

Université de Montréal

**Les enfants victimes d'agression sexuelle - l'association entre leur trajectoire
en protection de la jeunesse et des symptômes de détresse psychologique**

Par
Camille Ouvrard-Ménard

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 ès sciences (M. Sc.) en criminologie
Option mémoire

Août 2021

© Camille Ouvrard-Ménard, 2021

**Les enfants victimes d'agression sexuelle - l'association entre leur trajectoire en protection
de la jeunesse et des symptômes de détresse psychologique**

Présenté par
Camille Ouvrard-Ménard

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Isabelle V. Daignault
Directrice de recherche

Louis-Georges Cournoyer
Président du jury

Martine Hébert
Membre du jury

Résumé

Les enfants victimes d'agression sexuelle (VAS) peuvent vivre des difficultés variées à la suite de leur victimisation. Parmi ces difficultés, des conséquences notamment sur le plan psychologique peuvent être vécues, telles que de l'anxiété et des symptômes dépressifs. À la suite du dévoilement de l'agression sexuelle (AS), la trajectoire de services de l'enfant peut varier selon le degré d'intervention de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), engendrant des changements marqués dans sa vie. Le modèle théorique de Friedrich (1990) stipule que ces changements pouvant impliquer une rupture de liens au sein de la famille (ex : par un placement de l'enfant ou un interdit de contact avec le présumé agresseur), pourraient exercer une influence sur la culpabilité ressentie par l'enfant, lequel pourrait également se culpabiliser par rapport aux causes de l'AS. Une autre théorie stipule que la réaction émotionnelle de l'enfant à la suite du dévoilement peut varier en fonction d'un certain nombre de facteurs personnels, familiaux et contextuels (Spaccarelli, 1994). Bien que l'influence de certains facteurs contextuels et familiaux ait été explorée par le passé (telle que l'importance du soutien à la suite du dévoilement de l'AS sur le bien-être psychologique de l'enfant VAS (Lemieux et al., 2019; Quas et Goodman, 2012; Back et al., 2011)), on en sait peu sur l'influence des décisions qui sont prises dans le cadre de la prise en charge (placement par le centre jeunesse (CJE) ou l'implication continue du CJE, par exemple). **Objectif :** L'objectif de ce mémoire est de documenter les symptômes psychologiques des enfants VAS en lien avec leur trajectoire de prise en charge. Ainsi, le présent mémoire explore l'influence de facteurs contextuels liés à la prise en charge (*placement de l'enfant, interdit de contact avec l'agresseur, l'intensité de l'implication des professionnels dans la vie de l'enfant, le contact continu avec l'intervenant du CJE en cours d'évaluation et le nombre d'événements stressants liés au dévoilement*) et de facteurs personnels (*stratégies d'évitement et culpabilité*) sur l'état émotionnel de l'enfant (*détresse psychologique*). **Méthode :** Ce mémoire vise à répondre à deux questions principales : 1) Quels sont les facteurs qui exercent une influence sur la détresse psychologique des enfants VAS ? Une sous-question émerge de cette question principale : les filles et les garçons expérimentent-ils le même niveau de détresse psychologique et les mêmes facteurs internes ? 2) Les facteurs externes à l'enfant exercent-ils une influence additionnelle aux facteurs internes à l'enfant sur la détresse psychologique ? Des enfants VAS ont été recrutés par le Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV) ($n = 369$), soit 249 filles et 120 garçons. Ces enfants et un de leurs parents non-agresseur ont rempli

des questionnaires visant entre autres à évaluer les répercussions liées à l'AS. Afin de répondre aux questions de recherches, des analyses de régression linéaire hiérarchique et un test t pour groupes indépendants ont été exécutés. **Résultats** : L'intensité de l'implication des professionnels dans la vie de l'enfant, la culpabilité et les stratégies d'évitement sont associés à plus de détresse psychologique chez les enfants VAS. Le modèle final de régression hiérarchique permet de prédire près de 41% de la variance sur le score de détresse psychologique des enfants VAS. **Conclusion** : Les résultats obtenus concordent en partie avec la littérature actuelle. D'autres recherches seraient nécessaires notamment afin de déterminer si d'autres variables liées à la prise en charge, telles que les contacts supervisés avec l'agresseur, peuvent être associées de manière significative à la détresse psychologique ressentie par les enfants VAS.

Mots-clés : Agression sexuelle, enfance, dépression, anxiété, détresse psychologique, culpabilité, stratégies d'évitement, protection de la jeunesse

Abstract

Child victims of sexual abuse can experience a variety of difficulties as a result of their victimization. Among these difficulties, psychological consequences can be experienced, such as anxiety and depressive symptoms. Following the disclosure of the sexual abuse, the child's services trajectory may vary depending on the degree of intervention by the youth welfare services, resulting in significant changes in the child's life. Friedrich's (1990) theoretical model stipulates that these changes, which can involve a breakdown of family ties (e.g.: resulting from the placement of the child or prohibition of contact with the presumed perpetrator), could affect the child's feeling of guilt and may also be related to the child's feeling of guilt about the causes of the sexual abuse. Another theory stipulates that the child's emotional response following disclosure may be influenced by a number of personal, familial and contextual factors (Spaccarelli, 1994). Although the influence of some contextual and familial factors has been explored in the past (such as the importance of support on the child's psychological well-being following the disclosure of the abuse (Lemieux et al., 2019; Quas et Goodman, 2012; Back et al., 2011)), little is known about the influence of the decisions that are taken by the youth welfare services (placement of the child or the ongoing involvement of youth welfare services, for example). **Objective:** The objective of this research is to document the psychological symptoms of child victims of sexual abuse in relation to their services trajectory. This project explores the influence of contextual factors (*placement of the child, prohibition of contact with the abuser, intensity of involvement of professionals in the child's life, continued involvement of youth welfare services and the number of stressful events related to disclosure*) and personal factors (*avoidance strategies and guilt*) on the child's emotional state (*psychological distress*). **Method:** There are two main questions leading this project: 1) Which factors can influence the psychological distress of child victims of sexual abuse? A sub-question emerges from this first main question: do boys and girls experience the same level of psychological distress and the same internal factors? 2) Do external factors to the child bring an additional influence to the child's internal factors on psychological distress? Child victims of sexual abuse were recruited by the *Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV)* ($n = 369$), comprising 249 girls and 120 boys. These children and one of their non-offending parents completed questionnaires to assess the impact of the sexual abuse. In order to answer the research questions, hierarchical regression analyses and test t for independents groups were performed. **Results:** The intensity of

professional involvement in the child's life, guilt and avoidance strategies were associated with more psychological distress experienced by child victims of sexual abuse. The final hierarchical regression model predicts nearly 41% of the variance on the psychological distress score.

Conclusion: The results obtained are in part consistent with current literature. Further research would be needed, particularly to determine whether other components of the child's taking charge trajectory, such as supervised contact with the abuser, can be significantly associated with the psychological distress experienced by those children.

Keywords: Sexual abuse, childhood, depression, anxiety, psychological distress, culpability, avoidance strategies, youth welfare

Table des matières

Résumé	3
Abstract	5
Liste des tableaux	9
Liste des figures	10
Liste des sigles et abréviations	11
Remerciements	13
Introduction	15
Chapitre 1 : Recension des écrits	18
1.1 L'AGRESSION SEXUELLE EN ENFANCE	18
1.1.1 Définitions de l'agression sexuelle.....	18
1.1.2 Facteurs de risque associés à la victimisation sexuelle pendant l'enfance.....	20
1.1.3 Symptômes et difficultés générales associées à l'agression sexuelle en enfance.....	20
1.1.4 Manifestation des symptômes en fonction du sexe de l'enfant	22
1.2 MODÈLES THÉORIQUES	23
1.2.1 Le modèle traumagénique dynamique de Finkelhor et Browne (1985)	23
1.2.2 Le modèle sur le coping de Friedrich (1990).....	25
1.2.3 Le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994).....	29
1.3 PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT VICTIME D'AGRESSION SEXUELLE	31
1.3.1 Le dévoilement de l'agression sexuelle.....	31
1.3.2 Les protocoles d'intervention de l'entente multisectorielle auprès des enfants victimes d'agression sexuelle.....	33
1.3.3 Les suites d'un signalement retenu en protection de la jeunesse	36
1.4 CORRÉLATS ASSOCIÉS AUX SYMPTÔMES INTÉRIORISÉS DES ENFANTS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE	39
1.4.1 Le style d'attribution de l'enfant.....	39
1.4.2 Culpabilité et honte : deux sentiments liés aux attributions internes.....	41
1.4.3 Stratégies d'évitement	43
1.4.4 Trajectoire judiciaire	44
1.5 PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE CETTE ÉTUDE	47
Chapitre 2 : Méthodologie	50

2.1 Les participants	50
2.2 Procédures.....	50
2.3 Instruments de mesure	51
2.4 Stratégies analytiques.....	54
Chapitre 3 : Résultats	56
Chapitre 4 : Discussion	66
Chapitre 5 : Conclusion	73
Références bibliographiques	75
Annexe 1 : Certificat éthique.....	LXXXIV
Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement.....	LXXXVII

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques des enfants victimes d'agression sexuelle, de leur famille et du lien de l'enfant avec l'agresseur.....	57
Tableau 2. Corrélations, moyennes et écarts-types des variables à l'étude.....	59
Tableau 3. Trajectoire en protection de la jeunesse - niveau d'intensité de l'implication des professionnels dans la vie de l'enfant.....	61
Tableau 4. Trajectoire en protection de la jeunesse - placement de l'enfant.....	61
Tableau 5. Trajectoire en protection de la jeunesse - interdit de contact avec l'agresseur.....	62
Tableau 6. Trajectoire en protection de la jeunesse - contacts avec l'intervenant du CJE en cours d'évaluation.....	62
Tableau 7. Trajectoire en protection de la jeunesse - nombre d'évènements stressants liés au dévoilement.....	62
Tableau 8. Régression hiérarchique à quatre étapes visant à prédire la détresse psychologique des enfants VAS.....	63
Tableau 9. Test t pour échantillons indépendants : différences entre les filles et les garçons en ce qui concerne la détresse psychologique et les facteurs personnels.....	65

Liste des figures

Figure 1.	Le modèle traumagénique dynamique de Finkelhor et Browne (1985).....	25
Figure 2.	Le modèle sur le <i>coping</i> de Friedrich (1990).....	28
Figure 3.	Le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994).....	31

Liste des sigles et abréviations

AS : Agression sexuelle

ASE: Agression sexuelle en enfance

VAS: Victime d'agression sexuelle

CEMV: Centre d'expertise Marie-Vincent

CJE: Centre jeunesse

DPJ: Direction de la protection de la jeunesse

LPJ: Loi sur la protection de la jeunesse

SSPT: Symptômes de stress post-traumatique

M: Moyenne

É-T: Écart-type

*Pour tous ces enfants dont leur sécurité ou leur développement a été, ou sera, compromis,
vous n'êtes pas la cause.*

Remerciements

J'aimerais d'abord remercier ma directrice de maîtrise, Isabelle Daignault. Merci d'avoir su capter mon intérêt une première fois en tant que professeure du cours *Victimologie*, que j'ai suivi lors de mon parcours au baccalauréat en psychologie. Par tes techniques d'enseignement, tes exemples cliniques et ta passion pour cette discipline, tu as su éveiller en moi un intérêt grandissant pour ce domaine qui est le tien. Un second merci encore à toi, Isabelle, pour toute l'aide que tu m'auras apporté durant mes études de deuxième cycle. Tu as su me guider et me motiver lorsque c'était plus ardu, dans l'avancement de mon mémoire ainsi que dans la poursuite de certains cours. Tu as été d'une aide précieuse.

Merci à Mathieu Harkins, chef d'équipe à l'Accueil Communautaire Jeunesse le Labyrinthe, de m'avoir si bien permis de concilier le travail et la rédaction de ce mémoire lors de ma deuxième année à la maîtrise. Merci pour tes encouragements, voire incitations, à poursuivre ma rédaction au travail lorsque les opportunités se présentaient. Merci pour cette expérience professionnelle qui m'aura tant appris sur l'intervention auprès des jeunes en difficultés et sur moi-même. Cet emploi d'intervenante communautaire a été un pilier important dans ma vie.

La suite de mes remerciements s'adresse à mes parents.

Merci à toi maman de m'avoir soutenu et poussé à développer mes savoirs et mes compétences vers des études de deuxième cycle. Tu as su me motiver et m'accompagner au fil de mon parcours académique et professionnel. Merci pour ta douceur et pour le réconfort que tu sais si bien m'apporter lors de moments plus difficiles.

Merci à toi papa d'avoir la capacité de me faire sourire aussi facilement. Tu as toujours eu le don de réussir à me changer les idées et de me faire ressentir du bien-être même dans des moments anxiogènes. Merci de me faire rire à tous les jours, *n'arrête jamais*.

Mes parents, merci de m'avoir transmis le désir d'en apprendre toujours plus. Je vous serai éternellement reconnaissante. Merci d'être vous, je vous aime.

Introduction

La victimisation sexuelle est une problématique surreprésentée dans plusieurs sociétés. Il est d'ailleurs possible de constater une certaine constance dans les taux d'agression sexuelle (AS) à travers plusieurs pays : plus d'une femme sur cinq a été victime d'agression sexuelle en enfance (ASE), alors que cette statistique chez les hommes représente plus d'un d'entre eux sur dix (Collin-Vézina et al., 2013). Ces résultats démontrent également que cette forme de victimisation est d'autant plus présente chez les filles. Une enquête réalisée au Québec en 2014 révèle que 53,4% de toutes les victimes d'AS au Québec enregistrées par le service policier avaient moins de 18 ans. La moitié des victimes d'AS sévères (impliquant une blessure ou une mutilation) étaient mineures et 62,5% de celles-ci avaient moins de 12 ans lors de l'ASE. Les filles de 6 à 11 constitueraient d'ailleurs le groupe le plus victime d'AS sévères (Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondée sur l'affaire [DUC 2 - MSP], 2014). Les statistiques d'incidence recensées ne dévoilent par ailleurs que les AS qui sont rapportées aux autorités, la réelle prévalence ne peut qu'être exacerbée. La réticence à dévoiler chez les enfants peut notamment s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'un facteur de stress s'additionnant au stress déjà vécu. Ces enfants peuvent d'ailleurs vivre de l'anxiété à l'idée d'une potentielle rupture familiale à la suite du dévoilement (Alaggia et al., 2019).

Les mineurs sont plus à risque que les adultes d'être victimes d'une AS (Finkelhor et al., 2005). Les recherches démontrent également que vivre une AS est un facteur de risque d'en revivre une autre, soit à l'enfance ou à l'âge adulte (Finkelhor et al., 2014). Par ailleurs, la victimisation sexuelle n'est pas un facteur influençant de manière indépendante la revictimisation sexuelle, c'est

plutôt la polyvictimisation de manière générale qui influence la revictimisation sexuelle (Finkelhor et al., 2014). Les enfants VAS sont susceptibles de vivre plusieurs difficultés, telles que de l'anxiété, des symptômes de stress-post-traumatique (SSPT), des symptômes dépressifs (Lewis et al., 2016; Murray et al., 2014; Trickett et al., 2011; McCrae et al., 2006), des comportements sexuels problématiques, de l'agressivité et de l'hyperactivité (Trask et al., 2011). Bien que ces conséquences soient les principales, ces enfants peuvent en vivre plusieurs autres, notamment sur le plan social.

Ce mémoire présente en premier temps une recension des écrits sur la situation et les problématiques que peuvent vivre les enfants VAS à la suite du dévoilement de l'AS. Les connaissances notamment au sujet des relations entre la trajectoire de services des enfants VAS, leurs symptômes intériorisés, la culpabilité et les stratégies d'évitement sont mises de l'avant. Des modèles théoriques spécifiques à l'ASE sont présentés de manière à soutenir la conceptualisation du présent projet. Ces modèles suggèrent notamment que la culpabilité peut résulter de la dynamique traumagénique de l'AS (Finkelhor et Browne, 1985), que certains changements familiaux liés aux dispositions prises par la protection de la jeunesse peuvent être liés au développement du sentiment de culpabilité et de symptômes intériorisés chez l'enfant VAS (Friedrich, 1990) et que les événements entourant le dévoilement de l'AS peuvent avoir un impact sur des symptômes intériorisés (Spaccarelli, 1994). Ce mémoire a comme objectifs de répondre à deux questions principales : 1) Quels sont les facteurs qui exercent une influence sur la détresse psychologique des enfants VAS ? Sous-question : les filles et les garçons expérimentent-ils le même niveau de détresse psychologique et les mêmes facteurs internes ? 2) Les facteurs externes à l'enfant exercent-ils une influence additionnelle aux facteurs internes à l'enfant sur la détresse psychologique ? Les facteurs internes (*stratégies d'évitement et culpabilité*) à l'enfant considérés sont des facteurs personnels, alors que les facteurs externes (*placement de l'enfant, interdit de*

contact avec l'agresseur, l'intensité de l'implication des professionnels dans la vie de l'enfant, le contact continu avec l'intervenant du CJE en cours d'évaluation et le nombre d'évènements stressants liés au dévoilement) relèvent de l'environnement social et familial de l'enfant. Les résultats de cette étude pourront renseigner les professionnels et chercheurs œuvrant dans le domaine de la victimisation sexuelle des enfants, soit particulièrement au sujet de l'association entre leur trajectoire en protection de la jeunesse et la concomitance de symptômes dépressifs et d'anxiété pouvant être vécus par ces enfants.

Chapitre 1 : Recension des écrits

Le premier chapitre de ce mémoire présente d'abord les définitions de l'AS qui se révèlent pertinentes dans le cadre du présent travail de recherche. Les différentes sphères (conséquences, facteurs de risque, dévoilement, trajectoire de services...) liées à l'AS sont ensuite explorées de manière à démontrer l'ampleur de la problématique chez les enfants.

