à limiter les différents obstacles nuisant à la participation des parents biologiques dans la thérapie (p. ex : accès à un moyen de transport) serait une avenue à privilégier afin d'augmenter la rétention des participants en cours de suivi.

4.3.2 Prédicteurs de la non-complétion

Enfin, certaines caractéristiques sont ressorties des recherches comme prédisant l'abandon chez les enfants participant à une psychothérapie, notamment un faible statut socioéconomique (Kadzin *et al.*, 1997; Kadzin *et al.*, 1993; Wierzbicki et Pekarik, 1993), la

présence de troubles extériorisés sévères (Boisvert *et al.*, 2008; Eslinger *et al.*, 2014; Kadzin *et al.*, 1997; Kadzin *et al.*, 1993), l'âge de l'enfant (Eslinger *et al.*, 2014) une faible estime de soi (Davis *et al.*, 2006), le niveau d'éducation des parents (Danko *et al.*, 2016 ; Wierzbicki et Pekarik, 1993), la structure familiale (Danko *et al.*, 2016; Kadzin *et al.*, 1994) ainsi que le sexe du patient (Danko *et al.*, 2016). Toutefois, aucune de ces variables n'est apparue comme prédictive de la non-complétion dans la présente étude. Il convient ici de réitérer que ces variables ayant été identifiées dans les écrits scientifiques comme prédisant l'abandon ne font pas toujours consensus et que ces études comportaient certaines limites méthodologiques considérables, ne permettant par le fait même pas de dresser un portrait clair et exhaustif des prédicteurs de l'abandon (Kadzin *et al.*, 1997). Il n'apparaît donc pas particulièrement surprenant qu'elles n'aient pas permis de prédire qui ne complétait pas la psychothérapie au sein de notre échantillon. Qui plus est, en dépit du fait que les variables reposant sur le fait de vivre en situation de placement et d'être accompagné d'un parent biologique lors des rencontres sont apparues significatives dans les analyses bivariées visant à distinguer ceux qui complètent la thérapie, de ceux qui ne la complètent pas, elles n'apparaissent pas prédictives de la non-complétion. Une explication possible de ce résultat pourrait découler de la faible taille de l'échantillon ($n = 53$), qui réduit considérablement la puissance statistique des régressions logistiques, ce qui, par le fait même, pourrait empêcher de déceler des différences entre les individus. En outre, comme les différents modèles réalisés ne prédisent par le fait de compléter ou non la thérapie, il semble possible d'affirmer que les caractéristiques de l'enfant n'expliquent pas la continuité dans la thérapie. Cela va dans le même sens que l'étude de Kadzin *et al.* (1993) qui souligne que c'est davantage l'accumulation de facteurs de risque (caractéristiques familiales, parentales et de l'enfant) qui mèneraient à une plus grande propension à l'abandon (Kadzin *et al.*, 1997). Or, il faudrait peut-être se tourner également vers les caractéristiques des parents, considérant que les enfants dépendent de ceux-ci (Boisvert *et al.*, 2008). Kadzin *et al.* (1993) mettaient notamment en lumière la place centrale que les parents jouent dans la décision de compléter ou non la thérapie. En ce sens, s'intéresser aux différentes formes d'adversité vécues par les familles (p.ex : violence, toxicomanie, troubles de santé mentale) afin de voir si elles influent sur la propension à la non-complétion semblerait être une avenue intéressante à explorer. Tel que proposé par Boisvert et ses collègues (2008) et mis de l'avant dans le modèle de Kadzin et ses collègues (1997) cherchant

à expliquer l'abandon en cours de suivi, il pourrait également être pertinent de se pencher plus étroitement sur l'alliance thérapeutique afin de noter si elle a une influence sur le fait de compléter ou non la thérapie et le cas échéant, dans quelle mesure.

4.4 Forces et limites sur le plan méthodologique

La présente étude a été rendue possible grâce à la collaboration d'un milieu clinique (la FMV). Or, il convient de préciser que de travailler dans un milieu clinique naturel implique son lot de limites sur le plan méthodologique, lesquelles sont présentées dans cette section du mémoire. De façon générale, peu d'études ont permis de noter les changements entre le début et la fin d'une thérapie destinée aux enfants manifestant des CSP. Avoir accès à ces deux temps de mesure a donc été une condition favorable à notre étude, permettant ainsi de répondre à notre deuxième objectif de recherche, soit de noter les différences observées à la suite de la thérapie. Dans cette lignée, une force de l'étude réside dans le fait que les différences observées à la suite de la thérapie quant aux difficultés connexes de l'enfant ont été documentées. Les diverses informations quant au contexte familial de l'enfant ainsi qu'aux autres sphères de sa vie ont été présentées et ont permis de mettre en lumière les difficultés initiales vécues par ses enfants en parallèle à leurs CSP. Or, le devis à deux temps de mesure utilisé a permis de noter les améliorations qui ont été constatées à la suite de la thérapie.

Une seconde force de l'étude découle du fait qu'elle use de plus d'une source d'informations. En effet, les diverses données utilisées ont été recueillies non seulement auprès du principal concerné, l'enfant, mais aussi auprès de ses parents. Cela permet donc d'avoir une vision plus complète de l'enfant, de même que des difficultés qu'il présente (Gagnon et Tourigny, 2011; Allen, 2017).

Une autre force a trait à l'échantillon épuré, retenu pour les analyses. En effet, presque l'entièreté de l'échantillon présentait des CSP, mais n'avait pas été agressée sexuellement dans le passé, ce qui fait en sorte que le groupe d'enfants étudié était davantage homogène que ceux étudiés dans les recherches antérieures (Bonner *et al.*, 1999; Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005; Pithers et Gray, 1998; Pithers *et al.*, 1998; Silvosky *et al.*, 2007 ; Tremblay et Bégin, 2008).

Cette étude présente également quelques limites qui nécessitent d'être mentionnées. D'abord, elle ne comporte pas de groupe témoin afin d'éliminer l'effet potentiel de certaines variables autres que la thérapie en regard des différences observées entre les deux temps de mesure. Afin de pallier cette faille, il a été préalablement envisagé qu'un groupe témoin comprenant les enfants n'ayant pas complété la thérapie soit ajouté à la présente étude. Toutefois, en prenant connaissance des données fournies, force a été de constater qu'aucun de ces enfants n'avait complété le post-test. La possibilité de faire un groupe témoin avec les enfants ayant suivi un nombre restreint de rencontres a par la suite été considérée, mais encore une fois, ces enfants n'avaient pas complété le post-test. À l'instar de l'étude de Gagnon, Tremblay et Bégin (2005), il s'agit donc davantage d'une évaluation exploratoire plutôt que systématique de la thérapie, en raison des autres variables (p. ex : effet du temps, développement cognitif, événements personnels), qui pourraient permettre aux enfants de s'améliorer entre le début et la fin de l'intervention (Alain et al., 2000).

Une autre limite, souvent caractéristique des études dans le domaine (Bonner *et al.*, 1999; Gagnon et Tourigny, 2011; Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005; Pithers *et al.*, 1998; Silvosky *et al.*, 2007; St-Amand *et al.*, 2011), a trait à la taille de l'échantillon. Initialement, l'échantillon était composé de 104 dyades, ce qui s'avère être une taille acceptable considérant la clientèle dont il est question. Toutefois, plusieurs enfants (43%) ne sont pas accompagnés de leurs parents biologiques lors des entrevues, et donc certains questionnaires ne sont pas remplis, ce qui fait en sorte qu'il y a plusieurs données manquantes. Ainsi, 37 dyades ont dû être retirées des analyses en raison de nombreuses données manquantes. L'échantillon final est donc composé de 67 dyades parents-enfants, dont seulement 46 ont complété le post-test (taux d'attrition de 31,4%). Or, le manque de données, combiné au taux d'attrition élevé réduit considérablement la taille de l'échantillon et amoindrit la puissance statistique des analyses. Dans cette optique, afin d'avoir un plus grand n, ceux ayant été classés dans la catégorie « abandon » de la thérapie ont été joints à ceux qui ne l'avaient pas complété pour différentes raisons liées à l'équipe de recherche. Il semble juste d'affirmer qu'il y avait un manque de mobilisation de la part de ceux qui n'ont pas complété la thérapie pour différentes raisons liées à l'équipe de recherche, mais comme il manque de précision quant à cette catégorie, il est possible que nous ayons joint deux profils qui se distinguaient.

Par ailleurs, les données reposent sur des mesures auto rapportées, ce qui est en soit une force, mais peut aussi devenir une limite en raison de biais possibles dans les réponses. De ce fait, certains questionnaires portent sur des sujets parfois tabous, comme la sexualité, ce qui peut induire une certaine désirabilité sociale de la part des répondants.

Une autre limite réside dans l'instrument de mesure utilisé pour recueillir de l'information sur les CSP. De ce fait, le CSBCL (Johnson, 2004 ; adapté par Tourigny et Gagnon, 2007) ne permet pas de distinguer les comportements sexuels jugés exploratoires/sains en raison de certaines caractéristiques (p. ex : contexte du comportement, âge de l'enfant), de ceux considérés problématiques (Gagnon et Tourigny, 2011). Ainsi, les mesures se rapportant à ce questionnaire ne permettent pas de s'assurer qu'il s'agit uniquement de CSP. Cette limitation apparaît toutefois récurrente dans les études s'intéressant aux CSP, en raison de « l'absence relative » d'instrument de mesure spécialement conçu pour évaluer cette problématique (Gagnon et Tourigny, 2011; Lussier, McCuish, Mathesius, Corrado et Nadeau, 2018).

4.5 Implications pour les recherches futures

À la lumière des limites méthodologiques identifiées, des avancées considérables restent à être faites en matière de connaissances relatives aux CSP et aux enfants en manifestant. D'emblée, il s'avèrerait pertinent que les prochaines études aient recours à un instrument de mesure qui permette de prendre en compte toutes les nuances/subtilités propres aux CSP, mais surtout d'établir des normes sur ce qui est normatif dans la population générale et sur ce qui l'est moins. Également, des évaluations systématiques des interventions thérapeutiques destinées à ces enfants pourraient permettre d'avoir une meilleure compréhension de l'efficacité de ces programmes. Enfin, tel que mentionné préalablement, un moyen d'augmenter l'efficacité de la thérapie repose sur une meilleure rétention des participants en cours de suivi, et donc, chercher à mieux documenter ce phénomène devrait faire l'objet de futures études. Ces trois propositions seront discutées plus en détail dans les paragraphes suivants.

4.5.1 Instruments de mesure utilisés pour mesurer les CSP

Les parents, mais aussi les professionnels œuvrant auprès des enfants ont parfois de la difficulté à différencier quels comportements sexuels sont normalement attendus selon leur stade développemental, de ceux qui devraient susciter de l'inquiétude, voire même une intervention immédiate (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016 ; Gagnon et Tourigny, 2011). Ainsi, tel que proposé par Lussier et ses collègues (2018), une limite inhérente des études portant sur les CSP, repose sur l'instrument de mesure utilisé pour mesurer ce construit. En ce sens, Gagnon et Tourigny (2011) soutiennent que les deux principaux instruments de mesure utilisés pour mesurer les CSP, soit le *Child Sexual Behavior Inventory* (CSBI-III; Friedrich, 1997) et le CSBCL ne permettent pas d'établir quels comportements sexuels représentent des CSP. Également, le CSBI ne permet pas de comprendre le mécanisme sous-jacent au développement de CSP dans l'enfance et ne prend pas en compte plusieurs éléments permettant de documenter le contexte dans lequel les comportements sexuels ont eu lieu (Gagnon et Tourigny, 2011; Lussier, McCuish, Mathesius, Corrado et Nadeau, 2018). Or, bien que le CSBCL n'ait pas fait l'objet d'études de validation, il prend davantage en compte le contexte des CSP (Gagnon et Tourigny, 2011). Les travaux à venir devraient donc se doter d'un instrument de mesure permettant de différencier de façon claire les comportements sexuels normaux de ceux problématiques, de documenter de façon plus exhaustive les différents CSP manifestés ainsi que les différents facteurs ayant mené à leur émergence. C'est d'ailleurs dans cette lignée que les questionnaires présentement utilisés à la fondation Marie-Vincent s'inscrivent. En effet, l'évaluation est désormais beaucoup plus exhaustive et différents questionnaires ont été ajoutés à la batterie d'évaluation lors du prétest, mais aussi du post-test, permettant ainsi de fournir un portrait beaucoup plus clair et détaillé des CSP manifestés ainsi que des facteurs sous-jacents à leur développement et leur maintien.

4.5.2 Études évaluant l'efficacité des thérapies

Tel que mentionné préalablement, peu d'études ont cherché à évaluer l'efficacité de thérapies destinées aux enfants présentant des CSP. Celles qui l'ont fait comportaient, pour la plupart, des limites importantes, notamment l'absence d'un groupe témoin. Dans cette optique, les études futures devraient inclure un groupe témoin afin d'être en mesure de conclure à

l'efficacité réelle de la thérapie (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016; Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005). En ce sens, inclure un groupe témoin composé des enfants qui attendent le début de leur thérapie pourrait être une avenue très intéressante à envisager. L'ajout d'un tel groupe permettrait par le fait même d'augmenter la validité interne et le potentiel de généralisation de l'étude (Alain *et al.*, 2000; Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005).

Bien que des efforts ont été déployés dans la présente étude pour ajouter d'autres variables que celles relatives aux comportements sexuels de l'enfant, certaines mesures n'ont pas pu être analysées, notamment les stratégies d'adaptation. En effet, certaines ambiguïtés demeurent quant à l'administration du questionnaire portant sur les stratégies d'adaptation utilisées, notamment à savoir s'il avait été administré en fonction des CSP, d'un traumatisme vécu ou des problèmes en général, et donc par souci de précision, les données en découlant ont été retirées des analyses. Or, tel que préalablement proposé par les chercheurs (Gagnon, Tremblay et Bégin, 2004; St-Amand *et al.*, 2011), les travaux futurs devraient veiller à documenter l'évolution des facteurs qui se manifestent en parallèle aux CSP. Qui plus est, les études antérieures (Bonner *et al.*, 1999; Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005; Tougas *et al.*, 2016; Silvosky *et al.*, 2007) avaient un échantillon de taille restreinte, ce qui limitait la puissance statistique des analyses réalisées. En ce sens, avoir recours à un échantillon plus grand dans les travaux futurs pourrait permettre de déceler les différences entre les différents sous-groupes à l'étude et par le fait même, avoir une compréhension plus approfondie de cette population hétérogène. Avoir accès à différentes sources de collectes de données permettrait d'avoir un échantillon plus grand, mais représenterait également un enjeu sur le plan de la validité interne de l'étude. En effet, il existe des différences dans les thérapies offertes selon le centre où elle est donnée (p.ex : FMV versus CIASF; Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille) et donc, inclure des données qui proviennent de plus d'un centre implique que nous ne mesurons pas toujours exactement les mêmes services. Un autre moyen pour parvenir à avoir un plus grand échantillon serait de limiter la non-complétion de la thérapie.

4.5.3 Mieux comprendre la non-complétion de la thérapie

L'abandon en cours de suivi est une problématique bien ancrée chez les populations cliniques et représente un obstacle majeur tant dans le domaine de la recherche, que de l'intervention (Boisvert *et al.*, 2008; Davis *et al.*, 2006 ; Kadzin *et al.*, 1997; Kadzin *et al.*,