1.1 L'AGRESSION SEXUELLE EN ENFANCE

1.1.1 Définitions de l'agression sexuelle

Il n'y a actuellement aucune définition consensuelle, dans la littérature scientifique, sur ce que représente, ou peut représenter, une ASE. Ce manque de consensus vient notamment de la grande variété de domaines (recherche scientifique, juridique, préventif, politique et l'établissement de normes sociales) abordant cette problématique, lesquels adopteront une conceptualisation pratique, théorique ou clinique qui diffère en fonction des mécanismes exigés (Mathews et Collin-Vézina, 2019). Deux définitions sont par ailleurs privilégiées pour le présent mémoire, celle utilisée dans la cadre des Orientations gouvernementales en matière d'AS (Gouvernement du Québec, 2001) et celle dictée par la Loi sur la protection de la jeunesse (Manuel de référence sur la protection de la jeunesse, 2010).

Le Gouvernement du Québec (2001) définit l'AS comme suit :

*« Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, **notamment dans celui des enfants, par une***

manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne » (p.22).

L'article 38 d) de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) définit l'ASE comme suit :

« Lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation; »

Et/ou

« Lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation; » (Manuel de référence sur la protection de la jeunesse, 2010).

Il peut ainsi s'agir d'une ASE intrafamiliale (famille immédiate ou élargie) ou extrafamiliale. Un aspect central de la LPJ est l'importance des démarches que le parent entreprend pour mettre fin et/ou pour prévenir la victimisation de son enfant. Bien que le parent doive entreprendre des démarches préventives, les professionnels œuvrant dans ce milieu se doivent de connaître les facteurs qui peuvent représenter un risque d'AS sur un enfant. En connaissant ces facteurs, il est possible de cibler quels enfants sont plus à risque d'être victime d'une AS versus ceux qui le sont moins (ou pas).

1.1.2 Facteurs de risque associés à la victimisation sexuelle pendant l'enfance

Parmi les facteurs de risque associés au fait d'être victime d'une AS, on retrouve d'abord le jeune âge (enfant ou adolescent) et le genre féminin (Finkelhor et al., 2005). Être mineur est donc un facteur de risque, mais plus l'enfant vieillit, plus le nombre de victimisations est susceptible d'augmenter (Cyr et al., 2014). Les enfants provenant d'une famille dont le revenu est plus faible sont également plus vulnérables (Finkelhor et al., 2005), tout comme les enfants issus d'une famille monoparentale (Lavergne et al., 2011; Holmes et Slap, 1998). Être exposé à d'autres formes de violence, être polyvictimisé (vivre plusieurs formes de victimisations telles que de l'intimidation, de l'exposition à de la violence familiale, de la maltraitance, une agression physique ou de la violence psychologique...) et avoir vécu des événements de vie adverse (emprisonnement d'un parent, problème de consommation d'un parent, itinérance...), sont également des facteurs qui augmentent le risque de victimisation sexuelle chez l'enfant (Finkelhor et al., 2014).

Certains facteurs de risque sont associés à des difficultés plus ou moins exacerbées chez l'enfant. En effet, une étude démontre que la polyvictimisation chez les jeunes a un effet modérateur sur les symptômes qui seront vécus par ceux-ci (Dumont et al., 2014). Les principaux symptômes et difficultés pouvant être vécus par les enfants VAS sont abordés dans la prochaine section.

1.1.3 Symptômes et difficultés générales associées à l'agression sexuelle en enfance

Une étude suggère que l'ASE est la forme de maltraitance qui engendre le plus de répercussions négatives à travers le temps (Lewis et al., 2016). Déjà à court terme, les enfants VAS peuvent présenter des symptômes intériorisés tels que de l'anxiété, des SSPT et des symptômes dépressifs et/ou des troubles extériorisés (Lewis et al., 2016; Murray et al., 2014; Trickett et al.,

2011; McCrae et al., 2006). Les problèmes extériorisés peuvent se manifester principalement par des comportements sexuels problématiques, de l'hyperactivité et de l'agressivité (Trask et al., 2011). L'ASE est associée de manière générale au fait de vivre plus de symptômes intériorisés et extériorisés (Ensink et al., 2016). Les enfants VAS démontreraient plus de symptômes dissociatifs que ceux n'ayant pas vécu cette forme de victimisation (Ensink et al., 2020; Collin-Vézina et Hébert, 2005). D'ailleurs, vivre des SSPT à la suite d'une AS pourrait être associé dans certains cas par un état de dissociation lors de l'évènement traumatique (Collin-Vézina et Hébert, 2005). Dans les écrits de Putnam (1997) sur la dissociation chez les enfants et les adolescents, on comprend la dissociation comme un processus psycho-physiologique qui mène à une incapacité d'intégrer et/ou d'associer l'information ou les expériences de manière intégrale. Toujours concernant cet état de dissociation, des chercheurs ont trouvé un effet médiateur de la dissociation entre l'ASE et des symptômes intériorisés (Collin-Vézina et al., 2005).

Plusieurs autres conséquences peuvent être vécues à moyen et long terme chez les jeunes VAS, dont des difficultés sur le plan social. Une majorité des enfants VAS sont évalués par leurs parents comme présentant plus de difficultés sur le plan social (Hébert et al., 2006). La recension des écrits de Daignault et Hébert (2004) sur l'adaptation scolaire des enfants VAS révèle qu'il est possible de détecter plusieurs difficultés adaptatives chez ces enfants telles que de l'absentéisme, des résultats académiques faibles et des habiletés cognitives moindres à la suite de l'AS. Parmi les difficultés d'adaptation sociale, on détecte chez plusieurs enfants VAS une confiance interpersonnelle réduite et un sentiment de se sentir différent des autres. Plusieurs de ces enfants ont également plus de problèmes sociaux, dont une affirmation de soi réduite, se retirent davantage socialement et ont moins de contrôle de soi (Blanchard-Dallaire et Hébert, 2014).

Les écrits soulignent par ailleurs une variabilité possible dans les symptômes pouvant être vécus par les enfants VAS. Des chercheurs ont exploré si des facteurs peuvent entrer en ligne de compte dans cette variabilité de la réponse chez l'enfant. Certains ont notamment voulu déterminer si des divergences existent en fonction du sexe de l'enfant en ce qui concerne la manifestation des symptômes intériorisés et extériorisés chez les enfants VAS.

1.1.4 Manifestation des symptômes en fonction du sexe de l'enfant

L'analyse de Villeneuve-Cyr et Hébert (2011) nous renseigne sur les différences entre les filles et les garçons au sujet des symptômes intériorisés. Selon leurs résultats, les filles vivent davantage de SSPT et d'anxiété que les garçons. Toujours selon ces deux chercheuses, les caractéristiques de l'AS seraient divergentes en fonction du sexe de l'enfant victime, mais celles-ci ne contribueraient par ailleurs pas à prédire l'émergence des symptômes chez les enfants (Villeneuve-Cyr et Hébert, 2011). Une autre étude québécoise soulève que les filles sont plus à risque de vivre des SSPT que les garçons (Hébert et al., 2014). Les filles victimes seraient plus susceptibles de développer un trouble dépressif, alors que le risque de développer un trouble anxieux serait similaire chez les filles et les garçons (Amado et al., 2015). Certains chercheurs ont démontré que les filles manifestent davantage de symptômes intériorisés (Chaplin, 2015; Villeneuve-Cyr et Hébert, 2011; Banyard et al., 2004; Young et al., 1994) et les garçons plus de symptômes extériorisés (Chaplin, 2015; Hill et al., 2006; Kim et al., 2005; Young et al., 1994), alors que d'autres chercheurs rapportent qu'il n'y aurait aucune différence en fonction du sexe de l'enfant (Maikovich-Fong et Jaffee, 2010). Finalement, Arnow et al. (2011) révèlent que les filles et les garçons manifesteraient autant de symptômes dépressifs. Ces résultats sont donc contradictoires et reflètent un manque de convergence à travers la littérature.

Ces études portant sur les symptômes des enfants VAS mettent en lumière l'ampleur des difficultés que peuvent présenter les enfants à la suite de l'AS et soulignent l'importance de modèles théoriques proposant une explication de cette variabilité de la réponse chez l'enfant. Explorons maintenant trois modèles théoriques spécifiques à l'ASE.

1.2 MODÈLES THÉORIQUES

Trois modèles théoriques spécifiques aux ASE et au sujet d'intérêt, soit la détresse psychologique et les facteurs internes et externes à l'enfant y étant liés, sont expliqués dans les prochaines sections. Il s'agit d'abord du modèle dynamique traumagénique de Finkelhor et Browne (1985), puis du modèle sur le *coping* de Friedrich (1990) et finalement du modèle transactionnel de Spaccarelli (1994). Ces trois modèles intègrent des facteurs internes et externes à l'enfant, tels que la culpabilité, la dynamique familiale et les dispositions prises par la protection de la jeunesse.

1.2.1 Le modèle traumagénique dynamique de Finkelhor et Browne (1985)

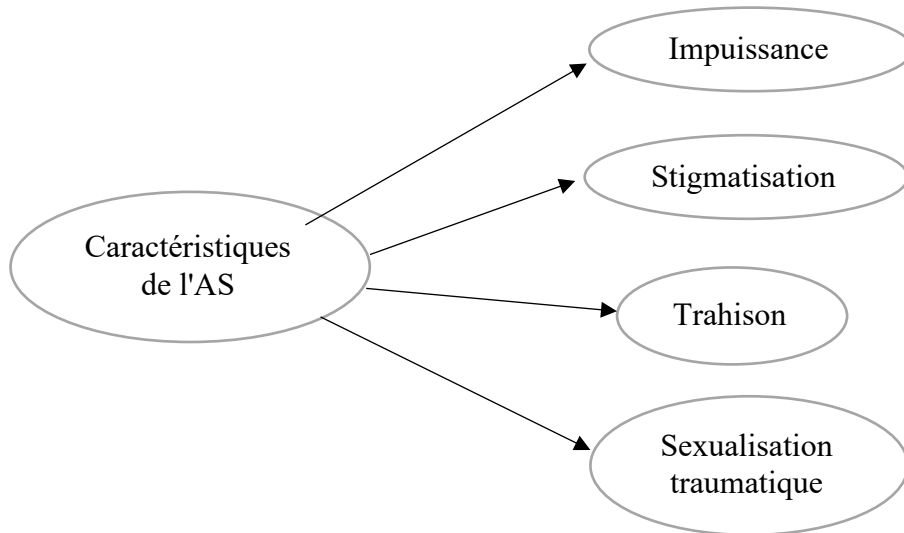
Ce modèle dynamique prend en considération quatre processus distincts pouvant résulter d'une ASE, et ce, en interaction avec les caractéristiques de celle-ci. Ces processus sont : l'impuissance, la stigmatisation, la trahison et la sexualisation traumatique.

L'impuissance implique une impression de manque de contrôle vis-à-vis l'AS et ses suites. Cette impuissance pourrait notamment être consistante avec une trajectoire en protection de la jeunesse empreinte de changements radicaux à la suite d'un placement, ou de procédures prolongées à la cour, par exemple. La stigmatisation réfère à une perception négative de la part

d'autrui envers l'enfant VAS, laquelle est liée au développement d'attributions internes et du sentiment de culpabilité chez l'enfant. La trahison peut se traduire par un manque de confiance de l'enfant envers les autres résultant de l'évènement traumatique. La perte d'une relation significative peut entraîner une confiance brisée. Ce manque de confiance paraît légitime étant donné que les principaux agresseurs entretiennent souvent un lien de proximité avec l'enfant qu'ils agressent (Alix et al., 2019; Hébert et Daignault, 2015; Tourigny et al., 2005). La sexualisation traumatique se distingue par une sexualisation dysfonctionnelle étant donné une conception déficiente de l'image de soi en ce qui concerne sa sexualité; cette conception dysfonctionnelle résultant des caractéristiques de l'AS. Afin de faciliter la compréhension, la figure 1 schématise ces quatre dynamiques pouvant résulter des caractéristiques de l'AS.

Les quatre dynamiques possibles peuvent se développer de manière plus ou moins exacerbée ou traumatique, et ce, en fonction des caractéristiques de l'AS. En effet, l'utilisation de la coercition et une AS chronique, par exemple, peuvent entraîner une dynamique traumagénique plus complexe. La dynamique de la stigmatisation est particulièrement pertinente dans le cadre de la présente étude, puisqu'elle renseigne sur le sentiment de culpabilité de l'enfant VAS qui peut résulter de réactions inadéquates de l'entourage en lien avec l'AS. En effet, ce modèle stipule qu'à la suite d'une AS, il arrive qu'un enfant soit soumis à des réactions négatives de la part de son entourage. Ce serait principalement dans le cadre de réactions attribuant un certain blâme à l'enfant que celui-ci pourrait développer un sentiment de honte ou de culpabilité (Finkelhor et Browne, 1985). Ainsi, des facteurs contextuels entourant le dévoilement de l'AS pourraient être liés au développement du sentiment de culpabilité chez l'enfant VAS.

Figure 1. Le modèle traumagénique dynamique de Finkelhor et Browne (1985)



C'est à partir du modèle de Finkelhor et Browne (1985) sur les dynamiques traumagéniques que Friedrich (1990) a proposé sa théorie sur le *coping*. Friedrich (1990) met d'ailleurs en relation les quatre dynamiques avec le développement de symptômes dépressifs chez l'enfant VAS.

1.2.2 Le modèle sur le *coping* de Friedrich (1990)

Friedrich (1990) élabore de manière approfondie sur le processus de stigmatisation de la théorie de Finkelhor et Browne (1985) et sur la culpabilité pouvant en résulter. Il met de l'avant que dans des cas où l'enfant est placé hors de son milieu familial à la suite d'une AS et que le père demeure au domicile (dans des circonstances où le père serait l'agresseur), la situation peut entraîner le développement de la cognition chez l'enfant comme quoi il est à blâmer. L'enfant

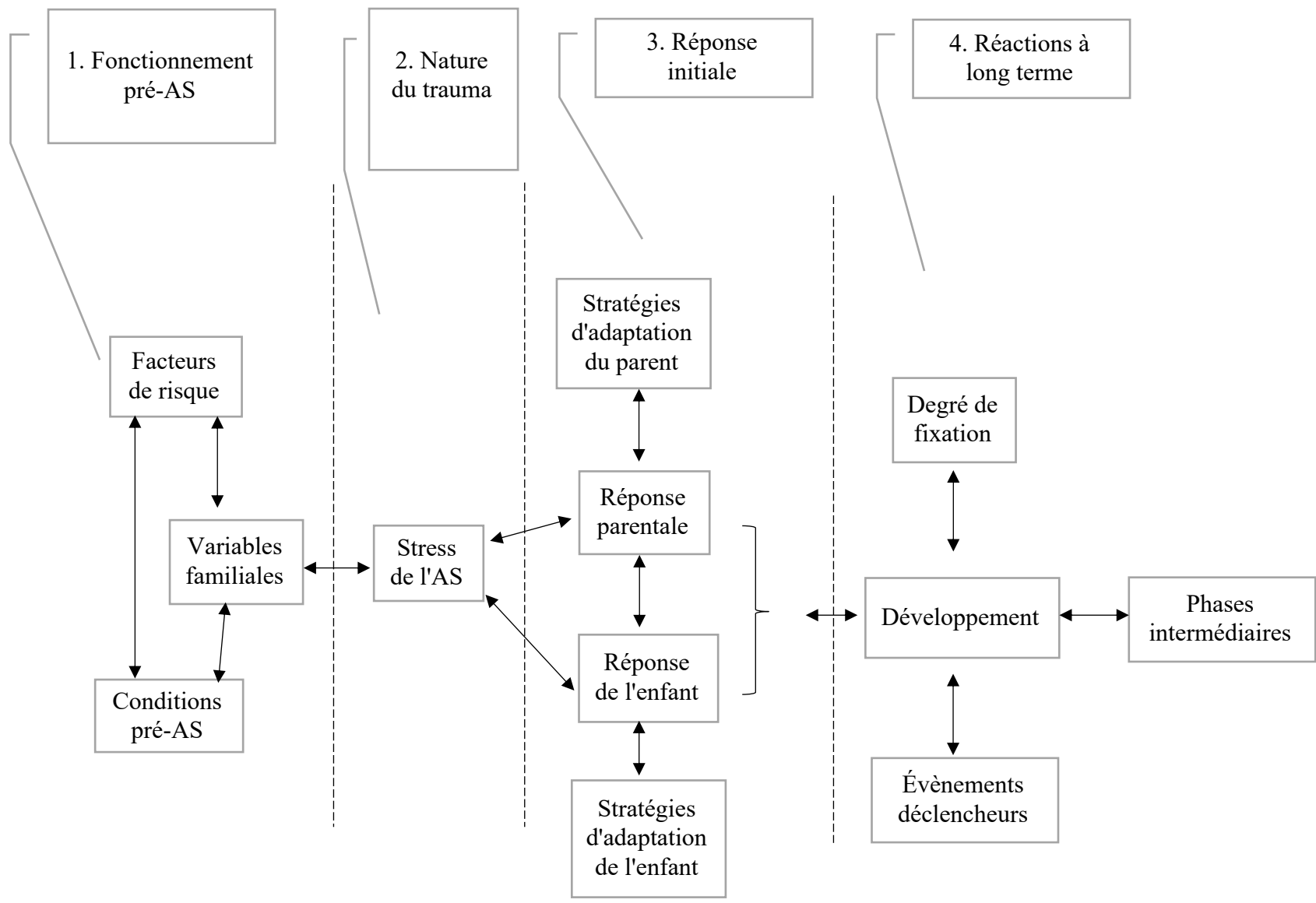
pourrait d'ailleurs se sentir en partie responsable de 1) l'AS; et de 2) de la rupture familiale qui s'en suit.