1993; Nock et Kadzin, 2001; Wergeland *et al.*, 2015; Wierzbicki et Pekarki, 1993). Or, Kadzin et ses collègues proposaient déjà en 1993 que de mieux comprendre l'abandon en cours de thérapie, permette d'augmenter la qualité des services offerts. Les travaux futurs devraient donc chercher à mieux documenter ce phénomène afin d'être en mesure de mieux comprendre quels individus sont plus susceptibles de ne pas compléter la thérapie et pourquoi, et ainsi mettre en place des moyens pour limiter leur non-complétion. Il serait donc bénéfique d'avoir davantage de données relatives à l'implantation de la thérapie (p.ex. : qualité de l'alliance thérapeutique, attentes des parents face à la thérapie) plutôt que d'avoir accès seulement aux données sociodémographiques déjà répertoriées dans les questionnaires portant sur les renseignements généraux (p. ex : statut marital, âge des parents), comme le déploraient Kadzin et ses collègues (1997). Certains auteurs (Garfield, 1984; Wierzbicki et Pekarik, 1993) ont d'ailleurs proposé de s'intéresser aux attentes du client ainsi qu'à ses interactions avec le thérapeute. Les résultats de Nock et Kadzin (2001) ont alors démontré quelques années plus tard, que les attentes des parents (p. ex : efficacité de la thérapie, durée) vont permettre de prédire les barrières à la thérapie (expliquées à la p. 29), le nombre de rencontres complétées ainsi que l'abandon en cours de suivi. Tel qu'expliqué préalablement, les « barrières » perçues par rapport à la thérapie vont être associées à une propension plus élevée à l'abandon (Kadzin *et al.*, 1997). Or, les parents qui ont de faibles attentes face à la thérapie (p. ex : jugent que la thérapie n'est pas nécessaire ou efficace) vont rencontrer plus d'obstacles au cours de leur participation (p. ex : vont davantage penser que la thérapie est demandante ou qu'elle ne répond pas à la problématique de leur enfant) (Nock et Kadzin, 2001). Dans leur étude sur l'efficacité d'une thérapie visant les CSP, Silvosky et ses collègues (2007) proposaient d'ailleurs de s'intéresser plus amplement aux perceptions que les parents ont de la thérapie, de même qu'aux différents obstacles qu'ils peuvent rencontrer. En suivant cette logique, il serait intéressant d'ajouter à la batterie d'évaluation déjà existante, un volet permettant de documenter les attentes par rapport à la thérapie, mais aussi par rapport au thérapeute, de même que des informations quant à l'alliance thérapeutique. En outre, considérant que les prédicteurs utilisés dans le cadre de cette étude n'apparaissent pas comme étant significatifs, il serait souhaitable de s'intéresser également plus étroitement aux variables ayant trait aux parents considérant qu'ils ont un rôle important à jouer dans la décision de compléter ou non la thérapie (Kadzin *et al.*, 1993).

4.6 Implications pour l'intervention

La présente étude a révélé une diminution significative des problèmes extériorisés chez les enfants participant à la psychothérapie d'approche cognitive comportementale offerte à la fondation Marie-Vincent. En dépit de ce résultat, il apparaît qu'un peu moins de la moitié de ces enfants présentaient toujours des problèmes extériorisés jugés cliniques à la suite de la thérapie. La diminution significative de ces problèmes est néanmoins encourageante considérant qu'ils sont difficiles à modifier (Finkehlor et Berliner, 1995; Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005) et n'étaient pas la cible première de l'intervention, mais leur persistance dans la zone clinique pour un certain nombre d'enfants (48%) soulève quelques questionnements. L'étude de Tremblay (2018) a mis en lumière que les problèmes extériorisés étaient le facteur qui expliquait le plus grand pourcentage de variance de la variété des CSP manifestés par les enfants de leur échantillon. En regard de ce constat, ils ont alors proposé qu'une attention particulière soit consacrée à la réduction de ces comportements par des stratégies d'autorégulation et des pratiques parentales constantes lors du développement d'intervention destiné aux enfants présentant des CSP. La phase 2 de l'implantation de la psychothérapie à la fondation Marie-Vincent a d'ailleurs évolué en ce sens. Plus précisément, le processus thérapeutique est maintenant doté de composantes additionnelles (visant à travailler l'estime de soi, le sens de l'identité, le développement d'habiletés sociales, les réactions empathiques et à aborder l'exposition à la pornographie, les cauchemars et la dissociation) pouvant être intégrées selon les besoins de l'enfant. Elles prennent donc la forme de modules malléables selon les particularités de l'enfant et des CSP qu'il manifeste et sont ajoutées afin de mieux cibler les besoins des enfants qui présentent davantage de problèmes extériorisés. Par exemple, si l'enfant présente des problèmes d'agressivité importants, une composante ayant trait au développement d'habiletés sociales peut être ajoutée en vue qu'il use de stratégies plus adéquates à l'avenir pour gérer sa colère ou sa détresse.

Un autre point très important à aborder quant aux implications pour la pratique découle de l'importance d'impliquer activement les parents dans l'intervention thérapeutique (Bonner *et al.*, 1999; Chaffin *et al.*, 2006; Friedrich, 2007; St-Amand *et al.*, 2011; Tremblay et Bégin, 2009). Le groupe de travail de l'ATSA argumente d'ailleurs que dans certains cas,

l'environnement familial favorise l'émergence et le maintien des CSP, alors que dans d'autres cas, bien qu'il n'ait pas influencé le développement de CSP, l'implication des parents demeure un des piliers de l'intervention (Chaffin *et al.*, 2006). La méta-analyse réalisée par St-Amand et ses collègues (2011) appuie ce constat et conclut que l'enseignement d'habiletés parentales de gestion des comportements est la composante qui est le plus associée à une réduction marquée des CSP. De façon globale, cette composante fournit aux parents des balises pour intervenir de façon plus adéquate, notamment en usant de renforcement positif, en donnant des instructions claires à l'enfant ainsi qu'en faisant preuve de constance, de chaleur et de sensibilité (Chaffin *et al.*, 2006; St-Amand *et al.*, 2011). Mettre en place des stratégies pour assurer la supervision de l'enfant ainsi que la mise en place d'un environnement sécuritaire et non sexualisé est également de mises (Chaffin *et al.*, 2006). Chaffin et ses collègues (2006) font par ailleurs le pont avec le constat que la majorité des interventions destinées aux enfants aux prises avec diverses problématiques ayant fait l'objet d'une évaluation, impliquaient activement les parents. De surcroît, le fait que les familles ayant un enfant aux prises avec des CSP font face à une multitude de situations d'adversités est bien établi dans la littérature scientifique (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016; Chaffin *et al.*, 2006; Elkovitch *et al.*, 2009; Friedrich, 2007; Friedrich *et al.*, 2003; Tarren-Sweeny, 2008; Bégin et Tremblay, 2008). En d'autres termes, les parents vivent plusieurs difficultés pouvant nuire à leurs pratiques parentales ou encore comme le proposaient Boisvert et ses collègues (2017) dans leur modèle, à leurs capacités à fournir des soins optimaux à leur enfant. Tremblay et Bégin (2008) qualifiaient d'ailleurs l'environnement familial de ces enfants de dysfonctionnel à plusieurs niveaux et notaient les proportions importantes de parents ayant eux-mêmes été victimes dans leur enfance (agressions sexuelles, abus physique, abus psychologique). Face à ces constatations, mais aussi en prenant en compte que l'implication parentale apparaît centrale dans les changements observés à la suite de la thérapie pour des enfants aux pris avec des CSP, la possibilité d'inclure une thérapie entièrement destinée aux parents apparaît une piste intéressante à envisager pour la pratique. En se basant sur les recommandations cliniques, notamment du groupe de travail de l'ATSA (2006), il pourrait être envisagé d'implanter la *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT; Eyberg, 1988) afin de travailler plus amplement sur les pratiques parentales. La PCIT comporte deux principales phases : la Child-Directed Interaction (CDI) ainsi que la Parent-Directed Interaction (PDI) (Eyberg, 1988;

Eyberg *et al.*, 2001). Le CDI prend ses racines dans la théorie de l'attachement et donc, elle a pour objectif d'apprendre aux parents comment mettre en place avec leurs enfants une relation basée sur la chaleur et la sécurité. La PDI quant à elle, découle de la théorie de l'apprentissage sociale et vise l'enseignement de stratégies de supervision adéquates, de même que la mise en place de conséquences cohérentes et constantes afin de modifier les problèmes de comportements de leurs enfants (Eyberg, 1988; Eyberg *et al.*, 2001). L'efficacité de cette thérapie a d'ailleurs été validée dans le cadre d'une recherche cherchant à évaluer les résultats des interventions psychosociales destinées aux enfants présentant des problèmes de comportements (Brestan et Eyberg, 1998).

Tougas et ses collègues (2016) ont cependant mis l'accent sur l'importance de s'assurer de la disponibilité psychologique du parent avant de l'impliquer dans la thérapie. De ce fait, les auteurs argumentent que les parents pourraient être aux prises avec des défis personnels importants, découlant notamment d'un traumatisme passé, qui pourrait nuire considérablement à leurs pratiques parentales. Ainsi, ils proposent d'évaluer d'emblée l'état du parent afin de le référer au besoin à une thérapie individuelle, pouvant se faire soit de façon préalable à l'intervention visant les CSP de leur enfant, ou encore, en parallèle.