Le modèle de Friedrich, décrit dans son ouvrage sur la psychothérapie auprès des enfants victimes d'AS et de leur famille, prend en considération plusieurs variables pertinentes dans le cadre du présent travail. Ces variables sont : 1) le contexte et le fonctionnement pré-AS; 2) les aspects traumatisants entourant l'évènement traumatique; 3) les évènements à la suite du dévoilement de l'AS; 4) le niveau développemental de l'enfant; et 5) les réactions et conséquences à long terme vécues par l'enfant VAS. Le fonctionnement pré-AS comporte les facteurs de risque, les variables familiales et les préconditions à l'AS. Les aspects traumatisants sont la nature même de l'AS et ses caractéristiques. Les évènements à la suite du dévoilement comprennent la réponse initiale à l'AS (du parent et de l'enfant) ainsi que leurs stratégies d'adaptation respectives. Les conséquences à long terme peuvent notamment dépendre du niveau développemental de l'enfant et des évènements ultérieurs à l'AS. Ces variables et la chaîne conceptuelle y étant associée sont schématisées dans la figure 2. Concernant le niveau développemental, le chercheur le distingue en deux parties : le développement social et le développement cognitif. La partie sur le développement social soulève notamment qu'une propension aux symptômes dépressifs peut se transmettre de la mère aux enfants. Friedrich (1990) explique également qu'une coupure entre le soi réel et le soi idéal peut se développer en résultante à l'AS. Cette coupure pourrait être influencée par la socialisation et les attributions que l'enfant fait de l'AS (telles que s'attribuer le blâme). Par rapport au développement cognitif, la première réaction cognitive d'un enfant à la suite d'une AS est de se blâmer ou de blâmer quelqu'un ou quelque chose. En général, les enfants plus jeunes seraient ceux qui s'attribuent le plus le blâme, puis en vieillissant ils ressentiraient plus de honte que de blâme. D'ailleurs, Friedrich (1990) reprend encore ici le modèle de Finkelhor et Browne (1985) en liant la

dynamique d'impuissance de leur théorie à l'attribution interne, lesquelles sont toutes deux liées à une immaturité du cerveau. Cette immaturité peut entraîner l'émergence de croyances erronées, telles que s'attribuer la responsabilité complète de l'AS.

Deux principes sont fondamentaux dans sa conception, le premier étant que les événements sociaux n'existent pas de manière isolée, mais plutôt de manière interactive et comme résultante à de multiples interactions sociales. Le deuxième est celui qui se révèle davantage congruent avec le présent travail de recherche, il s'agit d'un *coping* actif, soit les capacités et stratégies d'adaptation de l'enfant en réponse à l'AS. Les stratégies d'adaptation adoptées par l'enfant peuvent influencer de manière positive, ou au contraire négative, l'état psychologique et le développement du jeune. Dans les ressources de *coping* positives que Friedrich (1990) nomme se trouvent d'ailleurs le soutien social, l'attribution externe, la capacité à régler des problèmes interpersonnels et l'absence de dépression. Il est ainsi possible d'envisager que l'utilisation de stratégies d'évitement et une attribution interne de l'évènement (laquelle peut résulter en un sentiment de culpabilité) puissent être liées à des symptômes dépressifs chez l'enfant VAS.

Figure 2. Reproduction et traduction de la figure de Friedrich sur sa théorie basée sur le *coping*, tirée de Friedrich (1990)



1.2.3 Le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994)

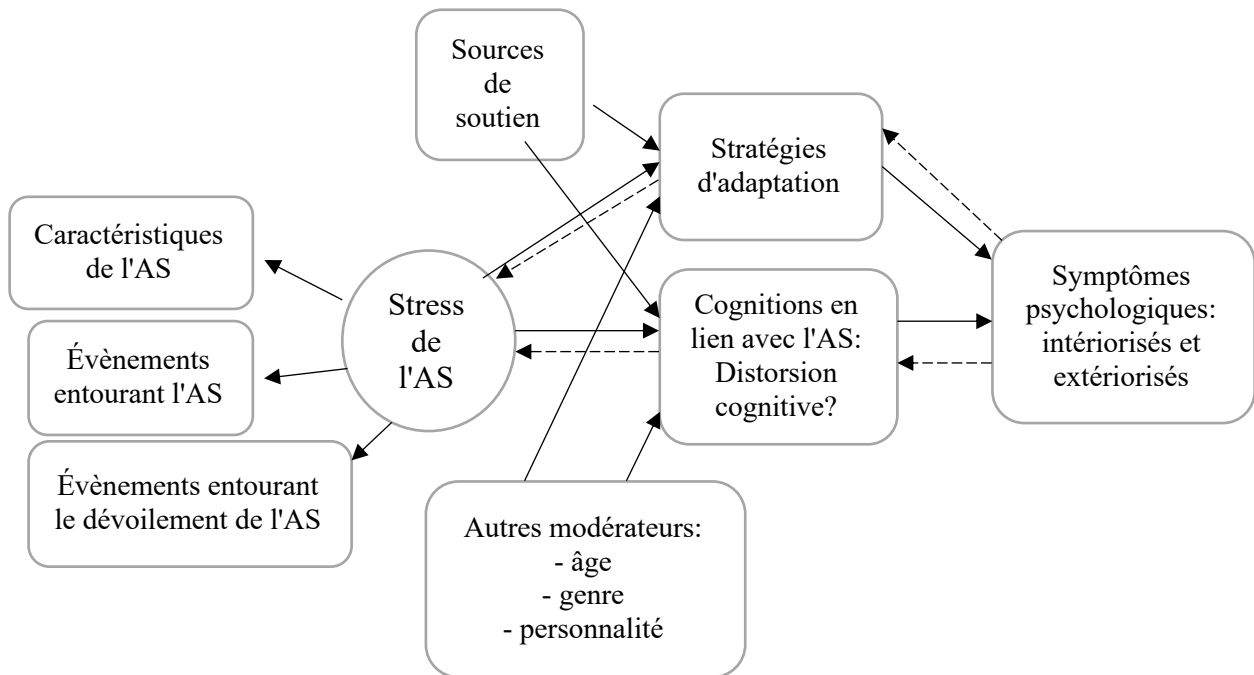
Le modèle transactionnel de Spaccarelli est particulièrement pertinent en ce qui concerne la considération du chercheur de l'influence de variables contextuelles sur l'état psychologique des enfants VAS. Plusieurs variables présentes dans son modèle forment ce que Spaccarelli nomme le *stress de l'AS* pour l'enfant. Il s'agit des caractéristiques de l'AS, lesquelles peuvent impliquer une sévérité plus ou moins accrue, les événements entourant cette agression (par exemple une rupture familiale) ainsi que ceux liés au dévoilement de l'AS (réactions de l'entourage, procédures judiciaires, trajectoire en protection de la jeunesse, etc.). D'autres variables considérées dans son modèle sont les stratégies d'adaptation (dont les stratégies d'évitement), les symptômes psychologiques et les attributions causales.

Puisqu'il a été question de la sévérité de l'AS et qu'il s'agit d'une composante importante de son modèle, il est pertinent ici d'introduire ce concept. La sévérité de l'AS dépend des caractéristiques de celle-ci. Le lien avec l'agresseur est d'abord à considérer. Un lien de proximité, soit une AS intrafamiliale, implique une sévérité accrue (Berthelot et al., 2014). La chronicité de la victimisation est également un facteur de sévérité; plus la victimisation sexuelle est chronique, plus cela engendre généralement des conséquences (Loeb et al., 2011). La nature des actes est également déterminante, une AS avec coercition, pénétration ou tentative de pénétration sous-tend une sévérité accrue (Vaillancourt-Morel et al., 2015). Finalement, la sévérité de l'AS est liée au développement de plusieurs symptômes internes, dont le sentiment de culpabilité chez l'enfant (Gauthier-Duchesne et al., 2017; Quas et al., 2003).

Le modèle de Spaccarelli (1994) porte notamment sur les différentes variables pouvant avoir une influence sur l'état psychologique des enfants VAS. Son modèle, schématisé dans la figure 3, suggère que se culpabiliser par rapport à l'AS (cognition liée à l'AS) et les stratégies d'évitement (stratégie d'adaptation) seraient directement liés aux symptômes intériorisés de l'enfant. Ce modèle propose que se culpabiliser à la suite d'une AS peut influencer le développement de symptômes anxieux, lesquels peuvent eux-aussi avoir un impact sur les cognitions de l'enfant par rapport aux causes de l'AS. Spaccarelli (1994) suggère ainsi qu'une évaluation négative de l'AS, de manière à s'attribuer le blâme, par exemple, est liée à l'émergence de symptômes dépressifs et d'anxiété chez les jeunes filles. Ce modèle soutient également que l'accumulation de stressseurs (caractéristiques de l'AS, évènements entourant l'AS et le dévoilement de celle-ci) est l'aspect central qui peut influencer la réponse de l'enfant (cognitions, stratégies d'adaptation et symptômes) à l'AS. La trajectoire en protection de la jeunesse faisant partie des évènements entourant le dévoilement de l'AS, il est ainsi possible d'envisager qu'une trajectoire marquée de changements puisse impliquer une réponse tout autant marquée de la part de l'enfant.

Le modèle de Spaccarelli est donc pertinent puisqu'il met en lumière l'influence de facteurs externes de prise en charge et de facteurs internes sur les symptômes intériorisés pouvant être vécus par l'enfant VAS. Son modèle démontre les multiples interactions possibles entre les variables d'intérêt, soutenant ainsi que des influences complexes sont possibles.

Figure 3. Reproduction du modèle transactionnel de Spaccarelli, tiré de Spaccarelli (1994)



Ainsi, certains facteurs externes à l'enfant, tels que des événements entourant le dévoilement de l'AS, peuvent être liés au développement de symptômes intériorisés chez l'enfant VAS. La prochaine section abordera des facteurs externes, soit la prise en charge de l'enfant VAS en débutant par la première étape : le dévoilement de l'AS.

1.3 PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT VICTIME D'AGRESSION SEXUELLE

1.3.1 Le dévoilement de l'agression sexuelle

On peut considérer que la prise en charge des enfants VAS débute à la suite du dévoilement ou lorsqu'une situation d'AS est soupçonnée. Les enjeux liés au processus de dévoilement sont donc de plus en plus étudiés. L'étape du dévoilement de l'AS à un proche peut être très anxiogène

pour un enfant. Il n'est pas rare que les enfants VAS soient réticents à dévoiler ce qu'ils ont vécu. Les résultats de Alaggia et al. (2019) mettent de l'avant plusieurs facteurs qui peuvent représenter des barrières au dévoilement. De manière générale, plus l'enfant est jeune, moins il y a de chance qu'il dévoile l'AS. Le sexe a également un rôle à jouer : certaines filles craignent davantage de se faire blâmer ou de ne pas être crues, alors que certains garçons craignent d'être perçu homosexuel. Les enfants vivant dans une famille avec une structure patriarcale rigide et vivant d'autres formes de violence au sein de leur famille sont également moins sujets à dévoiler. Un enfant VAS vivant dans une famille avec une communication dysfonctionnelle serait également moins porté à s'ouvrir sur l'AS. Certains jeunes craignent d'ailleurs que le dévoilement change négativement leur dynamique familiale, tel que par une rupture au sein de celle-ci (placement, séparation...) (Alaggia et al., 2019). On constate que ce processus complexe peut rajouter un stress supplémentaire à l'AS pour l'enfant. Le réseau familial serait donc un élément central à considérer en lien avec le processus de dévoilement. La dynamique familiale prendra dans bien des cas une nouvelle tournure à cette étape et celle-ci sera influencée en partie par les décisions prises par la protection de la jeunesse et au niveau judiciaire.

Outre le fait que certains facteurs familiaux puissent être associés à la réticence à dévoiler l'AS, des facteurs familiaux peuvent également être associés aux divers symptômes qui peuvent être vécus par l'enfant à la suite du dévoilement. En effet, le manque de cohésion familiale est lié au développement de symptômes intériorisés liés à l'AS à la suite du dévoilement (Bal De Bourdeaudhuij et al., 2004). Une autre étude démontre que plus l'enfant VAS perçoit qu'il a un lien d'attachement sécuritaire à ses parents, moins il aura de symptômes intériorisés et extériorisés (Parent-Boursier et Hébert, 2010). De plus, considérant que l'agresseur est souvent un membre de la famille de l'enfant (Alix et al., 2019; Hébert et Daignault, 2015; Tourigny et al., 2005), il est possible

d'envisager que des difficultés familiales puissent émerger ou être exacerbées à la suite du dévoilement. Les pairs ont également un rôle à jouer sur le bien-être des enfants VAS. En effet, selon le modèle théorique de Finkelhor et Browne (1985), les réactions négatives et le manque de soutien des membres de la famille et des pairs sont liés à des symptômes intériorisés chez l'enfant VAS. Une étude sur la persistance de symptômes dépressifs chez les femmes victimes d'ASE démontre qu'une réaction non-aidante face au dévoilement de l'AS est liée à la continuité de la symptomatologie dépressive à l'âge adulte (Lemieux et al., 2019). La perception par l'adolescent du manque de soutien parental serait le meilleur prédicteur des symptômes dépressifs et d'anxiété chez la victime (Vazsonyi et Belliston, 2006). On discerne ainsi l'importance de la cohésion familiale et du soutien à la suite du dévoilement.

Les difficultés associées au processus de dévoilement soulèvent l'importance d'une intervention adaptée et concertée entre les professionnels concernés à la suite de celui-ci. Les protocoles d'intervention lorsqu'une AS est signalée sont régis par l'entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique (Gouvernement du Québec, 2001).

1.3.2 Les protocoles d'intervention de l'entente multisectorielle auprès des enfants victimes d'agression sexuelle

Depuis 2001 au Québec, lorsqu'un enfant est victime d'une AS, les protocoles d'intervention de l'entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique (Gouvernement du Québec, 2001) s'appliquent. Cette entente émise par le Ministère de la Santé et des Services

sociaux met l'emphase sur la nécessité de concertation entre les acteurs offrant une forme de soutien aux enfants négligés et/ou victimes ou à risque de l'être, et ce, notamment afin d'offrir une intervention socio-judiciaire plus adaptée aux besoins de l'enfant. La collaboration vise plusieurs acteurs : intervenants œuvrant au sein de la protection de la jeunesse, policiers, enseignants, intervenants psychosociaux de tout type de milieux (...). Il s'agit de prime abord d'un engagement à agir lorsque la sécurité ou le développement d'un enfant est jugé compromis. L'entente précise également les mandats de chaque catégorie d'acteurs dans une situation où l'enfant est à risque. Parmi les professionnels impliqués dans l'entente multisectorielle, ceux œuvrant au sein de la protection de la jeunesse occupent une place centrale. En effet, à la suite du dévoilement de l'AS, l'enfant peut notamment vivre des changements marqués dans sa vie en fonction de décisions prises par la DPJ. Ces changements, que Spaccarelli (1994) qualifie d'évènements entourant le dévoilement de l'AS, sont ceux sur lesquels une attention particulière est portée dans le présent travail.

Le processus d'intervention à la suite du signalement à la DPJ peut se distinguer par dix étapes possibles; elles ne sont pas toutes automatiques et certaines peuvent être des alternatives. Comme il est important de documenter les facteurs pouvant être associés à la détresse psychologique des enfants VAS, les principales étapes du processus d'intervention sont résumées dans les prochaines lignes. Elles proviennent du *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse* (2010).

La première étape à la suite du signalement est la réception et le traitement de celui-ci. Les situations plus à risque sont traitées de manière plus urgente. L'analyse se fait sur la base des caractéristiques de la compromission : l'âge de l'enfant, la gravité, la fréquence, la chronicité et la

nature même de la situation, les ressources disponibles dans le milieu de l'enfant et de ses parents pour leur venir en aide, puis finalement la volonté et les capacités des parents à mettre fin à la situation compromettante pour l'enfant. Des mesures de protection immédiates peuvent ensuite être appliquées si nécessaire. Ces mesures peuvent entrer en vigueur à n'importe quelle étape du processus. Il pourrait s'agir, par exemple, d'un retrait de l'enfant de son milieu de vie ou d'un interdit de contact avec l'agresseur. Si la DPJ juge que les mesures se doivent d'être prolongées, une entente provisoire ou un recours au tribunal doit être effectué. L'entente provisoire nécessite le consentement des parents et de l'enfant (s'il est âgé de 14 ans et plus) sur la prolongation des mesures qui ont été prises, d'une période maximale de 30 jours. La prochaine étape est l'orientation du régime, lequel peut être volontaire ou judiciaire. Le régime volontaire est celui qui favorise la participation des parents et de leur enfant dans les mesures à prendre. Pour qu'il ait lieu, trois critères doivent être respectés par les parents et s'il y a lieu l'enfant : 1) la reconnaissance de la situation de compromission et de la nécessité d'y mettre fin; 2) démontrer leur collaboration à s'améliorer et/ou changer la situation compromettante; et 3) avoir les capacités nécessaires pour appliquer les mesures à suivre et ainsi mettre terme à la situation compromettante. D'un autre côté, le régime judiciaire est appliqué lorsque la situation ne répond pas aux critères d'admissibilité au régime volontaire et/ou lorsque l'enfant ou ses parents s'opposent à une ou des décisions prises par la DPJ. Si le tribunal juge qu'il y a compromission pour la sécurité ou le développement de l'enfant, il décidera de l'ordonnance et de la durée de celle-ci. Pour faire son ordonnance, le tribunal doit tenir compte des mêmes critères de rétention que ceux de la DPJ. Le tribunal peut ordonner plusieurs applications, telles que l'enfant soit confié à d'autres personnes, un interdit de contact avec l'agresseur, que l'enfant reçoive des soins et/ou des services particuliers, qu'il fréquente la garderie, etc. Il n'y a pas de durée maximale aux ordonnances de la cour; c'est au juge d'en décider.

Des mesures provisoires peuvent être ordonnées par le juge à tout moment du processus d'intervention. Il peut s'agir de mesures provisoires avec ou sans hébergement.

Il y a donc deux orientations possibles pour le processus d'intervention. En fonction des critères énoncés, la situation peut être traitée suivant un régime volontaire (tribunal non impliqué) ou judiciaire. Par ailleurs, dans les deux cas, des décisions similaires peuvent être prises, telles qu'un placement de l'enfant ou l'obligation qu'il fréquente la garderie. Les étapes du processus d'intervention ayant été abordées, il paraît maintenant essentiel de donner un aperçu des statistiques de signalement en protection de la jeunesse et des répercussions possibles de certaines décisions prises au sein de celle-ci sur le bien-être psychologique des enfants VAS.

1.3.3 Les suites d'un signalement retenu en protection de la jeunesse

Les données recensées dans les prochaines lignes proviennent du rapport de Tourigny et al. (2005). Les analyses pour donner lieu à ce rapport ont été faites à partir de 849 signalements d'ASE, desquels 297 d'entre eux ont été jugés fondés. Dans la majorité des cas, l'agresseur entretenait un lien de proximité avec l'enfant victime. Les figures paternelles ou de substitution paternelle sont reconnues comme étant les principaux agresseurs. Les principaux signaleurs sont les employés des CJE et des écoles, puis les mères (Tourigny et al., 2005). Les signalements qui ont le plus de probabilités d'être retenus sont ceux qui comportent plus d'un enfant de la même famille, où il y a présence de troubles de comportements, où la victime est une fille et lorsqu'il y a plus d'une source de signalement pour un même cas. De plus, lorsque l'enfant habite avec l'agresseur, cela est un facteur de risque supplémentaire et il est alors directement question de compromission de la sécurité ou du développement de cet enfant. Toujours concernant les rétentions de signalements,

ceux-ci ont plus de probabilités d'être retenus si un signalement antérieur l'a déjà été et que l'enfant avait été pris en charge (Tourigny et al., 2005). Les statistiques recensées démontrent que 27% des jeunes ont été placés hors de leur milieu familial, soit principalement en famille d'accueil et qu'un recours au Tribunal de la jeunesse a été effectué dans 52% de tous les cas pris en charge. On peut donc constater que la dynamique familiale est fréquemment changeante à la suite de la prise en charge par la protection de la jeunesse et que le recours aux tribunaux est fréquent.

Outre ce dernier rapport, l'Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse [ÉIQ], présente également des données pertinentes au sujet des signalements à la DPJ qui ont été jugés fondés en 2014. Les principaux signaleurs étaient des professionnels : acteurs du milieu scolaire, personnel du CLSC et des policiers. Concernant les signalements fondés d'ASE, le plus souvent il s'agissait d'attouchements sexuels (50%), dans 14% des cas il y eut une pénétration et dans 11% des cas des relations sexuelles orales ont été dénotées. Au sujet de la chronicité de l'AS, pour 69% des signalements retenus il ne s'agissait pas d'une AS isolée, mais bien d'incidents multiples. Chez 70% des enfants évalués à la suite de la prise en charge par la DPJ, au moins une difficulté du fonctionnement est dénotée, dont principalement des symptômes dépressifs, de l'anxiété, de l'isolement ou un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

L'étude de Cyr et al. (2014) nous procure elle aussi un aperçu des statistiques de prise en charge par la protection de la jeunesse. Leurs analyses révèlent que la prise en charge impliquant une forme ou une autre d'intervention auprès de la famille est plus fréquente dans les cas de victimisation sexuelle, soit pour près d'un adolescent sur trois et d'un enfant sur dix. De plus, les

jeunes provenant des CJE, donc principalement ceux qui vivent hors de leur milieu familial, sont plus souvent touchés par diverses formes de victimisations.

Une étude nationale effectuée auprès de 1848 enfants et adolescents victimes d'abus et/ou de négligence met en lumière l'influence potentielle du placement sur des symptômes de détresse psychologique. Les chercheurs révèlent que les SSPT sont plus fréquents chez les enfants placés hors de leur milieu familial à la suite d'expériences traumatiques, soit 19,2% versus 10,7% chez les jeunes demeurant au sein de leur famille (Kolko et al., 2009). Aucune différence significative en ce qui concerne la prévalence de SSPT en fonction du type d'agression (sexuelle, physique, ...) n'a été détectée. La recherche de Daigneault et al. (2004) révèle pour sa part un lien apparent entre la durée de prise en charge, les SSPT et la dissociation, soit une diminution des symptômes au fil de l'avancement de la prise en charge.

Les enfants VAS peuvent donc vivre de la détresse psychologique à la suite d'une AS et leur trajectoire en protection de la jeunesse pourrait influencer sur certains symptômes. On discerne par ailleurs un manque de connaissances au sujet de l'influence de la trajectoire en protection de la jeunesse sur les symptômes intériorisés des enfants VAS. La prochaine section porte sur les divers corrélats associés aux symptômes intériorisés des enfants VAS.

1.4 CORRÉLATS ASSOCIÉS AUX SYMPTÔMES INTÉRIORISÉS DES ENFANTS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

1.4.1 Le style d'attribution de l'enfant

Selon le modèle de Friedrich (1990), la première réaction cognitive d'un enfant à la suite d'une AS est d'attribuer le blâme en lien avec celle-ci. Les enfants VAS sont propices à entretenir des attributions causales internes de l'AS, lesquelles peuvent être très néfastes pour leur bien-être psychologique. Les travaux de recherche de Candice Feiring ont largement contribué à mieux comprendre les attributions causales chez les enfants VAS. Selon les observations de Feiring, l'attribution interne serait liée à un ajustement négatif et à l'émergence de divers symptômes alors que l'attribution causale externe, soit celle attribuant la responsabilité de l'AS à l'agresseur (ou une autre cause externe), serait une stratégie adaptative corrélée avec un ajustement positif (Feiring et al., 1996). Ainsi, le locus de la responsabilité est divergent selon le type d'attribution. L'attribution interne consiste à s'attribuer le blâme (ou une partie de celui-ci), dans ce cas-ci de l'AS. Des chercheurs ont réalisé des études à ce sujet en comparant des filles VAS à des filles non VAS sur ces variables. Les filles VAS seraient plus nombreuses que les filles non-victimes à entretenir des attributions personnelles des événements négatifs (de manière générale et non spécifiquement liées à l'AS), à se blâmer, à se trouver moins crédibles et à avoir une confiance interpersonnelle réduite (Mannarino et Cohen, 1996). Ces derniers chercheurs révèlent également que les perceptions liées à l'AS, les attributions causales et les symptômes auto-rapportés de dépression et d'anxiété sont positivement corrélés. Une autre étude démontre que les enfants VAS manifestant une confiance interpersonnelle réduite ont plus de symptômes intériorisés (Blanchard-Dallaire et Hébert., 2014).

Bien que l'on sache que les attributions externes sont celles les plus communes chez les enfants VAS (Feiring et al., 2002), les attributions internes sont celles qui sont le plus liées à une faible estime de soi et à des indices de détresse psychologique (Feiring et al., 2002). Les résultats de Feiring et Cleland (2007) démontrent que les filles et les garçons s'attribueraient autant le blâme et cela chez les victimes, mais aussi chez les non-victimes. Selon ces résultats, il n'y aurait donc pas de différence à ce niveau selon le sexe. D'autres chercheurs ont démontré que se blâmer en lien avec une AS servirait de médiateur entre l'AS et des SSPT, l'anxiété, la dépression, la dissociation, la colère et des préoccupations sexuelles (Daigneault et al., 2006). On discerne donc des relations notamment entre le fait de se blâmer et des symptômes intériorisés. Une autre recherche révèle par ailleurs que le style d'attribution des enfants est un modérateur entre la maltraitance et les problèmes extériorisés, alors qu'il n'est pas un modérateur entre la maltraitance et les problèmes intériorisés (Toth et al., 2002). Bien qu'il s'agît dans cette étude du concept de maltraitance et non spécifiquement d'AS, l'AS est incluse dans leur mesure de la maltraitance. En effet, 90,9% des enfants de leur échantillon ont été victimes d'AS.

La recherche de Feiring et al. (2002) se concentre sur l'expérience d'enfants et d'adolescents VAS et sur les perceptions des parents et des enseignants sur les problématiques vécues par l'enfant. Leur échantillon est composé de 80 enfants (entre 8 et 11 ans) et 57 adolescents (entre 12 et 15 ans), lesquels ont été rencontrés plus ou moins huit semaines après le dévoilement de l'AS, puis une seconde fois un an plus tard. Autant chez les enfants que chez les adolescents, ce sont les filles qui sont largement surreprésentées. En effet, chez les adolescents, 43 filles et 14 garçons ont été évalués. L'objectif de l'étude était d'analyser l'évolution à travers le temps des relations entre les attributions spécifiques et des symptômes intériorisés. Plusieurs variables pertinentes ont été étudiées dont les caractéristiques de l'AS, le style d'attribution, la honte, l'estime de soi, les

symptômes dépressifs et les problèmes comportementaux de l'enfant. Les résultats démontrent que les attributions externes de l'AS sont les plus communes. On remarque par ailleurs que les enfants entretenant des attributions internes en lien avec l'AS ont plus de problèmes intériorisés, dont des symptômes dépressifs.

Les enfants VAS sont donc susceptibles d'entretenir des attributions causales internes à la suite de leur victimisation. Plusieurs sentiments sont liés aux attributions internes, dont la culpabilité et la honte. Certaines recherches se sont penchées sur les relations entre les attributions internes, la culpabilité, la honte et les symptômes intériorisés des enfants VAS. Ces études permettent d'approfondir sur les facteurs pouvant être associés à une plus grande détresse psychologique chez l'enfant VAS.

1.4.2 Culpabilité et honte : deux sentiments liés aux attributions internes

Il paraît d'abord important de distinguer la honte et la culpabilité, lesquels sont deux sentiments parfois confondus. Dans l'article de Feiring et Taska (2005) la honte est décrite comme un sentiment affectant la représentation de soi, soit une image de soi comme déficiente et incapable d'atteindre les standards sociaux ou imposés par soi-même. Il s'agit donc d'un sentiment négatif affectant notre intégrité à part entière. Par ailleurs, la culpabilité est un sentiment négatif à l'égard de certains de nos comportements et non sur l'intégralité de notre personne. Dans la recherche de Feiring et Taska (2005), le sentiment de honte a été mesuré par des items (dans une situation de jeux de ballon) tels que *I would feel stupid that I can't even throw a ball* alors que le sentiment de culpabilité pouvait se refléter par des items tels que *I would apologize and make sure my friend*

feels better. On voit ainsi la divergence entre ces deux sentiments dans un contexte situationnel; l'un reflétant une critique de soi, alors que l'autre non.

Cette étude de Feiring et Taska (2005) met en lumière l'importance de s'intéresser à la persistance du sentiment de honte ressenti par certains enfants VAS. Les chercheurs ont effectué des entrevues auprès de 118 jeunes VAS, âgés entre huit et quinze ans. Cette recherche effectuée au New Jersey comporte trois temps de mesures : au moment du dévoilement de l'AS, un an plus tard et six ans plus tard. Les variables principales étudiées sont les caractéristiques de l'AS, la honte, la culpabilité, les SSPT et le soutien social. Les résultats révèlent que la honte lors du dévoilement est corrélée à des scores de honte plus élevés un an et six ans plus tard. Une corrélation positive entre la honte et le sentiment de culpabilité a été observée. Les chercheurs ont également observé une absence de lien entre la honte, le soutien émotionnel des parents et les caractéristiques de l'AS. Par ailleurs, la honte serait un indicateur qui permet de déterminer quels enfants manifestent des problèmes à travers le temps, dont des SSPT (Feiring et Taska, 2005).

Les victimes d'AS sont susceptibles de se sentir coupables, de se blâmer par rapport aux causes de l'AS ainsi qu'à développer un sentiment de honte en lien avec l'AS (Alix et al., 2019). Ces derniers chercheurs révèlent également que les principaux symptômes rapportés en lien avec une AS sont des SSPT, des symptômes dissociatifs et un sentiment de culpabilité. La honte serait un prédicteur des SSPT chez les enfants VAS, alors que les attributions internes de blâme permettraient de prédire les sentiments dépressifs chez ces enfants (Alix et al., 2019).

Ces dernières études ont démontré des relations qui existent entre des symptômes intériorisés, les attributions internes, la honte et la culpabilité chez les enfants VAS. D'autres

chercheurs ont voulu introduire les stratégies d'adaptation de l'enfant en réponse à l'AS dans cette chaîne relationnelle, soit particulièrement les stratégies d'évitement.

1.4.3 Stratégies d'évitement

L'étude de Quas et al. (2003) a mise de l'avant des prédicteurs du sentiment de blâme chez des enfants VAS. Selon les résultats de cette étude, entretenir une relation de proximité avec l'agresseur, avoir vécu des expériences d'AS sévères, le fait de percevoir l'AS comme un évènement répugnant et l'utilisation de stratégies d'évitement (de manière à prétendre ou faire comme si l'AS ne s'était pas produite), seraient tous des prédicteurs du sentiment de blâme qui peut être vécu par l'enfant. Le sentiment de culpabilité serait d'ailleurs lié à l'utilisation de stratégies d'évitement et ces stratégies exacerberaient les symptômes d'anxiété, tout en contribuant à une diminution de l'estime de soi (Gauthier-Duchesne et al., 2017). On discerne donc le rôle médiateur des stratégies d'évitement entre le fait de ressentir de la culpabilité et des symptômes associés à l'AS. D'autres chercheurs ont étudié les facteurs de protection en lien avec les conséquences négatives possibles de l'ASE. Leurs résultats démontrent que le niveau d'éducation, les compétences émotionnelles et interpersonnelles, le contrôle des pensées, des stratégies d'adaptation actives (à l'opposé des stratégies d'évitement), l'optimisme, l'attachement, les attributions externes et le soutien social et familial ont été identifiés comme des caractéristiques essentielles (Domhardt et al., 2015).

Certains symptômes, dont les symptômes anxieux, ont donc été mis en relation avec la culpabilité et les stratégies d'évitement des enfants VAS. D'autres chercheurs se sont concentrés sur l'étude du sentiment de culpabilité des enfants VAS, en l'analysant sous une perspective évolutive. En effet, ce sentiment peut émerger dès l'AS et perdurer au fil du parcours de l'enfant

VAS à travers le système judiciaire (Back et al., 2011). Des variables judiciaires, soit particulièrement le témoignage de l'enfant à la cour, ont été étudiées exhaustivement en ce qui concerne leur association avec des symptômes de détresse psychologique et la culpabilité de l'enfant VAS.

1.4.4 Trajectoire judiciaire

Les implications judiciaires des enfants VAS peuvent être dans certaines circonstances bénéfiques pour leur bien-être (Daignault et al., 2017). Selon ces dernières chercheuses, les études s'intéressant à l'influence des implications judiciaires sur la santé mentale des enfants VAS rapportent des résultats souvent contradictoires (Daignault et al., 2017). En effet, certains chercheurs ont observé un effet décrit comme étant « thérapeutique » des implications judiciaires dans certaines circonstances, alors que moins « thérapeutique » dans d'autres. Les résultats de Quas et Goodman (2012) démontrent que le manque de soutien de la part des figures de soins, plusieurs entrevues au sujet de l'AS, des délais importants à la cour et une sentence clémente pour l'agresseur sont toutes des caractéristiques liées à des scores de santé mentale moindres chez l'enfant victime. Ces chercheurs ont d'ailleurs fait le lien entre l'expérience du témoignage de l'enfant et une adaptation négative. En effet, selon leurs résultats, le fait de témoigner à plusieurs reprises est lié à un ajustement négatif, et ce, plus particulièrement s'il est question d'expériences d'agressions sévères. Par ailleurs, le fait de ne pas témoigner du tout était également lié à un ajustement négatif, et ce, davantage lorsqu'il s'agissait d'agressions moins sévères (Quas, et Goodman, 2012). Le témoignage à la cour pourrait donc exercer une influence positive, mais des implications prolongées dans le temps pourraient être néfastes pour le bien-être psychologique des enfants VAS. Pour que l'expérience du passage à la cour soit perçue positivement par l'enfant, Mudaly et Goddard

(2006) soulignent l'importance d'une approche centrée sur l'enfant et sur la nécessité d'écouter son vécu. Écouter ces enfants et les aider à comprendre leurs expériences aversives lors des diverses étapes des procédures judiciaires seraient thérapeutique pour ces jeunes.

Des chercheurs ont étudié l'expérience d'enfants VAS à travers le système judiciaire. Ils ont démontré que les enfants ayant vécu une expérience d'AS peuvent vivre une gamme d'émotions variées lors de leur témoignage, allant de l'anxiété à la terreur, dépendamment de la sévérité et des caractéristiques de l'AS (Back et al., 2011). Plusieurs enfants VAS se sont sentis traités injustement par l'avocat de la défense. Le sentiment de ne pas être cru par celui-ci était également prédominant. À la suite de l'AS, plusieurs enfants VAS ressentaient de la honte et/ou de la culpabilité, ce qui les avait freinés dans leur processus de dévoilement. Ne se sentant pas cru lors de leur témoignage, ils ont pu à nouveau ressentir un et/ou l'autre de ces deux sentiments. La honte et la culpabilité semblent donc bien présents lorsqu'il est question d'ASE et ce dès la victimisation. Finalement, ces chercheurs ont démontré l'importance pour l'enfant VAS d'être soutenu à la suite du dévoilement, spécialement par leurs parents, mais aussi par les professionnels du milieu (travailleurs sociaux, procureur...). Plusieurs enfants VAS ont rapporté ne pas s'être sentis soutenus de manière adéquate au fil de leur parcours dans le système (Back et al., 2011).