Enfin, en ce qui a trait aux implications pour l'intervention, les attentes des parents par rapport à la thérapie semblent jouer un rôle important dans la décision de compléter ou non la thérapie (Nock et Kadzin, 2001). En effet, les résultats de l'étude de Nock et Kadzin (2001) révèlent que les parents qui débute la thérapie avec davantage d'appréhensions quant à son efficacité vont par la suite rapporter qu'elle ne répondait pas aux besoins de leur enfant et qu'elle était trop demandante. Une plus faible alliance thérapeutique est également relatée. Conséquemment à ces résultats, les auteurs ont proposé d'ajouter des rencontres précédant la thérapie afin d'avoir une meilleure connaissance des attentes des parents par rapport à la thérapie. Ainsi, l'intervention pourrait par la suite viser à modifier leurs attentes en vue d'assurer une plus grande mobilisation dans la thérapie (Nock et Kadzin, 2001). L'ajout de telles rencontres pourrait permettre une approche plus individualisée et par le fait même, dresser la table pour une relation plus harmonieuse entre le parent et le thérapeute. Cette stratégie pourrait donc être un moyen à envisager dans la pratique afin de tenter de limiter la non-complétion de la thérapie.

Conclusion

Ce mémoire visait à documenter l'échantillon à l'étude afin d'avoir un portrait plus clair de l'environnement familial des enfants présentant des CSP ayant été référés à la FMV, mais aussi, d'avoir une compréhension plus holistique des difficultés manifestées par ces derniers. Bien qu'hétérogène, l'environnement familial des enfants du présent échantillon est caractérisé par différents défis attestant d'une certaine adversité (p. ex : faible revenu familial, faible niveau d'instruction chez les parents, retrait de l'enfant de son domicile familial, problèmes extériorisés de l'enfant). Ces défis auxquels sont confrontées ces familles peuvent avoir des impacts divers sur les retombées de la thérapie, notamment en jouant un rôle dans la décision de ne pas la compléter (Boisvert *et al.*, 2008; Danko, Garbacz et Budd, 2016; Eslinger *et al.*, 2014; Kadzin *et al.*, 1997; Kadzin *et al.*, 1993; Wierzibicki et Pekarik, 1993). La présence de plusieurs difficultés concomitantes jugées cliniques (p. ex : problèmes intériorisés, problèmes extériorisés, symptômes de stress post-traumatique, dissociation) chez ces enfants témoigne par ailleurs de l'importance qu'ils bénéficient d'une thérapie individualisée à leurs besoins, mais justifie également l'intérêt de porter une attention particulière à l'évolution de ces difficultés en thérapie.

Ce mémoire cherchait également à fournir une meilleure compréhension de la phase 1 de l'implantation de la thérapie offerte à la FMV, de même que son influence sur l'adaptation des enfants après la thérapie. Cela permet notamment d'adapter la thérapie aux besoins de ces enfants. En effet, la phase 1 d'implantation a permis l'évolution de la thérapie et a orienté la FMV sur le plan thérapeutique pour la phase 2 d'implantation qui est présentement en place. En d'autres termes, les thérapies offertes à la FMV progressent et se modifient en parallèle aux connaissances qui augmentent par rapport à la problématique, d'où la pertinence d'un Centre d'expertise qui allie recherche et clinique. Or, les diminutions constatées entre les deux temps de mesure pour les CSP, mais aussi pour les difficultés concomitantes de l'enfant (problèmes intériorisés et extériorisés, symptômes de stress post-traumatique et de dissociation) illustrent son efficacité et le fait que la thérapie offerte à la FMV prend en considération les multiples difficultés auxquelles ces enfants sont confrontés. L'absence de diminution significative quant

aux scores d'estime de soi, d'anxiété, de dépression et de difficultés relationnelles de l'enfant nous amène toutefois à nous questionner à savoir si ces variables devraient faire l'objet d'une attention plus accrue en thérapie. Enfin, les résultats révèlent que plus les enfants présentent des problèmes intériorisés et extériorisés, plus ils sont susceptibles de bénéficier d'une thérapie de plus longue durée, notamment afin de réduire leur détresse. Cela reflète le constat que ces enfants bénéficient d'une thérapie individualisée et qu'ils présentent de nombreux défis auxquels il est important de pouvoir s'adapter en cours de thérapie.

Enfin, ce mémoire cherchait à documenter le phénomène de non-complétion de la thérapie chez les enfants aux prises avec des CSP. Il était question de noter si les enfants qui ne complétaient pas la thérapie se distinguaient de ceux qui la complétaient et le cas échéant, tenter d'identifier les différents prédicteurs de la non-complétion. Les résultats révèlent que le fait de vivre dans sa famille et d'être accompagnés d'un parent biologique lors des rencontres en thérapie est associé à un plus haut taux de non-complétion, mais qu'aucune autre variable ne permet de différencier ceux qui complètent ou non la thérapie. Nous constatons donc que de choisir la terminologie non-complétion en raison des facteurs externes à l'enfant pouvant expliquer l'abandon de la thérapie était indiqué. Également, aucun modèle statistique évalué dans le cadre de la présente étude ne permet de prédire quelles autres variables sont associées à une plus grande propension à ne pas compléter la thérapie. À la lumière de ces résultats et des écrits scientifiques, il semblerait vain dans les études subséquentes de s'intéresser uniquement aux caractéristiques de l'enfant ou du parent (Kadzin *et al.*, 1997; Kadzin *et al.*, 1993). Les travaux futurs devraient plutôt tenter de comprendre ce qui fait en sorte que certaines familles ne complètent pas la thérapie. Quels obstacles rencontrent-ils? Qu'est-ce qui pourrait être fait de façon concrète pour que ces familles soient davantage impliquées dans l'intervention thérapeutique? Aborder d'emblée ce qui peut constituer un obstacle pour les familles de se présenter à la psychothérapie et de tenter d'identifier des solutions potentielles pourrait être une piste à envisager pour la pratique. Ainsi, travailler en concertation avec les personnes qui, comme le rappelaient Chaffin et ses collègues (2006) ainsi que St-Amand et ses collègues (2011), permettent de mettre en place au quotidien les composantes clés de l'intervention est critique pour que la thérapie soit efficace. Veiller à ce que les parents soient de prime à bord, disponibles psychologiquement (Tougas *et al.*, 2016) et le cas échéant,

impliqués activement dans la thérapie ainsi que motivés à aider leur enfant à travers tout le processus devrait donc guider les efforts déployés en matière d'intervention pour les enfants aux prises avec des CSP. Par ailleurs, comme plusieurs variables associées à une bonne alliance thérapeutique ont été identifiées comme prédicteurs de retombées positives à la suite de thérapies (Kraver et al., 2006) une plus grande attention devrait y être accordée. Comme le soulignait Kraver et al. (2005) l'alliance thérapeutique pourrait gagner à être étudiée d'une part avec l'enfant et d'autre part avec le parent. Établir une alliance thérapeutique à la fois avec l'enfant et ses parents représente un défi, mais s'avère néanmoins un moyen d'augmenter les retombées de la thérapie, de même que la rétention des participants, deux objectifs visés par la présente étude. Nous espérons que dans un avenir rapproché, les connaissances relatives aux enfants aux prises avec des CSP continueront de s'accroître et qu'elles se traduiront par des avancées dans la pratique permettant à chaque enfant de bénéficier d'une intervention individualisée.

Références

- Abella, A., & Manzano, J. (2000). Les ruptures de traitement (drop-out) en pédopsychiatrie: une revue. *Schweizer Archives Eür Neurologie und Psychiatry*, 151, 86-92.
https://www.researchgate.net/profile/Adela_Abella/publication/287847321
- Achenbach, T. (2001). Child Behavior Checklist for Ages 6-18. ASEBA, University of Vermont. Repéré à <http://www.aseba.org/forms/schoolagecbcl.pdf>
- Achenbach, T. M. (2011). Commentary: Definitely more than measurement error: But how should we understand and deal with informant discrepancies? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(1), 80-86. Repéré à <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.533416>
- Achenbach, T., et Rescorla, L. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry. Repéré à <https://aseba.org/wp-content/uploads/2019/01/ASEBA-Reliability-and-Validity-School-Age.pdf>
- Alain, M., Pelletier, L.G., Boivin, M., 2000. Les plans de recherche expérimentaux. Dans R.J. Vallerand et U. Hess (dir.) *Méthodes de recherche en psychologie* (p.136-171). Montréal : G. Morin.
- Allen, B. (2017). Children with sexual behavior problems: Clinical characteristics and relationship to child maltreatment. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(2), 189-199. Repéré à <https://link.springer.com/article/10.1007/s10578-016-0633-8>
- Anderson, K., Higgins, J., Levin, T., Lynn, T., Moffat, J., Rozeff, L., ...Stiles, D., (2006). Working with Children Exhibiting Sexual Behavior Problems Washington Edition Participant Guide. *Child Welfare Training Institute Third Edition*.