La recherche de Dagnault et al. (2017) porte sur l'influence des diverses trajectoires possibles sur le rétablissement des enfants VAS. Leur échantillon est composé de 146 enfants VAS recrutés par un centre d'appui aux enfants. Pour certains enfants il n'y a pas de procédure judiciaire, pour d'autres des accusations sont portés sans que l'enfant ait à témoigner et pour un sous-groupe, les implications judiciaires vont jusqu'au témoignage à la cour. L'influence de la trajectoire socio-judiciaire a été mesurée à la suite d'une intervention thérapeutique, soit 12-15 semaines après le

dévoilement. Les résultats de cette étude révèlent que la majorité des enfants (67,5%) ayant témoigné à la cour étaient des enfants victimes d'une AS intrafamiliale. Ils étaient également plus souvent exposés à de la violence conjugale. Le témoignage à la cour était plus souvent associé à de la violence physique sur l'enfant en plus de l'AS. Les résultats ont révélé que le niveau de détresse des enfants ne variait pas selon la trajectoire d'implication judiciaire avant la thérapie. Par ailleurs, à la suite de celle-ci, une différence significative variant selon le type de trajectoire fût relevée. En effet, des améliorations plus importantes sur les mesures de détresse ont été observées à la suite de la thérapie chez les enfants ayant témoigné comparativement à ceux pour qui il n'y a pas eu d'implication judiciaire (Daignault et al., 2017). On distingue donc une relation entre le type de trajectoire judiciaire et le maintien de symptômes à travers le temps (en considérant la thérapie). Concernant les relations entre la trajectoire judiciaire et la culpabilité pouvant être ressentie, les enfants pour qui il n'y a pas eu d'implication judiciaire rapportaient plus de culpabilité que ceux ayant témoigné. La culpabilité ressentie par les enfants VAS serait donc liée aux procédures judiciaires. De plus, non seulement des gains thérapeutiques plus importants sont perçus sur le niveau de culpabilité des enfants avec implications judiciaires, mais ces implications auraient également le même type de gains sur les SSPT, sur l'estime personnelle et sur le soutien perçu de ces enfants (Daignault et al., 2017). Les auteurs concluent que dans certaines circonstances, le témoignage à la cour peut être associé à des gains plus positifs à la suite d'une psychothérapie. Ces circonstances précises impliquent un témoignage le plus souvent avant la thérapie et la prise en charge, incluant une psychothérapie par un centre d'appui aux enfants. On conclut de cette recherche que certains aspects de la trajectoire socio-judiciaire semblent influencer sur diverses variables internes à l'enfant, dont des symptômes intériorisés et la culpabilité. Les associations entre le degré d'implication judiciaire et les symptômes intériorisés ont été explorées dans le cadre

de cette étude, mais qu'en est-il du degré d'implication de la protection de la jeunesse ? Est-il associé à plus de symptômes intériorisés chez l'enfant VAS ?

1.5 PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE CETTE ÉTUDE

Bien que des études soutiennent que l'utilisation de stratégies d'évitement par les enfants VAS soit associée au fait de vivre de la culpabilité et certains symptômes intériorisés, le lien est moins clair au sujet de l'association entre les stratégies d'évitement et le fait de vivre de manière simultanée des symptômes dépressifs et de l'anxiété. Des chercheurs ont donc démontré une association entre l'utilisation de stratégies d'évitement et certains symptômes intériorisés. En effet, certains ont détecté un rôle médiateur de l'évitement sur l'anxiété (Gauthier-Duchesne et al., 2017), mais pas sur des symptômes dépressifs. Ces deux symptomatologies peuvent être évaluées par l'enfant ou le parent, mais le sont plus souvent par le parent, alors que dans la présente étude, ce sont les mesures complétées par l'enfant qui sont analysées. Un manque de congruence est apparent concernant les résultats des études portant sur les différences (ou l'absence de) entre les filles et les garçons au sujet des symptômes associés à l'AS. En effet, alors que certains rapportent que les filles ont plus de symptômes intériorisés (Chaplin, 2015; Villeneuve-Cyr et Hébert, 2011; Banyard et al., 2004; Young et al., 1994) et les garçons davantage de symptômes extériorisés à la suite d'une AS (Chaplin, 2015; Hill et al., 2006; Kim et al., 2005; Young et al., 1994), d'autres chercheurs n'ont détecté aucune différence en fonction du sexe de l'enfant (Maikovich-Fong et Jaffee, 2010). Certaines études se concentrent sur l'analyse des associations entre les procédures judiciaires et des symptômes intériorisés (Daignault et al., 2017; Quas et Goodman, 2012; Mudaly et Goddard,

2006), mais moins de recherches portent sur d'autres facteurs qui relèvent de l'environnement social et familial de l'enfant VAS, tels que leur trajectoire en protection de la jeunesse.

Alors que les SSPT associés à une ASE ont souvent fait l'objet d'études (Alix et al., 2019; Collin-Vézina et Hébert, 2005; Hornstein et Putnam, 1992), l'anxiété et la dépression l'ont moins été et sont plus fréquemment étudiées séparément. Or, l'anxiété et la dépression se manifestent souvent de façon concomitante chez plusieurs victimes d'AS (Daigneault et al., 2004) et sont d'ailleurs des facteurs de maintien des SSPT (Guay et Marchand, 2006). Ainsi, ces symptômes pouvant être vécus à court, moyen et long terme peuvent également avoir une influence sur le maintien des SSPT. Le présent projet se centre donc sur l'étude de ces deux symptomatologies fréquentes et spécifiques à l'ASE. Nous proposons dans la présente étude de regrouper la dépression et l'anxiété sous le concept de détresse psychologique. L'objectif de cette recherche est donc de mieux comprendre les facteurs associés à la détresse des enfants VAS, telle que manifestée par la cooccurrence de symptômes dépressifs et d'anxiété rapportés par ces enfants.

Questions de recherche

La première question du présent travail vise à discerner quels sont les facteurs qui exercent une influence sur la détresse psychologique (anxiété et dépression) des enfants VAS. Ce premier questionnement mène à une sous-question : les filles et les garçons expérimentent-ils le même niveau de détresse psychologique et les mêmes facteurs internes ? Le prochain questionnement vise à distinguer si des facteurs externes à l'enfant (trajectoire en protection de la jeunesse) peuvent exercer une influence additionnelle significative aux facteurs internes (culpabilité et stratégies d'évitement) à l'enfant sur des symptômes de détresse psychologique. Des composantes proprement judiciaires, telles que le témoignage de l'enfant à la cour, ont pour leur part été étudiées plus

exhaustivement en ce qui concerne leur association avec des symptômes intériorisés (Daignault et al., 2017; Quas et Goodman, 2012; Back et al., 2011). Qu'en est-il des variables de trajectoire en protection de la jeunesse ?

Les questions de recherche sont donc : 1) Quels sont les facteurs qui exercent une influence sur la détresse psychologique des enfants VAS ? Sous-question: les filles et les garçons expérimentent-ils le même niveau de détresse psychologique et les mêmes facteurs internes ? 2) Les facteurs externes à l'enfant exercent-ils une influence additionnelle aux facteurs internes à l'enfant sur la détresse psychologique ?

Chapitre 2 : Méthodologie

2.1 Les participants

L'échantillon est composé de 369 enfants VAS. Ces enfants ont été recrutés et évalués par le Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV). Ils ont été référés au CEMV pour suivre une psychothérapie. Les enfants de l'échantillon sont âgés entre 6 et 14 ans. L'âge moyen est de 9,46 ans (*É-T*: 2,139). La majorité des participants sont des filles (67,5%), 32,5% sont des garçons.

2.2 Procédures

Le parent accompagnateur de chaque enfant a été sollicité par les assistants de recherche à la suite de leur accord pour la réception de services psychothérapeutiques au CEMV pour leur enfant. Lors de la description du projet, une emphase sur l'aspect confidentiel de l'intégralité des données récoltées a été portée. Le formulaire de consentement signé permet l'usage des données à des fins de recherche. Des questionnaires cliniques et de recherche ont été administrés aux enfants et leur accompagnateur (majoritairement la mère). Cette complémentarité dans les outils vise une meilleure documentation des divers aspects de l'adaptation de l'enfant. Ces instruments de mesure ont été administrés lors de l'évaluation des besoins du jeune. Les dyades parent-enfant ont répondu à des questionnaires au sujet de l'enfant. Le parent a également eu des entretiens au sujet de son propre état psychologique, ses attitudes et ses pratiques parentales. Les questionnaires ont été administrés de manière face à face. Les instruments de mesure utilisés dans le cadre du présent travail sont les questionnaires complétés par l'enfant. Cette étude a été approuvée par le Comité

d'éthique de la recherche - société et culture (CER-SC) de l'Université de Montréal. Nous avons ainsi été autorisées à faire des analyses secondaires sur une base de données déjà existante.

2.3 Instruments de mesure

Mesures complétées par l'intervenant avec l'aide du parent

Variables sociodémographiques : Les variables sociodémographiques (âge de l'enfant, son sexe (1 = fille, 2 = garçon), le niveau scolaire de l'enfant (2 = maternelle, 3 = primaire 1, 4 = primaire 2, 5 = primaire 3, 6 = primaire 4, 7 = primaire 5, 8 = primaire 6, 9 = secondaire 1, 10 = secondaire 2, 11 = secondaire 3), le type de famille (1 = famille d'origine, 2 = famille monoparentale, 3 = famille recomposée, 4 = famille d'accueil ou autre) et le nombre d'enfants dans la famille) ont été mesurées à l'aide d'un questionnaire élaboré par le CEMV, soit le questionnaire des renseignements généraux.

Caractéristiques de l'AS : Les caractéristiques de l'AS ont été mesurées à l'aide du *History of Victimization Form* (HVF; Wolfe, Gentile et Bourdeau, 1987; version traduite par Hébert et Cyr, 2010). Cet instrument récolte entre autres des informations sur la fréquence de l'AS (1 = épisode unique, 2 = quelques événements, 3 = répétitif ou chronique), la sévérité de l'AS (1 = AS moins sévère, 2 = AS sévère, 3 = AS très sévère), le lien avec l'agresseur (1 = famille immédiate, 2 = famille élargie, 3 = connaissances, 4 = inconnu) et le type d'AS (0 = extrafamiliale, 1 = intrafamiliale).

Trajectoire en protection de la jeunesse : Les variables de trajectoire en protection de la jeunesse analysées sont : 1) les contacts avec l'intervenant du CJE en cours d'évaluation; 2) s'il y a

placement de l'enfant; 3) s'il y a un interdit de contact avec l'agresseur; 4) le niveau d'intensité de l'implication des professionnels dans la vie de l'enfant; et 5) le nombre d'évènements stressants liés au dévoilement. Ces variables catégorielles ont été mesurées à l'aide de l'information récoltée dans les dossiers cliniques des enfants. La première variable est un indice d'implication du CJE (pas de contact avec l'intervenant = 0, contact avec l'intervenant = 1). Ainsi, si le dossier CJE est toujours actif durant le traitement, la variable est cotée 1 et cela démontre que le développement ou la sécurité de l'enfant est toujours jugé compromis. La deuxième et la troisième variables se cotent de la même manière (pas de placement de l'enfant = 0, placement de l'enfant = 1; pas d'interdit de contact = 0, interdit de contact = 1). La quatrième variable comporte trois niveaux (1 à 5 professionnels impliqués = 1, 6 ou 7 professionnels = 2, et entre 8 et 11 professionnels impliqués = 3). Ainsi, un enfant qui obtient une cote 3 a plus de professionnels impliqués dans sa vie qu'un enfant à qui on attribue une cote 1. Plusieurs professionnels sont considérés, tels que ceux du milieu de la santé, les acteurs psychosociaux et ceux de l'entente multisectorielle. La dernière variable comporte neuf types d'évènements : 1) un examen médical ou une rencontre avec un médecin; 2) une rencontre avec un policier ou une déposition de l'enfant; 3) une rencontre avec un praticien social; 4) une rencontre avec un psychologue; 5) une rencontre avec un avocat; 6) un témoignage au tribunal; 7) un placement en famille d'accueil; 8) un suivi par un service professionnel; et 9) tout autre évènement stressant. Plus l'enfant a vécu d'évènements stressants liés au dévoilement, plus sa trajectoire en protection de la jeunesse est marquée.

Mesures complétées par l'enfant

Culpabilité : La mesure de la culpabilité utilisée est le *Children's impact of traumatic events scale* (CITES-II-GUILT; Wolfe, 2002), version française d'Hébert (2006). Il s'agit d'un score continu qui comprend trois items : « j'ai l'impression d'avoir causé des problèmes à plusieurs

personnes », « je me sens coupable de ce qui est arrivé » et « ce qui est arrivé est de ma faute ». Les réponses de l'enfant se cotent en faux = 0, un peu vrai = 1 et très vrai = 2. Les réponses données par l'enfant peuvent faire varier le score global entre 0 et 6. La validité et la fidélité de ce questionnaire ont été démontrées par Wolfe (2007). L'alpha de Cronbach obtenu dans la présente étude est $\alpha = 0,80$, ce qui démontre la fidélité de la mesure.

Stratégies d'évitement : Les stratégies d'évitement ont été mesurées par le *Self-report Coping Scale* (SRCS; Causey et Dubow., 1992), version révisée par Hébert, Parent et Daignault (2007). Ce score continu vise à discerner les enfants utilisant des stratégies d'évitement ou d'approche comme stratégies d'adaptation à l'AS. Les alphas de Cronbach sont adéquats, ($\alpha = 0,84$) pour l'évitement; ($\alpha = 0,85$) pour le score d'approche). Dans le cadre du présent travail de recherche, la sous-échelle des stratégies d'évitement est celle qui a été utilisée. Le score peut varier de 4 à 20 selon les réponses de l'enfant. Celui-ci doit répondre à des items tels que « je refuse d'y penser » et « je fais comme si rien n'était arrivé » et ce à l'aide de 5 choix de réponses : jamais = 1; presque jamais = 2; quelques fois = 3; la plupart du temps = 4; et toujours = 5.

Détresse psychologique : Le concept de détresse psychologique correspond à un score composé mesurant deux symptomatologies intériorisées prédominantes chez les enfants VAS, soit les symptômes dépressifs et l'anxiété. Ce score continu comprend le *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985, 1992); version canadienne-française de Saint-Laurent (1990) et le *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS; Reynolds et Richmond, 1978, 1985); version révisée par Hébert et Parent (1999). L'alpha de Cronbach pour ce nouveau score de détresse psychologique est satisfaisant ($\alpha = 0,68$), ce qui démontre que ces deux échelles peuvent mesurer des symptomatologies assez similaires.

Le RCMAS comprend 5 sous-échelles et 28 items. Dans le cadre de cette étude, la sous échelle Inquiétudes/Hypersensibilité de 11 items est celle qui a été utilisée. Le score total peut varier de 0 à 11 selon les réponses de l'enfant. Voici quelques items de cette sous-échelle : « je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi », « je m'inquiète à propos de ce qui va arriver » et « je deviens nerveux quand les choses ne vont pas comme je veux ». Ces items se cotent en vrai = 1 et faux = 0. L'alpha de Cronbach pour cette mesure dans la présente étude est adéquat ($\alpha = 0,80$).

Le score au *Children's Depression Inventory* (CDI) peut varier de 0 à 20. Les 10 items permettent de mesurer la tristesse, l'irritabilité, la solitude, le nombre d'amis, l'amour, les pleurs, l'amour de soi, l'espoir, la perfection et les pleurs. Chaque item vient avec trois choix de réponse; l'enfant doit choisir l'état qui lui correspond le plus en fonction des deux dernières semaines. L'alpha pour cette mesure est adéquat ($\alpha = 0,80$; Kovacs, 1992). L'alpha de Cronbach obtenu dans cette étude est $\alpha = 0,74$.

2.4 Stratégies analytiques

Les analyses ont été effectuées à partir du logiciel SPSS. Des analyses descriptives ont d'abord été réalisées afin d'obtenir un aperçu de la situation psychologique, familiale et sociale des enfants VAS. Des tests corrélationnels ont été exécutés de manière à distinguer les relations significatives entre les variables d'intérêt.

Pour répondre à la première question de recherche (quels sont les facteurs qui exercent une influence sur la détresse psychologique des enfants VAS ?), un score composé a d'abord été créé pour mesurer le concept de détresse psychologique des enfants VAS. Une analyse de fiabilité a été

exécutée pour s'assurer d'une cohérence interne satisfaisante entre le *Children's Depression Inventory* (CDI) et le *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS). Pour répondre à la sous-question liée au premier questionnement, une analyse comparative (test t pour groupes indépendants) a été appliquée afin de déterminer si le sexe influe sur la détresse psychologique (variable de regroupement = sexe, variable à tester = détresse psychologique) ou sur d'autres facteurs personnels (stratégies d'évitement et culpabilité). Les analyses pour répondre aux deux questions principales ont été menées par des tests de régression linéaire hiérarchique. Les variables ont été entrées dans le modèle de régression dans un ordre déterminé. L'objectif de ce type de régression vise à déterminer la contribution additionnelle (s'il y a lieu) d'une variable lorsqu'elle est ajoutée au modèle. Un modèle final de régression hiérarchique a donc été créé et appliqué afin de prédire une certaine variance sur le score de détresse psychologique des enfants VAS. Il s'agit d'un modèle à quatre étapes; en quatrième étape se trouve la variable dont nous cherchons à déterminer son apport (s'il y a lieu) par rapport aux variables intégrées aux trois étapes précédentes. Les variables utilisées pour la prédiction sont : 1) la sévérité et la fréquence de l'AS (lesquelles sont considérées comme des variables de contrôle); 2) les stratégies d'évitement; 3) la culpabilité; et 4) les variables de trajectoire en protection de la jeunesse.