- Bein, L. A., Petrik, M. L., Saunders, S. M., & Wojcik, J. V. (2015). Discrepancy between parents and children in reporting of distress and impairment: Association with critical symptoms. *Clinical child psychology and psychiatry*, 20(3), 515-524.
- Boisvert, I., Tougas., A.M., Garet, M.L., (2017). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 12 ans et moins. Dans *Le développement sexuel et psychosocial de l'enfant et de l'adolescent*. De Boeck Supérieur.
- Boisvert, I., Tourigny, M., & Paquette, G. (2008). Caractéristiques associées à l'abandon de la thérapie de groupe par des adolescentes victimes d'agression sexuelle. *Revue québécoise de psychologie*, 29(3), 133-145. Repéré à <https://www.researchgate.net/profile/>
- Boisvert, I., Tourigny, M., Lanctôt, N., & Lemieux, S. (2016). Comportements sexuels problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 173-207. doi: 10.7202/1039163ar
- Boisvert, I., Tourigny, M., Lanctôt, N., Gagnon, M. M. et Tremblay, C. (2016). Capsule scientifique #20 : Profils psychosociaux d'enfants recevant des services pour comportements sexuels problématiques ou suite à une agression sexuelle vécue. Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS), Université de Montréal, Montréal, Qc.
- Boisvert, I., Tourigny, M., Lanctôt, N., Gagnon, M. M., & Tremblay, C. (soumis). Psychosocial profiles of children referred for treatment for sexual behavior problems or for having been sexually abused.
- Bonner, B. L. et Berliner, L., 2007. Foreword. Dans Friedrich, W. N. (dir.) *Children With Sexual Behavior Problems: Family-based, attachment-focused therapy*. (p. viii-x). WW Norton & Company

- Bonner, B. L., Walker, C. E., & Berliner, L. (1999). *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment*. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information.
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of clinical child psychology*, 27(2), 180-189. Doi : 10.1207/s15374424jccp2702_5
- Carpentier, M., Silovsky, J. F., & Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: Ten year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 482-488. doi:10.1037/0022-006X.74.3.482
- Chaffin, M. (2008). Our minds are made up—don't confuse us with the facts: Commentary on policies concerning children with sexual behavior problems and juvenile sex offenders. *Child maltreatment*, 13(2), 110-121. doi : 10.1177/1077559508314510
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., ... & Madden, C. (2006). Report of the ATSA task force on children with sexual behavior problems. *Child Maltreatment*, 13(2), 199-218. doi: 10.1177/1077559507306718
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155. Repéré à <https://www.ime.usp.br/~abe/lista/pdfn45sGokvRe.pdf>
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 42-50. Repéré à <https://doi.org/10.1097/00004583-199601000-00011>
- Danko, C. M., Garbacz, L. L., & Budd, K. S. (2016). Outcomes of Parent–Child Interaction Therapy in an urban community clinic: A comparison of treatment completers and

dropouts. *Children and Youth Services Review*, 60, 42-51. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.11.007>

Davis, S., Hooke, G. R., & Page, A. C. (2006). Identifying and targeting predictors of drop-out from group cognitive behaviour therapy. *Australian Journal of Psychology*, 58(1), 48-56. Repéré à <https://doi.org/10.1080/00049530500504096>

Deschesnes, M. (1998). Étude de la validité et de la fidélité de l'Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPSQ-14), chez une population adolescente. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 39(4), 288. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1037/h0086820>

Dufour, C., Tougas, A. M., Tourigny, M., Paquette, G., & Hélie, S. (2017). Profil psychosocial des enfants présentant des comportements sexuels problématiques dans les services québécois de protection de l'enfance. *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*, 34(1), 23-45. Doi : 10.7202/1040993ar

Duhig, A. M., Renk, K., Epstein, M. K., & Phares, V. (2000). Interparental agreement on internalizing, externalizing, and total behavior problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(4), 435-453. Repéré à http://uweb.cas.usf.edu/familyresearchgroup/index_files/Duhig,%20Renk,%20Epstein,%20Phares,%202000.pdf

Elkovitch, N., Latzman, R. D., Hansen, D. J., & Flood, M. F. (2009). Understanding child sexual behavior problems: A developmental psychopathology framework. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 586-598. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.006>

- Eslinger, J. G., Sprang, G., & Otis, M. D. (2014). Child and caregiver dropout in child psychotherapy for trauma. *Journal of loss and trauma, 19(2)*, 121-136. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1080/15325024.2012.742720>
- Eyberg, S. (1988). Parent-Child Interaction Therapy. *Child & Family Behavior Therapy, 10(1)*, 33-46. Repéré à https://doi.org/10.1300/J019v10n01_04
- Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kigin, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G., & Hood, K. K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One- and Two-Year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy, 23(4)*, 1-20. Repéré à https://doi.org/10.1300/J019v23n04_01
- Fondation Marie-Vincent. (2016). Enfants. Repéré à <https://marie-vincent.org/services/aide-aux-familles/enfants/>
- Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34(11)*, 1408-1423. Repéré à <https://doi.org/10.1097/00004583-199511000-00007>
- Friedrich, W. N. (1997). CSBI: Child Sexual Behavior Inventory: Professional Manual. *Psychological Assessment Resources*.
- Friedrich, W. N. (2007). *Children with sexual behavior problems: Family-based, attachment-focused therapy*. WW Norton & Company.
- Friedrich, W. N., Davies, W., Feher, E., & Wright, J. (2003). Sexual behavior problems in preteen children. *Annals of the New York Academy of Sciences, 989(1)*, 95-104. doi : 10.1111/j.1749-6632.2003.tb07296.x

- Friedrich, W. N., & Luecke, W. J. (1988). Young school-age sexually aggressive children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(2), 155. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.19.2.155>
- Gagnon, M. M., & Tourigny, M. (2011). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 12 ans et moins. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome I* (pp. 333-362). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec
- Gagnon, M. M., Begin, H., & Tremblay, C. (2004). Treatment programs for children with sexually problematic behaviour: A status report. *International Journal of Child & Family Welfare*, 7(1), 44-59. Repéré à <https://search.proquest.com/docview/61434280?accountid=12543>
- Gagnon, M. M., Bégin, H., & Tremblay, C. (2005). Profil psychosocial d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Étude descriptive. *Revue Québécoise de Psychologie*, 26(1), 223-242.
- Gagnon, M. M., Tremblay, C., & Bégin, H. (2005). Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Évolution comportementale, affective et sociale. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 257-279. doi :10.7202/012148ar
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. Dans A. E. Begin et S.L. Garfield (dir), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4e éd., p. 190-228). Oxford: Wiley
- Guay, J.P. (2018). CRI6002 : notes du cours 2 [Présentation Powerpoint]. Repéré dans l'environnement StudiUM : <https://studium.umontreal.ca/>
- Gil, E., & Shaw, J. A. (2013). *Working with children with sexual behavior problems*. Guilford Publications

- Gray, A., Pithers, W. D., Busconi, A., & Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problems: Treatment implications. *Child Abuse & Neglect, 23(6)*, 601-621. Repéré à [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00027-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00027-7)
- Granleese, J., & Joseph, S. (1994). Reliability of the Harter Self-Perception Profile for Children and predictors of global self-worth. *The Journal of Genetic Psychology, 155(4)*, 487-492. Doi: 10.1080/00221325.1994.9914796
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., & Deklyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and psychopathology, 5(1-2)*, 191-213. Repéré à <https://www.researchgate.net/publication/232495582>
- Hackett, S., Carpenter, J., Patsios, D., & Szilassy, E. (2013). Interprofessional and interagency training for working with young people with harmful sexual behaviours: An evaluation of outcomes. *Journal of sexual aggression, 19(3)*, 329-344. Repéré à <https://doi.org/10.1080/13552600.2012.753122>
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: science and practice, 9(3)*, 329-343. Repéré à <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.329>
- Hall, D. K., Mathews, F., & Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children: A preliminary typology. *Child Abuse & Neglect, 26(3)*, 289-312. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00326-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00326-X)
- Harter, S. (1982). The Perceived Competence Scale for Children. *Child Development, 53*, 87-97.
- Harter, S. (1985). *Manual for the perceived competence scale for children* (manuscrit non publié). Denver, CO : University of Denver.

- Haugaard, J. J. (2004). Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Dissociative disorders. *Child maltreatment*, 9(2), 146-153. Doi : 10.1177/1077559504264311
- Hébert, M., & Parent, N. (1995). Traduction française du Self-Perception Profile for Children (SPPC) de S. Harter (1982). Document inédit. Ste-Foy, QC : Université Laval.
- Hébert, M., & Parent, N. (1999). Version française abrégée du Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978). Document inédit, Département de mesure et évaluation, Université Laval.
- IBM Corp (2017). IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Institut de la statistique du Québec (2016). Tableau : Seuils du faible revenu, selon la taille du ménage, Québec, 1996-2016- MFR- seuil avant impôts. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/revenu/faible-revenu/index.html>
- Johnson, T. C. (1998). Children who molest. In *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders* (pp. 337-352). Springer, Boston, MA.
- Johnson, T. C. (1998). Child Sexual Behavior Checklist (CSBCL). Treatment exercises for abused children and children with sexual behavior problems, 41-46.
- Johnson, T. C. (2013). *Updated - Understanding children's sexual behaviors - What's natural and healthy*. Repéré à l'adresse www.tcavjohn.com

- Johnson, T. C. (2014), *Updated - Helping children with sexual behavior problems- A guidebook for professionals and caregivers*, 5th Edition. Repéré à l'adresse www.tcavjohn.com
- Tourigny, M., et Gagnon, M. (2007). Traduction et adaptation du *Child Sexual Behavior Checklist* (CSBCL). Document inédit. Sherbrooke, Université de Sherbrooke.
- Kazdin, A. E., Holland, L., & Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 453-463. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.65.3.453>
- Kazdin, A. E., Mazurick, J. L., & Bass, D. (1993). Risk for attrition in treatment of antisocial children and families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 2-16. Repéré à https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2201_1
- Kovacs, M. (1985). Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-1124.
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory: Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180. doi:10.1037//0033-2909.113.1.164
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Mental Health Services Research*, 7(1), 35-51. Repéré à <https://link.springer.com/article/10.1007/s11020-005-1964-4>

- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical psychology review*, 26(1), 50-65. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001>
- Lepage, J., Tourigny, M., Pauzé, R., McDuff, P., & Cyr, M. (2010). Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par les services québécois de protection de l'enfance: facteurs associés. *Sexologies*, 19(2), 119-126. Doi : 10.1016/j.sexol.2009.05.002.
- Lévesque, M., Bigras, M., & Pauzé, R. (2010). Externalizing problems and problematic sexual behaviors: same etiology?. *Aggressive Behavior*, 36(6), 358-370. Repéré à <https://www.researchgate.net/>
- Lussier, P., Chouinard-Thivierge, S., McCuish, E., Nadeau, D., & Lacerte, D. (2019). Early life adversities and polyvictimization in young persons with sexual behavior problems: a longitudinal study of child protective service referrals. *Child abuse & neglect*, 88, 37-50. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.017>
- Lussier, P., McCuish, E., Mathesius, J., Corrado, R., & Nadeau, D. (2018). Developmental trajectories of child sexual behaviors on the path of sexual behavioral problems: Evidence from a prospective longitudinal study. *Sexual Abuse*, 30(6), 622-658. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1079063217691963>
- Merrick, M. T., Litrownik, A. J., Everson, M. D., & Cox, C. E. (2008). Beyond sexual abuse: The impact of other maltreatment experiences on sexualized behaviors. *Child Maltreatment*, 13(2), 122-132.
- Muris, P., Meesters, C., & Fijen, P. (2003). The self-perception profile for children: Further evidence for its factor structure, reliability, and validity. *Personality and Individual*

Differences, 35(8), 1791-1802. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00004-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00004-7)

Newton, R. R., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care : Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child abuse & neglect*, 24(10), 1363-1374. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00189-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00189-7)

Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2001). Parent expectancies for child therapy: Assessment and relation to participation in treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 10(2), 155-180. Repéré à <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1016699424731>

Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique*, 92, 545-557. doi : 10.3406/psy.1992.29539

Pithers, W. D., & Gray, A. (1998). The other half of the story: Children with sexual behavior problems. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4(1-2), 200. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1076-8971.4.1-2.200>

Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998). Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3(4), 384-406. <https://doi.org/10.1177%2F1077559598003004010>

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., et Légaré, G. (1992). La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. *Les cahiers de la recherche*, (7).

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.

- Putnam, F. W., & Peterson, G. (1994). Further validation of the Child Dissociative Checklist. *Dissociation: Progress in the dissociative disorders*. Repéré à <https://psycnet.apa.org/record/1995-39371-001>
- Reynolds, Cecil R., and Bert O. Richmond. "Revised children's manifest anxiety scale (RCMAS). Manual." (1985). Repéré à <https://openscholarship.wustl.edu/bsltests/2937/>
- Sciaraffa, M., & Randolph, T. (2011). " You Want Me to Talk to Children about What?": Responding to the Subject of Sexuality Development in Young Children. *YC Young Children*, 66(4), 32. Repéré à <http://www.jstor.org/stable/42731276>
- Silovsky, J. F., & Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behavior problems: A pilot study. *Child maltreatment*, 7(3), 187-197. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1077559502007003002>
- Silovsky, J. F., Niec, L., Bard, D., & Hecht, D. (2007). Treatment for preschool children with sexual behavior problems: Pilot Study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 378-391. <https://doi.org/10.1080/15374410701444330>
- Sprang, G., Craig, C. D., Clark, J. J., Vergon, K., Tindall, M. S., Cohen, J., & Gurwitch, R. (2012). Factors affecting the completion of trauma-focused treatments: What can make a difference?. *Traumatology*, 19(1), 28-40. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1534765612445931>
- St-Amand, A., Saint-Jacques, M. C., et Silovsky, J. F. (2011). Comprendre les enfants aux comportements sexuels problématiques et intervenir auprès d'eux : bilan des connaissances. *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*, 225-253. Repéré à <http://www.jstor.org/stable/41669945>

- St. Amand, A., Bard, D. E., & Silovsky, J. F. (2008). Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems: Practice elements and outcomes. *Child Maltreatment, 13*(2), 145-166. Doi: 10.1177/1077559508315353
- Stauffer, L. B., & Deblinger, E. (1996). Cognitive behavioral groups for nonoffending mothers and their young sexually abused children: A preliminary treatment outcome study. *Child Maltreatment, 1*(1), 65-76. Repéré à <http://journals.sagepub.com/doi1abs/>
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Predictors of problematic sexual behavior among children with complex maltreatment histories. *Child maltreatment, 13*(2), 182-198.
- Tougas, A. M., Boisvert, I., Tourigny, M., Lemieux, A., Tremblay, C., & Gagnon, M. M. (en révision). Évolution des enfants participant à un programme d'intervention visant à traiter des comportements sexuels problématiques : Le rôle prédictif des mauvais traitements. *Revue de psychoéducation*.
- Tougas, A. M., Tourigny, M., Boisvert, I., Lemieux, A., Tremblay, C., & Gagnon, M. (2016). Le rôle prédictif des mauvais traitements au regard de l'évolution des enfants participant à un programme d'intervention ciblant les comportements sexuels problématiques. *Revue de psychoéducation, 45*(1), 149-172. doi: 10.7202/1039162ar
- Tourigny, J. (2009). *Identification et évolution des stratégies d'adaptation d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques suite à une thérapie de groupe* (Doctoral dissertation, Université du Québec à Trois-Rivières). Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/1508/1/030114358.pdf>
- Tremblay, C., & Bégin, H. (2008). Impact de l'intervention auprès d'enfants qui ont des comportements sexuels problématiques. *Revue Québécoise de Psychologie, 29*(3), 15-26.