Chapitre 3 : Résultats

L'objectif principal de ce mémoire visait à discerner quels sont les facteurs qui exercent une influence sur la détresse psychologique des enfants VAS (question 1). De ce premier objectif a émergé une sous question : les filles et les garçons expérimentent-ils le même niveau de détresse psychologique et les mêmes facteurs internes ? Un autre questionnement guidait ce mémoire : 2) Les facteurs externes à l'enfant exercent-ils une influence additionnelle aux facteurs internes à l'enfant sur la détresse psychologique ?

Statistiques descriptives

Le tableau 1 présente les résultats des analyses descriptives de l'échantillon. Les statistiques descriptives au sujet des caractéristiques des enfants, de leur famille et du lien de l'enfant avec l'agresseur y sont rapportées. En ce qui a trait à l'environnement familial, on observe que 39,4% des enfants victimes sont issus d'une famille monoparentale, cette caractéristique étant un facteur de risque de vivre une AS (Lavergne et al., 2011; Holmes et Slap, 1998). Près de la moitié (49%) sont d'âge associé à la troisième année du primaire ou moins. Un faible pourcentage de l'échantillon n'a pas de fratrie (12,5%), alors que la majorité ont 1 ou 2 frères et/ou sœurs (53,2%). Dans 69,1% des cas il s'agit d'une agression sexuelle intrafamiliale et dans 48,9% des 369 cas, l'agresseur est un membre de la famille immédiate (mère, père, fratrie, beau-père, belle-mère).

Tableau 1. Caractéristiques des enfants VAS, de leur famille et du lien de l'enfant avec l'agresseur

<i>Caractéristiques de l'enfant, de la famille et type d'AS</i>	<i>Participants (n = 369)</i>
Sexe de l'enfant	
Fille	67,5%
Garçon	32,5%
Âge de l'enfant	
6-9 ans	52,3%
10-14 ans	47,7%
Niveau scolaire de l'enfant	
Maternelle - 3 ^{ème} année du primaire	49%
Primaire 4 ^{ème} - 6 ^{ème} année	39,7%
Secondaire	9,8%
Type de famille	
Famille d'origine	16,6%
Famille monoparentale	39,4%
Famille recomposée	23,1%
Famille d'accueil ou autre	20,9%
Fratrie	
Enfant unique	12,5%
1 ou 2 frères et/ou sœurs	53,2%
3 et plus	34,3%
Type d'agression sexuelle	
Intrafamiliale	69,1%
Extrafamiliale	28,5%
Lien avec l'agresseur	
Famille immédiate	48,9%
Famille élargie	21,9%
Connaissance	27,8%
Inconnu	1,4%
Accompagnateur	
Mère	73,9%
Père	7,3%
Mère d'accueil	9,5%
Autre	9,3%

Corrélations bivariées

Le tableau 2 présente les corrélations entre les variables à l'étude. Ces analyses ont été menées de manière à déterminer quelles variables entretiennent les plus fortes relations, soit particulièrement avec la détresse psychologique. On distingue d'abord des relations statistiquement significatives ($p \leq 0,01$) et directement proportionnelles entre les variables internes à l'enfant (la détresse psychologique, la culpabilité et les stratégies d'évitement). En lien avec la question 1, ces résultats révèlent donc que toutes les variables internes étudiées sont liées à la détresse psychologique de l'enfant VAS. Les enfants qui se sentent coupables ont également davantage recours à des stratégies d'évitement et vivent plus de détresse psychologique. La plus forte corrélation se trouve entre la détresse psychologique et les stratégies d'évitement ($r_{xy} = 0,55; p \leq 0,01$). Pour poursuivre sur la question 1 et aborder la question 2, un seul facteur externe est lié à la détresse psychologique de l'enfant VAS. En effet, une relation statistiquement significative et directement proportionnelle existe entre le niveau d'intensité de l'implication des professionnels dans la vie de l'enfant et la détresse psychologique ($r_{xy} = 0,21; p \leq 0,05$). On retrouve également une relation statistiquement significative et directement proportionnelle entre l'intensité de l'implication des professionnels dans la vie de l'enfant et la culpabilité ($r_{xy} = 0,12; p \leq 0,05$). Cette variable de trajectoire en protection de la jeunesse est donc liée à une autre variable interne à l'enfant, soit la culpabilité. Les autres variables de trajectoire corrélaient fortement entre elles ainsi qu'avec la sévérité et la fréquence de l'AS, alors que la détresse psychologique, la culpabilité et les stratégies d'évitement ne corrélaient ni avec la sévérité, ni avec la fréquence de l'AS.

Tableau 2. Corrélations, moyennes et écarts-types des variables indépendantes (sévérité, fréquence, facteurs internes et trajectoire en protection de la jeunesse) et dépendantes (détresse psychologique: anxiété et dépression)

<i>Variables</i>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	<i>M</i>	<i>É-T</i>
1. Sévérité AS										2,59	0,61
2. Fréquence de l'AS	,24**									2,17	0,76
3. Détresse psychologique	,01	-,09								8,65	5,72
4. Culpabilité (CITES-II (0-6))	,05	-,09	,43**							1,52	1,91
5. Stratégies d'évitement	,05	-,08	,55**	,35**						9,58	2,94
6. Intensité de l'implication des professionnels dans la vie de l'enfant	-,02	,01	,21**	,12*	,04					2,12	0,75
7. L'enfant est-il placé?	,15*	,15**	-,02	-,09	-,08	,13*				0,23	0,42
8. Nombre d'évènements liés au dévoilement	,14**	,09	-,05	-,07	-,08	,11*	,15**			4,31	1,63
9. Interdit de contact?	-,03	,16**	-,06	-,09	-,07	,03	,11*	,11*		0,37	0,48
10. Contacts avec l'intervenant CJE en cours d'évaluation?	,17**	,14**	,02	,02	,05	-,01	,30**	,11*	,14**	0,67	0,47

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

La seule variable de trajectoire en protection de la jeunesse étant liée aux facteurs internes à l'enfant est donc le niveau d'intensité de l'implication des professionnels dans sa vie. Cette variable à trois niveaux reflète le degré d'implication des professionnels par le nombre d'acteurs impliqués. Le premier niveau est de 1 à 5, le suivant de 6 ou 7 et le dernier entre 8 et 11 professionnels. Ainsi, la quantité d'acteurs impliqués permet en partie de mesurer l'intensité de la trajectoire en protection de la jeunesse. Il y a trois catégories de professionnels : la première catégorie correspond aux acteurs de l'entente multisectorielle (les médecins du CJE, procureur, enquêteur de police, intervenants du CJE à l'évaluation et l'application des mesures, travailleur social de la DPJ...). Dans près de 93% des cas, quatre acteurs de l'entente multisectorielle sont actifs dans la vie de l'enfant. Ainsi, l'entente multisectorielle à elle seule engendre de manière générale l'implication de plusieurs professionnels. La deuxième catégorie regroupe les professionnels psychosociaux (psychiatre, psychologue, travailleur social autre que celui de la DPJ, intervenants psychosociaux...). Dans 33,9% des cas un seul de ces professionnels est impliqué, alors que dans 29,2% des cas deux de ces professionnels le sont. La troisième catégorie rassemble les acteurs du milieu scolaire (orthopédagogues, orthophonistes...). Dans près de 74% des cas, un seul professionnel scolaire est impliqué. Par les résultats rapportés dans le tableau 3, il est possible d'observer que 42,3% des enfants VAS ont 6 ou 7 professionnels impliqués dans leur vie au moment de leur prise en charge à la suite du dévoilement de l'AS. Nous constatons donc que cette population à risque nécessite l'implication de multiples acteurs.

Tableau 3. Niveau d'intensité de l'implication des professionnels dans la vie de l'enfant VAS

Nombre de professionnels impliqués dans la vie de l'enfant	Participants (<i>n</i> = 336)
1 à 5 professionnels impliqués	22,9%
6 ou 7 professionnels impliqués	42,3%
8 à 11 professionnels impliqués	34,8%

Les autres variables de trajectoire en protection de la jeunesse ne se révèlent donc pas significativement liées à la détresse psychologique de l'enfant VAS, certaines statistiques à leur sujet sont toutefois rapportées. Nous pouvons constater à l'aide du tableau 4 que près de 77% des enfants ne sont pas placés par la DPJ et demeurent donc au sein de leur foyer familial, malgré que l'agresseur soit un membre de leur famille immédiate dans près de 50% des cas. Le plus souvent (près de 64%), il n'y a pas d'interdit de contact entre l'enfant et son agresseur (tableau 5). Le tableau 6 démontre que pour près de 68% des enfants, le contact avec l'intervenant du CJE se maintient au cours de leur évaluation par le CEMV. Cela indique que la sécurité ou le développement de ces enfants est toujours compromis à cette étape. Finalement, les enfants VAS vivent plusieurs autres événements stressants outre l'AS. En effet, 63% de ceux-ci vivent entre 3 et 5 autres épreuves liées au dévoilement qui peuvent leur causer de l'anxiété (tableau 7). Ces divers événements liés au dévoilement de l'AS ont été rapportés précédemment dans la section portant sur la méthodologie.

Tableau 4. Placement de l'enfant hors de son milieu familial

L'enfant est-il placé?	Participants (<i>n</i> = 367)
Enfant placé	23,2%
Enfant non placé	76,8%

Tableau 5. Interdit de contact avec l'agresseur

Interdit de contact avec l'agresseur?	Participants (n = 364)
Interdit de contact	36,5%
Pas d'interdit de contact	63,5%

Tableau 6. Contacts avec l'intervenant du CJE en cours d'évaluation

Contacts avec l'intervenant CJE?	Participants (n = 367)
Contacts	67,3%
Pas de contact	32,7%

Tableau 7. Nombre d'évènements stressants liés au dévoilement (0-9)

Nombres d'évènements stressants liés au dévoilement	Participants (n = 356)
0-2	12,4%
3-5	63,1%
6-8	24,5%
9 (tout autre évènement stressant)	0%

Régression linéaire hiérarchique

Dans le but de répondre à la question 1, une régression linéaire hiérarchique a été effectuée. Le tableau 8 présente le modèle final à quatre étapes. Le modèle de régression hiérarchique expliqué précédemment permet de prédire 40,7% de la variance sur le score de détresse psychologique. Pour expliquer ce résultat à l'aide d'un second repère, ce pourcentage (40,7%) de variance expliquée peut se traduire en un $f^2 = 0,69$, ce qui démontre un effet large selon les repères de Cohen (1988) sur les tailles des effets. Il s'agit donc d'un bon modèle prédictif. Les résultats confirment l'influence des prédicteurs suivants : 1) le niveau d'intensité de l'implication des professionnels dans la vie de l'enfant; 2) la culpabilité; et 3) les stratégies d'évitement. Plus de

professionnels impliqués, ressentir de la culpabilité et une plus forte utilisation de stratégies d'évitement peuvent donc prédire une plus grande détresse psychologique chez l'enfant VAS.

Tableau 8. Régression hiérarchique à quatre étapes visant à prédire la détresse psychologique des enfants VAS

	Modèle et variables	B (erreur standard)	Bêta	t	p
1.	Constante	9,674 (1,643)		5,888	,000
	Sévérité	0,303 (0,569)	,033	0,533	,594
	Fréquence	-0,775 (0,461)	-,103	-1,680	,094
2.	Constante	-1,038 (1,683)		-0,617	,538
	Sévérité	-0,059(0,476)	-,006	-0,123	,902
	Fréquence	-0,232 (0,388)	-,031	-0,596	,551
	Stratégies d'évitement	1,089 (0,099)	,554	11,008	,000***
3.	Constante	-0,596 (1,586)		-0,376	,707
	Sévérité	-0,184 (0,449)	-,020	-0,410	,682
	Fréquence	-0,036 (0,367)	-,005	-0,098	,922
	Stratégies d'évitement	0,887 (0,099)	,451	8,967	,000***
	Culpabilité (CITES-II)	0,897 (0,148)	,304	6,043	,000***
4.	Constante	-2,716 (1,787)		-1,520	,130
	Sévérité	-0,211 (0,452)	-,023	-0,466	,642
	Fréquence	-0,113 (0,371)	-,015	-0,304	,761
	Stratégies d'évitement	0,873 (0,098)	,444	8,935	,000***
	Culpabilité (CITES-II)	0,835 (0,147)	,283	5,674	,000***
	Intensité implication des professionnels	1,331 (0,363)	,172	3,666	,000***

Enfant placé	0,549 (0,698)	,038	0,786	,432
Interdit de contact	-0,062 (0,574)	-,005	-0,109	,913
Nombre d'évènements liés au dévoilement	-0,162 (0,165)	-,047	-0,979	,328
Contacts avec intervenant CJE en cours d'évaluation	0,612 (0,596)	,051	1,027	,305

* = $p \leq ,05$ ** = $p \leq ,01$ *** = $p \leq ,001$

R^2 ajusté= 0,407

$F(9) = 22,315; p \leq ,001$

Analyse comparative (test t pour échantillons indépendants)

Pour poursuivre sur la question 1 (sous-question), un test t pour échantillons indépendants a été effectué afin de déterminer si la détresse psychologique de l'enfant VAS peut diverger significativement en fonction de son sexe. Le tableau 9 présente les résultats au test t. Les résultats révèlent que le modèle, au sujet de la détresse psychologique, est près de l'atteinte du seuil de signification. Par ailleurs, en ajoutant le score d'anxiété du RCMAS et celui des symptômes dépressifs du CDI de manière séparée au modèle, on remarque une différence significative entre les moyennes des garçons et des filles pour les symptômes dépressifs. Les filles ont davantage de symptômes dépressifs que les garçons ($t = 1,515; ddl = 257,266; p \leq 0,05$). Les autres variables internes à l'enfant ont été ajoutées au modèle de manière à distinguer si elles diffèrent significativement en fonction du sexe. Il n'y a pas d'autre différence significative entre les groupes en ce qui concerne les autres variables internes à l'enfant.

Tableau 9. Test t pour échantillons indépendants: différences inter-sexe en ce qui concerne la détresse psychologique et les facteurs personnels

Variables	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>ddl</i>	Différence de moyenne
<i>Détresse psychologique</i>	,055	2,887	253,160	1,77428
<i>Culpabilité</i>	,316	,853	235,846	,181
<i>Anxiété (RCMAS)</i>	,508	3,483	237,833	1,212
<i>Dépression (CDI)</i>	,049*	1,515	257,266	,549
<i>Stratégies d'évitement</i>	,311	,955	201,831	,334

* = $p \leq ,05$

Chapitre 4 : Discussion

L'ASE est une problématique qui affecte plusieurs jeunes. Cette étude visait une compréhension plus approfondie des facteurs qui exercent une influence sur la détresse psychologique des jeunes victimes d'AS. Nous avons exploré si des éléments de la prise en charge socio-judiciaire permettent de mieux comprendre l'état psychologique des enfants VAS. Le présent mémoire avait donc pour objectifs de mieux détailler la situation et les difficultés que peuvent vivre les enfants VAS à la suite du dévoilement. Plus spécifiquement, deux questionnements guidaient cette étude : 1) Quels sont les facteurs qui exercent une influence sur la détresse psychologique des enfants VAS ? Sous-question : les filles et les garçons expérimentent-ils le même niveau de détresse psychologique et les mêmes facteurs internes ? 2) Les facteurs externes à l'enfant (trajectoire de services) exercent-ils une influence additionnelle aux facteurs internes (culpabilité et stratégies d'évitement) sur la détresse psychologique ? Un modèle de régression linéaire hiérarchique a été créé de manière à prédire la variance sur le score de détresse pouvant être expliquée par les variables considérées. Le modèle de régression hiérarchique est significatif dans son intégralité, il permet donc de bien prédire la détresse psychologique chez l'enfant VAS.

Il est d'abord question de mettre en lumière les prédicteurs de la détresse psychologique qui se sont révélés significatifs (question 1). Parmi les prédicteurs identifiés, la sévérité et la fréquence de l'AS, correspondant à la première étape du modèle, n'influencent pas la détresse psychologique. Cela pourrait s'expliquer par la multitude de facteurs complexes qui peuvent être impliqués dans la réponse de l'enfant. En effet, le modèle théorique de Spaccarelli (1994) présenté précédemment stipule que c'est l'accumulation de stressseurs (les caractéristiques de l'AS et les événements entourant l'AS et le dévoilement de celle-ci) qui influence les symptômes et la réponse adaptative

de l'enfant. Un score de sévérité qui combine plusieurs éléments, créant ainsi davantage de variance, aurait peut-être engendré des résultats différents. C'est d'ailleurs ce qu'ont démontré des études utilisant des scores de sévérité multidimensionnels (Vaillancourt-Morel et al., 2015; Berthelot et al., 2014).

À l'introduction des facteurs personnels de l'enfant en deuxième (stratégies d'évitement) et troisième étapes (culpabilité), le modèle se révèle significatif. Ces facteurs internes peuvent donc prédire la détresse psychologique de l'enfant VAS. À l'introduction des facteurs externes à l'enfant en quatrième étape, seul le niveau d'intensité de l'implication des professionnels dans sa vie est un prédicteur de la détresse psychologique. Ainsi, pour répondre à la question 2, il est possible d'affirmer que les variables internes considérées prédisent mieux la détresse psychologique et ce par le fait que la seule variable externe pouvant expliquer une certaine variance sur le score de détresse est l'intensité de l'implication des professionnels dans la vie de l'enfant. En se référant aux trois modèles théoriques présentés précédemment (Finkelhor et Browne, 1985; Friedrich, 1990; Spaccarelli, 1994), des résultats différents étaient attendus. En effet, ces trois modèles mettent l'emphase sur l'influence considérable des facteurs externes (facteurs contextuels et événements entourant le dévoilement de l'AS) sur les symptômes intériorisés des enfants VAS.

Une plus grande intensité dans l'implication des professionnels dans la vie de l'enfant est donc associée à un niveau plus élevé de détresse psychologique chez l'enfant VAS. Il est possible d'interpréter que les enfants manifestant ou verbalisant plus de détresse psychologique (symptômes anxieux et dépressifs) ont également plus de professionnels pour les encadrer. Cette population à risque nécessite l'implication de professionnels variés (acteurs de l'entente multisectorielle, professionnels psychosociaux et du milieu scolaire) étant donné des difficultés dans plusieurs

sphères d'adaptations. Ce résultat met en lumière l'importance de la concertation entre les professionnels puisqu'ils se font plus nombreux dans les cas où l'enfant est plus souffrant sur le plan psychologique. En se basant sur des études qui confirment l'influence (parfois positive, parfois négative) de composantes judiciaires sur l'état psychologique d'enfants VAS, des relations similaires avec d'autres composantes de trajectoire en protection de la jeunesse étaient attendues. En effet, les implications des deux formes de trajectoire sont liées, voire indissociables, telles que lorsqu'il y a un placement de l'enfant ou un interdit de contact entre l'enfant et l'agresseur.

Les autres variables de trajectoire en protection de la jeunesse ne permettent donc pas de prédire la détresse psychologique chez les enfants VAS. Nous pouvons par ailleurs constater que la majorité de ces enfants demeurent dans leur milieu familial, malgré le fait que l'agresseur provienne dans près de la moitié des cas de leur famille immédiate et que leur sécurité ou leur développement soit pour la plupart toujours compromis à l'étape de l'évaluation par le CEMV. Nous pouvons interpréter que si l'enfant demeure néanmoins au sein de sa famille, d'autres changements familiaux ont probablement été effectués (tels qu'un départ du milieu de vie du parent agresseur). D'autant plus que la DPJ est impliquée activement pour soutenir les parents dans leurs démarches de changement. Finalement, la DPJ privilégie le maintien de l'enfant dans son milieu familial tant que cela est possible, le placement de celui-ci se fait donc en dernier recours (Manuel de référence sur la protection de la jeunesse, 2010). D'autres études se doivent d'être faites à ce sujet.

D'autres facteurs peuvent influencer sur la détresse psychologique (symptômes anxieux et dépressifs) des enfants VAS (question 1). Les résultats de l'analyse comparative (test t) entre filles et garçons révèlent que le sexe influe sur les symptômes dépressifs, mais pas sur l'anxiété. Les filles

ont davantage de symptômes dépressifs que les garçons, cela concordant avec les résultats obtenus dans certaines études (Chaplin, 2015; Villeneuve-Cyr et Hébert, 2011; Banyard et al., 2004; Young et al., 1994) et allant à l'encontre de résultats obtenus dans d'autres recherches (Arnold et al., 2011; Maikovich-Fong et Jaffee, 2010). Ces résultats concordent d'autant plus avec les résultats de Amado et al. (2015), lesquels avaient détecté une prédominance des symptômes dépressifs chez les jeunes filles, mais autant d'anxiété chez les deux sexes.

Finalement, bien que des chercheurs aient démontré que la sévérité et la fréquence de l'AS peuvent être liées au développement de certains symptômes intériorisés chez l'enfant VAS (Vaillancourt-Morel et al., 2015; Berthelot et al., 2014), ces deux caractéristiques de l'AS ne corrélaient ni avec la détresse psychologique, ni avec les autres facteurs personnels de l'enfant. Ces résultats concordent par ailleurs avec ceux d'autres chercheurs ayant trouvé une absence de lien entre les caractéristiques de l'AS et la symptomatologie de l'enfant (Blanchard-Dallaire et Hébert, M., 2014; Parent-Boursier et Hébert, 2010; Bal, De Bourdeaudhuij et al., 2004). Outre l'explication en fonction du modèle de Spaccarelli (1994) discutée précédemment, d'autres explications existent. En effet, Bal De Bourdeaudhuij et al. (2004) ont démontré que ce seraient plutôt le manque de soutien social à la suite de l'AS et une perception élevée de préjudice lors de celle-ci par l'enfant qui prédiraient plus de symptômes intériorisés chez celui-ci. Selon les résultats de Parent-Boursier et Hébert (2010), une perception par l'enfant d'une relation d'attachement non sécurisante à ses parents prédirait mieux les symptômes intériorisés chez l'enfant VAS. Des facteurs familiaux pourraient donc influencer davantage sur la détresse psychologique de l'enfant à la suite de l'AS. D'autres chercheurs soulignent que ces résultats contradictoires pourraient aller de pair avec le fait que les études sur l'ASE sont rétrospectives, ce qui pourrait engendrer des distorsions de la mémoire chez l'enfant VAS (Krinley et al., 2003). Par ailleurs, des relations significatives et

proportionnelles existent entre ces deux caractéristiques de l'AS (sévérité et fréquence) et des composantes de trajectoire en protection de la jeunesse. Nous pouvons présumer que plus l'AS est sévère, plus la trajectoire en protection de la jeunesse risque d'être marquée. En effet, la sévérité de l'AS corrèle positivement avec le placement de l'enfant, le nombre d'événements stressants liés au dévoilement et les contacts avec l'intervenant du CJE en cours d'évaluation; alors que la fréquence de l'AS corrèle positivement avec le placement de l'enfant, l'interdit de contact avec l'agresseur ainsi que les contacts avec l'intervenant du CJE en cours d'évaluation. Un résultat intéressant ici est qu'aucune de ces caractéristiques de l'AS (fréquence et sévérité) ne corrèle avec l'intensité de l'implication des professionnels dans la vie de l'enfant, soit la seule variable externe pouvant prédire plus de détresse psychologique chez les enfants VAS. Nous pouvons convenir qu'il est rassurant que les décisions prises par la DPJ soient corrélées avec les caractéristiques de l'AS. Cela suggère en quelque sorte que la loi est appliquée en fonction du risque et avec objectivité. De plus, étant donné qu'on ne dénote pas de lien entre les caractéristiques de l'AS et la détresse psychologique de l'enfant, il semble que le système, soit certains aspects de la trajectoire de services socio-judiciaire, s'adapte aux différences individuelles de l'enfant sur le plan de la détresse psychologique par le nombre d'intervenants impliqués dans sa vie.

En définitive, le modèle de régression hiérarchique visant à prédire la détresse psychologique des enfants VAS considérant la sévérité et la fréquence de l'AS, les stratégies d'évitement, la culpabilité, puis la trajectoire en protection de la jeunesse, est un bon prédicteur de la variance sur le score de détresse. Les résultats de cette étude confirment le rôle important qu'ont les stratégies d'évitement et la culpabilité sur la détresse psychologique des enfants VAS, soit un score composé des symptômes dépressifs et anxieux. Cette étude confirme ce qui a été observé dans d'autres recherches (Gauthier-Duchesne et al., 2017; Quas et al., 2003) et met en lumière que

la culpabilité et les stratégies d'évitement devraient être deux cibles principales d'intervention et ce autant chez les filles que chez les garçons. En processus d'intervention auprès des filles victimes, il semble par ailleurs primordial de mettre une emphase accrue sur les symptômes dépressifs pouvant être vécus à la suite de l'AS. Les trois points clés à retenir sont donc : 1) les facteurs internes à l'enfant considérés prédisent mieux la détresse psychologique que les facteurs externes; 2) les filles vivent plus de symptômes dépressifs que les garçons à la suite d'une AS; et 3) une plus grande intensité dans l'implication des professionnels dans la vie de l'enfant, ressentir de la culpabilité et l'utilisation de stratégies d'évitement permettent de prédire une plus grande détresse psychologique chez les enfants VAS.

Forces et limites méthodologiques

Tous les résultats obtenus dans le cadre de cette étude sont corrélacionnels, aucun lien de causalité n'est démontré. On ne peut donc pas garantir que c'est la culpabilité, les stratégies d'évitement ou la présence de plusieurs professionnels, qui font en sorte qu'un enfant VAS vivra plus de détresse psychologique. On ne peut que dire que ces facteurs s'inter-influencent (modèle corrélacionnel). Plusieurs forces ressortent de cette étude. D'abord, l'accès à un échantillon clinique d'enfants qui viennent de vivre une AS en est une non négligeable. Toujours au sujet de l'échantillon, la taille est très respectable ($n = 369$), nous avons donc une représentation exhaustive de la problématique. Les instruments de mesure utilisés pour mener ces analyses étaient tous standardisés. L'évaluation de la trajectoire de services en parallèle à la mesure de la détresse psychologique est également un point fort de cette étude. En effet, des facteurs personnels et d'autres relevant de l'environnement social et familial de l'enfant ont été étudiés, cela donnant un aperçu plus holistique des diverses difficultés pouvant être vécues par l'enfant VAS. Finalement, nous nous sommes concentrées sur les mesures complétées par les enfants afin d'obtenir un portrait

de leur vécu tel que perçu par ceux-ci. Il serait par ailleurs intéressant d'étudier les mêmes variables à l'aide de questionnaires complétés par les parents, pour analyser si les mêmes résultats peuvent être observés.

Implications pour les recherches futures et pour la pratique

Ce mémoire a permis de mieux renseigner les professionnels et chercheurs œuvrant dans le domaine de la victimisation sexuelle des enfants, plus particulièrement au sujet des facteurs liés à la concomitance des symptômes dépressifs et d'anxiété vécus par les jeunes victimes. Il serait intéressant d'analyser comment cet indice de détresse psychologique et ses liens avec la trajectoire de services socio-judiciaire, la culpabilité et les stratégies d'évitement évoluent à travers le temps à l'aide d'un devis longitudinal. D'autres variables pourraient être explorées lors de futures recherches, telles que les symptômes extériorisés des enfants VAS en lien avec leur trajectoire de services socio-judiciaire. Le sentiment de culpabilité de l'enfant VAS ayant été analysé dans la présente étude, lors de recherches futures, il serait intéressant de cibler des questionnaires qui permettent d'évaluer la honte par des outils tels que ceux développés par Feiring et Taska (2005). La honte étant un sentiment pouvant engendrer des répercussions négatives prolongées sur le bien-être des enfants VAS (Feiring et Taska, 2005), elle se doit d'être explorée dans de prochaines études. Des recherches seraient nécessaires notamment afin de déterminer si d'autres composantes de la trajectoire de prise en charge, telles que le degré d'implication du service de police ou les contacts supervisés avec l'agresseur, peuvent être associées de manière significative à la détresse psychologique ressentie par les enfants VAS.

Chapitre 5 : Conclusion

Ce mémoire visait à mieux documenter les symptômes psychologiques des enfants VAS en lien avec leur trajectoire de prise en charge. Nous nous sommes donc intéressées aux associations entre la trajectoire en protection de la jeunesse et la détresse psychologique des enfants VAS. Pour se faire, nous avons d'abord créé un score de détresse psychologique combinant les symptômes dépressifs et d'anxiété des enfants VAS. Nous avons ensuite créé un modèle de régression hiérarchique à quatre étapes afin de détecter les facteurs influençant la détresse psychologique des enfants VAS. La trajectoire en protection de la jeunesse se trouvait en quatrième étape afin de discerner si elle exerçait une influence additionnelle aux facteurs internes à l'enfant sur la détresse psychologique. Finalement, nous avons exécuté une analyse comparative (test t) de manière à définir si les filles et les garçons expérimentent le même niveau de détresse psychologique et les mêmes facteurs personnels (culpabilité et stratégies d'évitement).

Les résultats de la présente étude suggèrent que les facteurs personnels des enfants VAS ont plus d'impacts sur leur détresse psychologique que leur trajectoire en protection de la jeunesse. Outre l'intensité de l'implication des professionnels dans la vie de l'enfant, les variables de trajectoire en protection de la jeunesse n'ont pas d'impact sur la détresse psychologique de l'enfant VAS. Il n'est par ailleurs pas question d'exclure l'importance des facteurs qui relèvent de l'environnement social et familial de l'enfant VAS. D'autres études se doivent d'être faites à ce sujet. Nous pouvons conclure en une association entre une plus grande quantité d'acteurs impliqués dans la vie de l'enfant VAS et plus de difficultés psychologiques vécues par celui-ci. Ce résultat soulève notamment la nécessité d'une concertation entre les divers acteurs œuvrant dans la vie de ces jeunes

qui présentent des difficultés dans plusieurs sphères d'adaptations. Nous espérons que ces résultats permettront d'outiller les professionnels qui interviennent auprès des enfants VAS.

Références bibliographiques

- Alaggia, R., Collin-Vézina, D., & Lateef, R. (2019). Facilitators and Barriers to Child Sexual Abuse (CSA) Disclosures: A Research Update (2000–2016). *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(2), 260-283.
- Alix, S., Cossette, L., Hébert, M., Cyr, M., & Frappier, J-Y. (2017) Posttraumatic Stress Disorder and Suicidal Ideation Among Sexually Abused Adolescent Girls: The Mediating Role of Shame. *Journal of Child Sexual Abuse, 26*:2, 158-174.
- Alix, S., Cossette, L., Cyr, M., Frappier, J.-Y., Caron, P.-O., & Hébert, M. (2019). Self-Blame, Shame, Avoidance, and Suicidal Ideation in Sexually Abused Adolescent Girls: A Longitudinal Study. *Journal of Child Sexual Abuse, 29* (4), 432-447.
- Amado, B. G., Arce, R., & Herraiz, A. (2015). Psychological injury in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review. *Psychosocial Intervention, 24*(1), 49-62.
- Arnow, B. A., Blasey, C. M., Hunkeler, E. M., Lee, J., & Hayward, C. (2011). Does gender moderate the relationship between childhood maltreatment and adult depression? *Child Maltreatment, 16*(3), 175-183.
- Back, C., Gustafsson, P. A., Larsson, I., & Berterö, C. (2011). Managing the legal proceedings: An interpretative phenomenological analysis of sexually abused children's experience with the legal process. *Child Abuse & Neglect, 35*(1), 50-57.
- Bal, S., De Bourdeaudhuij, I., Crombez, G., & Van Oost, P. (2004). Differences in Trauma Symptoms and Family Functioning in Intra and Extrafamilial Sexually Abused Adolescents. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(1), 108-123.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2004). Childhood sexual abuse: a gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment, 9*(3), 223-238.

- Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M., & Bergeron, S. (2014). Prevalence and correlates of childhood sexual abuse in adults consulting for sexual problems. *Journal of sex & marital therapy*, 40(5), 434-443.
- Blanchard-Dallaire, C., & Hébert, M. (2014). Social Relationships in Sexually Abused Children: Self-Reports and Teachers' Evaluation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(3), 326-344.
- Blanchard-Dallaire, C. & Hébert, M. (2014). Le rôle des attributions et des enjeux sociaux des enfants victimes d'agression sexuelle dans la prédiction des troubles intériorisés et extériorisés. *Revue de psychoéducation*, 43(2), 251-271.
- Boisclair, S., Dubé, R., Jacob, M., & Sous-comité sur la révision du Manuel de référence sur la protection de la jeunesse. (2010). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Direction des communications.
- Chaplin, T. M. (2015). Gender and Emotion Expression: A Developmental Contextual Perspective. *Emotion Review*, 7(1), 14-21.
- Centres jeunesse de Montréal - Institut universitaire. (2008). Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse (ÉIQ). Données des services de protection de la jeunesse québécois. *Institut national de santé publique du Québec*.
- Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: Prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 22(7).
- Collin-Vézina, D., Hébert, M., & Brabant, M-E. (2005). Agression sexuelle et symptômes de dissociation chez des filles d'âge scolaire. L'agression sexuelle : Coopérer au-delà des frontières, *CIFAS*.

- Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2005). Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(1), 47-52.
- Cyr, K., Chamberland, C., Clément, M.-È., & Lessard, G. (2014). Victimization : Réalité préoccupante pour les jeunes pris en charge par la DPJ. *Criminologie*, 47(1), 187-211.
- Cyr, K., Clément, M.-È., & Chamberland, C. (2014). La victimisation, une norme dans la vie des jeunes au Québec ? *Criminologie*, 47(1), 17-40.
- Daigneault, I., Cyr, M., & Tourigny, M. (2004). Profil psychologique d'adolescentes agressées sexuellement et prises en charge par les services de la protection de la jeunesse. *Santé mentale au Québec*, 28(2), 211-232.
- Daigneault, I., Tourigny, M., & Hébert, M. (2006). Self-attributions of blame in sexually abused adolescents: A mediational model*. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 153-157.
- Daignault, I., Hébert, M., & Pelletier, M. (2017). L'influence du système de justice sur le rétablissement d'enfants victimes d'agression sexuelle et suivis dans un centre d'appui aux enfants. *Criminologie*, 50(1), 51-75.
- Daignault, I. V., & Hébert, M. (2004). L'adaptation scolaire des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle. [The school adaptation of sexually abused children.]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 45(4), 293-307.
- Direction de la prévention et de l'organisation policière du ministère de la Sécurité publique (2014). Infractions sexuelles au Québec - Faits saillants 2014.
- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2015). Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse: A Systematic Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 476-493.