- Tremblay, M. J. (2019). *Comportements sexuels problématiques: évaluation d'un modèle conceptuel axé sur les traits d'insensibilité émotionnelle*. Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/21975/Tremblay_Marie-Jeanne_2018_memoire.pdf?sequence=2
- 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. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.15.3.378>
- Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., Vanschoonlandt, F., Robberechts, M., & Stroobants, T. (2013). Children placed in long-term family foster care: A longitudinal study into the development of problem behavior and associated factors. *Children and Youth Services Review, 35*(4), 587-593. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.12.012>
- Van de Looij-Jansen, P. M., Jansen, W., de Wilde, E. J., Donker, M. C., & Verhulst, F. C. (2011). Discrepancies between parent-child reports of internalizing problems among preadolescent children: Relationships with gender, ethnic background, and future internalizing problems. *The Journal of Early Adolescence, 31*(3), 443-462. Repéré à <https://doi.org/10.1177/0272431610366243>
- Vizard, E. (2006). Sexually abusive behaviour by children and adolescents. *Child and Adolescent Mental Health, 11*(1), 2-8. doi: 10.1111/j.1475-3588.2005.00375.x
- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S. M., Silverman, W. K., Öst, L. G., ... & Heiervang, E. R. (2015). Predictors of dropout from community clinic child CBT for anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders, 31*, 1-10. Repéré à : <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.01.004>
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(2), 190-195. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.190>

Wolfe, V. V. (2007). Child sexual abuse. Dans E. J. Mash et R. A. Barkley (dir.), *Assessment of Childhood Disorders* (4e édition, p. 685-748). New York, NY: Guilford Press



Annexe 1

CENTRE D'EXPERTISE EN AGRESSION SEXUELLE MARIE-VINCENT
CHAIRE DE RECHERCHE INTERUNIVERSITAIRE MARIE-VINCENT SUR LES AGRESSIONS SEXUELLES ENVERS LES ENFANTS

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Projet de recherche auprès des enfants victimes d'agression sexuelle et de ceux présentant des comportements sexuels problématiques et leurs parents.

Chercheurs: MARC TOURIGNY, Ph.D., département de psychoéducation, Université de Sherbrooke
MIREILLE CYR, Ph.D., département de psychologie, Université de Montréal
MARTINE HÉBERT, Ph.D., département de sexologie, Université du Québec à Montréal
MÉLANIE M. GAGNON, Ph.D. chercheure associée, Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants

Ce projet est financé par la Chaire interuniversitaire Fondation Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants 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 en agression sexuelle Marie-Vincent (CEASMV). Dans le cadre des services offerts par le CEASMV, 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 des entrevues d'investigation policière. ***Nous sollicitons par la présente votre autorisation pour que ces données soient utilisées à des fins de recherche dans le cadre du projet en titre 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 à la fois aux enfants victimes d'agression sexuelle et leurs parents non agresseurs ainsi qu'aux enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Ces objectifs sont de :

- 1) Évaluer les besoins des enfants et ceux de leur famille;
- 2) Évaluer l'implantation et l'efficacité des services qui sont offerts par le Centre d'expertise en agressions sexuelles Marie-Vincent (CEASMV);
- 3) Étudier les pratiques socio-médico-judiciaires et leurs effets sur les enfants et leur famille; et
- 4) Étudier l'évolution des enfants et de leur famille qui reçoivent des services au CEASMV.

EN QUOI CONSISTE LA PARTICIPATION AU PROJET?

Le projet comprend quatre volets différents et vous pouvez décider d'accepter de participer à l'un ou l'autre de ces volets :

- 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 en quatre 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. Ces entrevues sont d'une durée moyenne de 2 heures pour vous et de 1 heure 45 minutes pour votre enfant. Vous et votre enfant serez rencontrés à quatre reprises pour une entrevue, soit avant de débiter les services au CEASMV, à la fin des services reçus et à un an et deux ans suivant la première rencontre. Les entrevues précédant et suivant les services du CEASMV font partie intégrante de l'évaluation clinique effectuée par le CEASMV. 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 à un intervalle de un an chacune suivant la fin des services. Les entrevues supplémentaires auront lieu au CEASMV ou à votre domicile, selon votre convenance.

2) Dossiers cliniques et services filmés du CEASMV

Votre participation à ce volet consiste à autoriser que l'équipe de chercheurs(es) accède aux informations contenues à votre dossier clinique au CEASMV et celui de votre enfant et aux services filmés du CEASMV. 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 CEASMV.

3) Banque de données PIBE, si applicable

Votre participation à ce volet consiste à autoriser que l'équipe de chercheurs(es) accède aux informations concernant vous et votre enfant dans une banque de données du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire ou du Centre jeunesse desservant la région où vous habitez. Cette autorisation ne vous demandera aucune participation supplémentaire. Cette banque est appelée PIBE (Plate-forme informatisée pour le Bien-être des enfants) et elle a été créée en collaboration avec les Centres jeunesse du Québec et des chercheurs(es) afin de fournir des données pouvant être utilisées à des fins de recherche. Cette banque de données, exempte d'informations nominatives, documente l'ensemble des services offerts par les Centres jeunesse du Québec et ce, de la naissance jusqu'au moment où l'enfant atteint l'âge adulte.

4) Entrevues d'investigation policière effectuée au CEASMV, si applicable

Votre participation à ce volet consiste à autoriser que l'équipe de chercheurs(es) accède aux vidéos de l'entrevue d'investigation policière avec votre enfant. Cette autorisation ne vous demandera aucune participation supplémentaire.

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 qui consultent au CEASMV nous permettra de mieux définir les caractéristiques de ces enfants, de mieux saisir les besoins d'intervention et d'en adapter les services.

INCONVÉNIENTS ET RISQUES

Un désavantage 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 CEASMV ou l'assistante de recherche vous renseignera après l'entrevue sur des 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 la reviviscence des événements traumatisants, des précautions sont prises afin quelles 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 mettre un terme à l'entrevue si l'enfant le désire. La personne qui mène l'entrevue est une étudiante formée dans le domaine. Elle bénéficie d'une expérience clinique et a déjà mené des entrevues auprès des jeunes 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**. La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code numérique pour identifier les questionnaires, les dossiers cliniques, les vidéos utilisées et les informations extraites de la banque PIBE. Seule l'équipe de

chercheurs(es) et leurs assistants(es) auront accès aux données brutes nominalisées, incluant les vidéos. Ces personnes sont toutefois tenues au respect de la confidentialité des données consultées. En plus des chercheurs(es), des étudiants(es) de maîtrise et de doctorat pourraient avoir accès à la banque de données dénominalisées. Ces données pourraient faire l'objet d'une utilisation secondaire, ce qui ne permettrait toutefois d'aucune façon 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 dans le cadre de mémoires de maîtrise et de thèses de doctorat d'étudiants. Les données recueillies seront conservées sous clé dans les locaux de la Chaire de recherche et les seules personnes qui y auront accès sont les chercheurs(es) associés(es) au projet et les assistants(es) de recherche. Elles seront détruites au plus tard 6 ans après la dernière entrevue et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURS(ES)

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 vous causerait préjudice.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Si vous acceptez de compléter les questionnaires hors de ceux qui font partie intégrante de l'évaluation clinique du CEASMV, soit ceux de la collecte de données qui a lieu un an et deux ans après la première rencontre au CEASMV, une compensation d'ordre monétaire de 20\$ vous sera remis à la fin de la rencontre 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 libre de participer ou non en partie ou en totalité aux quatre volets du projet et de vous retirer en tout temps. Vous êtes également libre d'accepter ou non que votre enfant participe. Sachez que la décision de participer ou non à cette étude n'affectera en rien les services reçus au CEASMV.

PERSONNE DISPONIBLE 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 :

Marc Tourigny, Ph.D. Université de Sherbrooke
Professeur titulaire au département de psychoéducation
Titulaire de la Chaire interuniversitaire Fondation Marie-Vincent
sur les agressions sexuelles envers les enfants.