- Dumont, A., Lessard, G., Cyr, K., Chamberland, C., & Clément, M.-È. (2014). L'exposition à la violence familiale : Effets du cumul d'autres formes de violence. *Criminologie*, 47(1), 149-166.
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., Biberdzic, M., Vohl, G. & Fonagy, P. (2016). LE FONCTIONNEMENT RÉFLEXIF MATERNEL ET LES SYMPTÔMES INTÉRIORISÉS ET EXTÉRIORISÉS D'ENFANTS VICTIMES D'UNE AGRESSION SEXUELLE. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 117–133.
- Ensink, K., Borelli, J. L., Normandin, L., Target, M., & Fonagy, P. (2020). Childhood sexual abuse and attachment insecurity: Associations with child psychological difficulties. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(1), 115.
- Feiring, C., & Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 31(11-12), 1169–1186.
- Feiring, C., Rosenthal, S., & Taska, L. (2000). Stigmatization and the Development of Friendship and Romantic Relationships in Adolescent Victims of Sexual Abuse. *Child Maltreatment*, 5(4), 311-322.
- Feiring, C., Taska, L., Lewis, M. (1996). A process model for understanding adaptation to sexual abuse: The role of shame in defining stigmatization. *Child Abuse & Neglect*, 20. 767-782
- Feiring, C., Taska, L., & Chen, K. (2002). Trying to Understand Why Horrible Things Happen: Attribution, Shame, and Symptom Development Following Sexual Abuse. *Child Maltreatment*, 7(1), 25-39.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). THE TRAUMATIC IMPACT OF CHILD SEXUAL ABUSE: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541.

- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L. (2005). The Victimization of Children and Youth: A Comprehensive, National Survey. *Child Maltreatment, 10*(1), 5-25.
- Gagnier, C. et Collin-Vézina, D. (2016). The disclosure experiences of male child sexual abuse survivors. *Journal of Child Sexual Abuse, 25*(2), 221-241.
- Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M., & Daspe, M.-È. (2017). Culpabilité chez les enfants victimes d'agression sexuelle : Le rôle médiateur des stratégies d'évitement sur l'anxiété et l'estime de soi. *Criminologie*, vol. 50, n° 1, 2017, p. 181-201.
- Gouvernement du Québec (2001). Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique. Gouvernement du Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Guay, S., & Marchand, A. (2006). *Les troubles liés aux événements traumatiques : Dépistage, évaluation et traitements*. PUM.
- Hébert, M., & Daignault, I. V. (2015). Enjeux liés à l'intervention auprès des enfants d'âge préscolaire victimes d'agression sexuelle : Une étude pilote de l'approche TF-CBT au Québec. *Sexologies, 24*(1), 41-48.
- Hébert, M., Lavoie, F., & Blais, M. (2014). Post-Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: Resilience and social support as protection factors. *Ciência & Saúde Coletiva, 19*, 685-694.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V., & Piché, C. (2006). Correlates of Behavioral Outcomes in Sexually Abused Children. *Journal of Family Violence, 21*(5), 287-299.
- Hélie, S., Collin-Vézina, D., Turcotte, D., Trocmé, N., & Girouard, N. (2014). Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2014 (ÉIQ). Données

des services de protection de la jeunesse québécois. *Institut national de santé publique du Québec*.

Hill, A., Degnan, K., Calkins, S., & Keane, S. (2006). Profiles of Externalizing Behavior Problems for Boys and Girls Across Preschool: The Roles of Emotion Regulation and Inattention. *Developmental psychology*, 42, 913-928.

Holmes, W. C., & Slap, G. B. (1998). Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 280(21), 1855–1862

Kim, H.-J., Arnold, D. H., Fisher, P. H., & Zeljo, A. (2005). Parenting and Preschoolers' Symptoms as a Function of Child Gender and SES. *Child & Family Behavior Therapy*, 27(2), 23-41.

Kolko, D. J., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Barth, R. P., Leslie, L. K., & Burns, B. J. (2009). Posttraumatic Stress Symptoms in Children and Adolescents Referred for Child Welfare Investigation: A National Sample of In-Home and Out-of-Home Care. *Child Maltreatment*.

Krinsley, K. E., Gallagher, J. G., Weathers, F. W., Kutter, C. J., & Kaloupek, D. G. (2003). Consistency of retrospective reporting about exposure to traumatic events. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 399-409.

Lavergne, C., Clément, M., Damant, D., Bourassa, C., Lessard, G. & Turcotte, P. (2011). Cooccurrence de violence conjugale et de maltraitance envers les enfants : Facteurs individuels et familiaux associés. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 1(1), 37-61

Lemieux, S., Tourigny, M., Joly, J., Baril, K., & Séguin, M. (2019). Caractéristiques associées à la dépression et aux symptômes de stress post-traumatique chez les femmes victimes d'agression sexuelle durant l'enfance. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 67(5), 285-294.

- Lewis, T., McElroy, E., Harlaar, N., & Runyan, D. (2016). Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abused children? A prospective examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. *Child Abuse & Neglect, 51*, 31-40.
- Loeb, T. B., Gaines, T., Wyatt, G. E., Zhang, M., & Liu, H. (2011). Associations Between Child Sexual Abuse and Negative Sexual Experiences and Revictimization Among Women: Does Measuring Severity Matter? *Child abuse & neglect, 35*(11), 946-955.
- Maikovich-Fong, A. K., & Jaffee, S. R. (2010). Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: Findings from a national sample of youth. *Child Abuse & Neglect, 34*(6), 429-437.
- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(2), 131-148.
- Mannarino, A. P., & Cohen, J. A. (1996). Abuse-Related Attributions and Perceptions, General Attributions, and Locus of Control in Sexually Abused Girls. *Journal of Interpersonal Violence, 11*(2), 162-180.
- McCrae, J. S., Chapman, M. V., & Christ, S. L. (2006). Profile of Children Investigated for Sexual Abuse: Association With Psychopathology Symptoms and Services. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(4), 468-481.
- Ministère de la sécurité publique. (2014). Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondée sur l'affaire (DUC 2). Données des services policiers. *Institut national de santé publique du Québec*.
- Mudaly, N. et Goddard, C. (2006). The truth is longer than a lie: Children's experiences of abuse and professional intervention. Londres, Royaume-Uni: Jessica Kingsley Publishers.

- Murray, L. K., Nguyen, A., & Cohen, J. A. (2014). Child sexual abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 321–337.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17-36.
- Parent-Boursier, C., & Hébert, M. (2010). La perception de la relation père-enfant et l'adaptation des enfants suite au dévoilement d'une agression sexuelle. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 42(3), 168-176.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*. Guilford Press.
- Quas, J. A., Goodman, G. S., & Jones, D. P. H. (2003). Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(5), 723-736.
- Quas, J. A. et Goodman, G. S. (2012). Consequences of criminal court involvement for child victims. *Psychology, Public Policy, and Law*, 18(3), 392-414.
- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (2003). Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale. *Child Abuse & Neglect*, 27(11), 1291-1309.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., Bouchard, C., Chamberlan, C., Cloutier, R., Jacob, M., Boucher, J., & Larrivée, M. C. (2002). Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportements sérieux signalés à la Direction de la Protection de la Jeunesse du Québec (ÉIQ). Montréal.

- Tourigny, M., Daigneault, I., Hébert, M., & Wright, J. (2005). *Portrait des signalements pour abus sexuels faits aux Directeurs et Directrices de la Protection de la jeunesse du Québec*. CRIPCAS. 120.
- Toth, S. L., Cicchetti, D., & Kim, J. (2002). Relations among children's perceptions of maternal behavior, attributional styles, and behavioral symptomatology in maltreated children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 487-500.
- Trask, E. V., Walsh, K., & DiLillo, D. (2011). Treatment effects for common outcomes of child sexual abuse: A current meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 6-19.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 23(2), 453-476.
- Vaillancourt-Morel, M.-P., Godbout, N., Labadie, C., Runtz, M., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2015). Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 40, 48-59.
- Vazsonyi, A. T., & Belliston, L. M. (2006). The cultural and developmental significance of parenting processes in adolescent anxiety and depression symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 491-505.
- Villeneuve Cyr, M., & Hébert, M. (2011). Analyse comparative des caractéristiques de l'agression sexuelle et des conséquences associées en fonction du sexe. *Service social*, 57(1), 15-30.
- Young, R. E., Bergandi, T. A., & Titus, T. G. (1994). Comparison of the Effects of Sexual Abuse on Male and Female Latency-Aged Children. *Journal of Interpersonal Violence*, 9(3), 291-306.

Annexe 1 : Certificat éthique

Thursday, June 10, 2021 at 13:50:42 GMT-04:00

Objet: approbation_éthique_CERSC-2021-078-D
Date: mardi 8 juin 2021 à 09:14:44 UTC-04:00
De: Jean Poupart
À: Camille Ouvrard-Ménard
Cc: Isabelle Daignault
Pièces jointes: image003.png, image005.png

CERSC-2021-78-D – Les enfants victimes d'agression sexuelle: Trajectoire en protection de la jeunesse, culpabilité et évitement; incidences sur des symptômes de détresse psychologique?
Chercheuse étudiante – Camille Ouvrard-Ménard – étudiante à la maîtrise – criminologie
Directrice – Isabelle Daignault – professeure agrégée – École de criminologie
Financement – non financé
Évaluation scientifique – Directrice
Date de dépôt – 21 mai 2021

Bonjour Camille,

Le Comité d'éthique de la recherche – société et culture (CER-SC) de l'Université de Montréal a évalué les documents que vous avez transmis lors de votre demande. La participation au projet de recherche, selon l'information transmise, ne comportant qu'un risque minimal, il a été déterminé que l'évaluation éthique pouvait être déléguée à des membres du CER-SC, le tout en conformité aux politiques et aux procédures applicables. Suite à l'évaluation de cette réponse et des documents transmis, le tout ayant été jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que le (CER-SC) considère que le projet de recherche susmentionné répond aux normes en vigueur au chapitre de l'éthique de la recherche et est en conséquence approuvé.

Cette approbation éthique est valide pour un an soit jusqu'au 8 juin 2022.

Je vous prie toutefois de considérer les remarques suivantes :

1. Utilisation secondaire de renseignements identificatoires

Vous indiquez dans votre demande que les données ont déjà été anonymisées/dénominalisées et que des numéros ont été attribués aux participants. Le comité vous souligne que des Renseignements anonymisés sont des renseignements dont tous les identificateurs directs sont irrévocablement retirés et pour lesquels aucun code permettant une réidentification ultérieure n'est conservé. Le risque de réidentification de la personne à partir des identificateurs indirects restants est faible ou très faible alors que des renseignements dénominalisés sont plutôt des renseignements codés soit des renseignements dont les identificateurs directs ont été retirés et remplacés par un code. Si ce code est accessible, il peut être possible de réidentifier des participants précis (p. ex. si le chercheur principal conserve une liste permettant d'associer, au besoin, le nom de code des participants à leur vrai nom).

Le comité comprend que vous n'avez pas accès aux codes, que les données ne contiennent aucun renseignements identificatoire direct ou indirect et qu'en conséquence vous n'avez pas à solliciter le consentement des participants puisque votre recherche est basée exclusivement sur l'utilisation secondaire de renseignements non identificatoires.

Considérant la sensibilité du sujet, le comité vous invite tout de même à être vigilante lors de la rédaction du mémoire et vous assurer que d'aucune façon les victimes ne puissent être identifiées.

2. **Projets couverts ou non par le certificat d'éthique d'un professeur**

La demande a initialement été présentée comme une modification au projet CERAS-2016-17-284-D de votre directrice, Mme Isabelle Daigneault, afin de vous ajouter comme étudiante couverte par ce certificat. A titre informatif, seuls les projets étudiants faisant partie intégrante du projet de recherche d'un professeur pour lequel une approbation éthique reconnue par l'Université de Montréal a déjà été émise sont exemptés d'une nouvelle demande d'approbation éthique.

Si le projet de l'étudiant s'inscrit dans le cadre du projet de recherche de son directeur ou de sa directrice de recherche, mais que des éléments nouveaux s'y sont ajoutés (p. ex. nouvelles questions de recherche, entrevues de participants non prévues dans le projet initial du directeur, etc.), l'étudiant doit obtenir une approbation éthique propre à son projet.

En l'instance, nous avons traité cette demande comme un projet séparé de celui de Mme Daigneault.

Mesures de suivi éthique continu

Le CER-SC demeure responsable de l'acceptabilité éthique des activités de recherche menées sous son autorité. Une fois l'approbation éthique initiale obtenue, une évaluation éthique minimalement annuelle est requise. L'évaluation éthique continue sera effectuée par le CER-SC à partir des notifications qui lui seront transmises par l'équipe de recherche chercheur pendant le déroulement de la recherche. À cette fin, le CER-SC fixe les mesures suivantes de suivi éthique continu de votre projet de recherche :

- La soumission d'un rapport d'étape annuel, à soumettre un mois avant l'échéance de la date d'approbation afin de renouveler l'approbation éthique.
- La soumission de toute modification au projet de recherche qui touche les participants; une modification ne peut être mise en œuvre sans l'approbation du CER-SC.
- La soumission dans les meilleurs délais d'un rapport de tout événement indésirable, de tout accident ou de tout incident lié à la réalisation du projet de recherche.
- La soumission d'un rapport sur toute déviation au protocole de recherche susceptible d'augmenter le niveau de risque ou susceptibles d'influer sur le bien-être du participant ou son consentement.
- La notification de toute cessation prématurée, interruption temporaire ou suspension, qu'elle soit temporaire ou permanente.
- La soumission d'un rapport de fin de projet.

Ces notifications doivent être transmises au CER-SC en complétant le questionnaire de suivi disponible sur [la page web du CER-SC](#) à la section « Modifications envisagées à un projet de recherche » et en le retournant par courriel à suivi-ethique@umontreal.ca avec la mention « Suivi éthique – [no d’approbation éthique] – date de complétion » dans le champ « Objet »

Tout défaut de respecter une de ces mesures de suivi éthique pourrait résulter en une suspension ou une révocation de l’approbation.

Le CER-SC de l’Université de Montréal est désigné par le ministre de la Santé et des Services Sociaux aux fins de l’application de l’article 21 du Code civil du Québec. Il exerce ses activités en conformité avec la *Politique sur la recherche avec des êtres humains (60.1)* de l’Université de Montréal ainsi que l’Énoncé de politique des trois conseils (EPTC). Il suit également les normes et règlements applicables au Québec et au Canada.

La présente lettre d’approbation éthique est la décision officielle du CER-SC.

Cordialement,
Pour le CER-SC

Jean Poupart
Conseiller en conduite responsable en recherche
Bureau de la conduite responsable en recherche
Université de Montréal
3333 Chemin Queen-Mary, bureau 220-5
Tél. 514 343-6111 poste 28181
cersc@umontreal.ca

Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

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

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

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

Madame, Monsieur,

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

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

EN QUOI CONSISTE LA PARTICIPATION AU PROJET?

Le projet comprend quatre volets différents:

- 1) Collecte de données effectuée directement auprès des participants

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

2) Dossiers cliniques et services filmés du CEMV

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

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

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

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

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

AVANTAGES DE L'ÉTUDE

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

INCONVÉNIENTS ET RISQUES

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

CONFIDENTIALITÉ ET UTILISATION DES DONNÉES RECUEILLIES

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

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

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

RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURES

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

COMPENSATION

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

EST-IL OBLIGATOIRE DE PARTICIPER?

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

PERSONNES DISPONIBLES POUR RÉPONDRE À VOS QUESTIONS:

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

Mireille Cyr, Ph.D. Professeur titulaire au département de psychologie, UdeM	(514) 343-5968 mireille.cyr@umontreal.ca
Martine Hébert, Ph.D. Professeur titulaire au département de sexologie, UQAM	(514) 987-3000 (poste 5697) hebert.m@uqam.ca

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

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

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

CONSENTEMENT ET ASSENTIMENT - SIGNATURES

En signant le présent formulaire, je certifie que:

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

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

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

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

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

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

Nom et prénom du parent/tuteur (autres initiales) _____ Consentement du parent/tuteur (Signature) _____ Date (jour/mois) _____

Nom et prénom de l'enfant (autres initiales) _____ Assentiment de l'enfant (Signature) _____ Date (jour/mois) _____
(si capable de comprendre la nature du projet)

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

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

() _____ Téléphone au domicile	() _____ Téléphone au travail	_____ Cocité
_____	_____	_____
Adresse	Numéro	Rue
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Municipalité	Province	Code postal
Coordonnées de deux personnes qui pourraient nous aider à vous rejoindre dans l'éventualité d'un déménagement:		
Nom et prénom du contact (autres initiales) _____	Lien de contact avec le parent _____	() _____ # de téléphone
Nom et prénom du contact (autres initiales) _____	Lien de contact avec le parent _____	() _____ # de téléphone

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

Nom de la personne qui a obtenu le consentement (autres initiales) _____ Signature de la personne qui obtient le consentement _____ Date (jour/mois) _____



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

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

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

Madame, Monsieur,

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

Miraille Cyr, Ph.D.
Professeur titulaire au département de psychologie, UdeM
Martine Hébert, Ph.D.
Professeur titulaire au département de sexologie, UQAM

(514) 343-5968
miraille.cyr@umontreal.ca
(514) 987-3000 (poste 5697)
hebert.m@uqam.ca

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

Oui Non

Initiales du parent/tuteur

Nom et prénom du parent/tuteur (à être recopiés) Consentement du parent/tuteur (Signature) Date (à être recopiée)

Nom et prénom de l'enfant (à être recopiés) Assentiment de l'enfant (Signature) (si capable de comprendre la nature du projet) Date (à être recopiée)

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

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

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

Adresse Numéro Rue Appartement

Municipalité Province Code postal

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

Nom et prénom du contact (à être recopiés) Lien de contact avec le parent () # de téléphone

Nom et prénom du contact (à être recopiés) Lien de contact avec le parent () # de téléphone