(sans frais) [REDACTED]

Ce projet a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales, de l'Université de Sherbrooke. Cette démarche vise à assurer la **protection des participantes et participants**. Si vous avez des questions sur les aspects éthiques de ce projet (consentement à participer, confidentialité, etc.), n'hésitez pas à communiquer avec M. Eric Yergeau, président de ce comité, au [REDACTED] ou à [REDACTED]

Code d'identification: _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

PROJET DE RECHERCHE AUPRÈS DES ENFANTS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE ET DE CEUX PRÉSENTANT DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES ET LEURS PARENTS

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.
- × J'accepte librement de participer à ce projet de recherche.
- × J'accepte librement que mon enfant participe à ce projet de recherche. Mon enfant et moi avons discuté du projet de recherche et de sa participation. Je me suis assuré(e) de sa compréhension et de son accord à participer.
- × Je comprends que je peux me retirer et/ou retire 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 que mon enfant participe aux quatre entrevues permettant la passation de questionnaires. Oui Non _____
Initiales du tuteur

J'accepte de participer aux quatre entrevues individuelles qui permettront la passation de questionnaires. Oui Non _____
Initiales du tuteur

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

J'accepte que les données recueillies dans mon dossier clinique, ainsi que les vidéos des interventions thérapeutiques filmées, soient transmises à l'équipe de chercheurs(es) pour qu'elles soient utilisées à des fins de recherche. Oui Non _____
Initiales du tuteur

J'accepte que l'équipe de chercheurs(es) puisse extraire les informations concernant moi et mon enfant dans la banque de données *PIBE* du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, si applicable. Oui Non _____
Initiales du tuteur

J'accepte que l'équipe de chercheurs(es) accède aux vidéos de l'entrevue d'investigation policière avec mon enfant, si applicable. Oui Non _____
Initiales du tuteur

Nom et prénom du parent, tuteur (Lettres moulées)

Consentement du parent, tuteur (Signature)

Date

Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées)

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

Date

Date de naissance de l'enfant

Age de l'enfant



Code d'identification: _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

PROJET DE RECHERCHE AUPRÈS DES ENFANTS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE ET DE CEUX PRÉSENTANT DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES ET LEURS PARENTS

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.
- × J'accepte librement de participer à ce projet de recherche.
- × J'accepte librement que mon enfant participe à ce projet de recherche. Mon enfant et moi avons discuté du projet de recherche et de sa participation. Je me suis assuré(e) de sa compréhension et de son accord à participer.
- × Je comprends que je peux me retirer et/ou retire 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 que mon enfant participe aux quatre entrevues permettant la passation de questionnaires. Oui Non _____
Initiales du tuteur

J'accepte de participer aux quatre entrevues individuelles qui permettront la passation de questionnaires. Oui Non _____
Initiales du tuteur

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

J'accepte que les données recueillies dans mon dossier clinique, ainsi que les vidéos des interventions thérapeutiques filmées, soient transmises à l'équipe de chercheurs(es) pour qu'elles soient utilisées à des fins de recherche. Oui Non _____
Initiales du tuteur

J'accepte que l'équipe de chercheurs(es) puisse extraire les informations concernant moi et mon enfant dans la banque de données *PIBE* du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, si applicable. Oui Non _____
Initiales du tuteur

J'accepte que l'équipe de chercheurs(es) accède aux vidéos de l'entrevue d'investigation policière avec mon enfant, si applicable. Oui Non _____
Initiales du tuteur

Nom et prénom du parent, tuteur (Lettres moulées)

Consentement du parent, tuteur (Signature)

Date

Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées)

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

Date

Date de naissance de l'enfant

Age de l'enfant



Code d'identification: _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

PROJET DE RECHERCHE AUPRÈS DES ENFANTS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE ET DE CEUX PRÉSENTANT DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES ET LEURS PARENTS

Sollicitation pour une 3^{ème} entrevue (1 an)

Madame, Monsieur,

Vous et votre enfant avez collaboré à un projet de recherche auprès des enfants victimes d'agression sexuelle et de ceux présentant des comportements sexuels problématiques et leurs parents qui ont reçu des services au Centre d'expertise en agression sexuelle Marie-Vincent (CEASMV). Cette étude implique une 3^{ème} entrevue (environ 1 an plus tard). 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 de Marc Tourigny, professeur au département de psychoéducation de l'Université de Sherbrooke. Toute question ou commentaire peut être adressé à Marc Tourigny (Tél.: (sans frais) _____ ou _____).

Formule de consentement – 3^{ème} entrevue

J'accepte qu'une assistante de recherche communique avec moi dans 1 an pour prévoir une rencontre dans le cas où je ne reçois plus de services au CEASMV.

Oui Non

Initiales du tuteur

Nom et prénom du parent, tuteur (Lettres moulées)

Consentement du parent, tuteur (Signature)

Date

Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées)

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

Date

Voici mes coordonnées actuelles:

Téléphone :

(____) _____
Domicile

(____) _____
Travail

Adresse :

Numéro

Rue

Appartement

Municipalité

Province

Code postal

Voici les coordonnées de deux personnes qui pourraient vous aider à me 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



Code d'identification: _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

PROJET DE RECHERCHE AUPRÈS DES ENFANTS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE ET
DE CEUX PRÉSENTANT DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES ET LEURS PARENTS

Sollicitation pour une 4^{ème} entrevue (2 ans)

Madame, Monsieur,

Vous et votre enfant avez collaboré à un projet de recherche auprès des enfants victimes d'agression sexuelle et de ceux présentant des comportements sexuels problématiques et leurs parents qui ont reçu des services au Centre d'expertise en agression sexuelle Marie-Vincent (CEASMV). Cette étude implique une 4^{ème} entrevue (environ 2 ans plus tard). 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 de Marc Tourigny, professeur au département de psychoéducation de l'Université de Sherbrooke. Toute question ou commentaire peut être adressé à Marc Tourigny (Tél.: (sans frais) _____ ou _____).

Formule de consentement – 4^{ème} entrevue

J'accepte qu'une assistante de recherche communique avec moi dans 1 an pour prévoir une rencontre dans le cas où je ne reçois plus de services au CEASMV.

Oui Non

Initiales du tuteur

Nom et prénom du parent, tuteur (Lettres moulées)

Consentement du parent, tuteur (Signature)

Date

Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées)

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

Date

Voici mes coordonnées actuelles:

Téléphone :

(____) _____
Domicile

(____) _____
Travail

Adresse :

Numéro Rue

Appartement

Municipalité

Province

Code postal

Voici les coordonnées de deux personnes qui pourraient vous aider à me 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 2



Comité d'éthique de la recherche – Société et culture (CER-SC)

10 juin 2019

Objet: Approbation éthique – « Les enfant aux prises avec des comportements sexuels problématiques : évolution suite à la thérapie et facteurs associés à l'abandon de la thérapie »

Mme Camille Pitre,

Le *Comité d'éthique de la recherche – Société et culture (CER-SC)* a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat. Nous vous invitons à faire suivre ce document au technicien en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERSC tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Marie-Pierre Bousquet, présidente
Comité d'éthique de la recherche – Société et culture (CER-SC)
Université de Montréal

c. c. Gestion des certificats, BRDV
Isabelle Daignault, professeure agrégée, FAS - Département de psychologie

Cochercheurs
p. j. Certificat [REDACTED]

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

adresse civique
3333, Queen Mary
Local 220
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-7338
cersc@umontreal.ca
cersc.umontreal.ca

Comité d'éthique de la recherche – Société et culture (CER-SC)

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche – Société et culture (CER-SC), 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	Les enfant aux prises avec des comportements sexuels problématiques : évolution suite à la thérapie et facteurs associés à l'abandon de la thérapie
Étudiante requérante	Camille Pitre , candidate à la maîtrise, FAS - École de criminologie
Sous la direction de:	Isabelle Daignault, professeure agrégée, FAS - Département de psychologie, Université de Montréal
Autres membres de l'équipe:	Marc Tourigny, Université de Sherbrooke
Financement	
Organisme	Fondation Marie-Vincent
Programme	Chaire de recherche interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants
Titre de l'octroi si différent	Projet de recherche auprès des enfants présentant des comportements sexuels problématiques et leurs parents
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	Marc Tourigny
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

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

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

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 Comité.


Marie-Pierre Bousquet, présidente
Comité d'éthique de la recherche – Société et
culture (CER-SC)
Université de Montréal

10 juin 2019
Date de délivrance

1er juillet 2020
Date de fin de validité

1er juillet 2020
Date du prochain suivi

Annexe 3 - Tableau 9

Tableau 9. *Résultats des analyses descriptives visant à documenter la variété et gravité des comportements sexuels (N=67)*

<u>Caractéristiques des CSP</u>	N	Moyenne	Médiane	É-T	Min	Max
Variété des comportements sexuels						
Comportements sexuels verbaux (0-6)	66	1,79	2	1,65	0	6
Comportements d'observation (0-5)	66	1,14	1	1,11	0	5
Comportements en lien avec les frontières physiques (0-3)	67	1,36	1	1,2	0	3
Comportements en lien avec la nudité (0-14)	67	3,43	3	2,8	0	10
Touchers envers soi (0-6)	67	1,31	1	1,38	0	4
Touchers dirigés vers les autres (0-17)	67	3,18	3	3,03	0	11
Comportements à connotation sexuelle (0-6)	67	1,94	2	1,62	0	6
Touchers sexuels impliquant des animaux (0-2)	62	0,21	0	0,55	0	2
Score global (0-59)	66	15,83	13,97	10,48	0	36,74
Gravité des comportements sexuels						
Score global (0-24)	62	7,22	6,61	5,54	0	19,43