

Université de Montréal

Les enfants victimes d'agression sexuelle adoptant des comportements sexuels problématiques
Analyse des facteurs individuels, familiaux et contextuels associés à la présence de ces
comportements

Par Jade St-Hilaire

École de criminologie
Faculté des arts et des sciences

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

11 avril 2022

© Jade St-Hilaire, 2022

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Le présent mémoire intitulé :
Les enfants victimes d'agression sexuelle adoptant des comportements sexuels problématiques
Analyse des facteurs individuels, familiaux et contextuels associés à la présence de ces
comportements

Présenté par :
Jade St-Hilaire

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :
Jean Proulx, président-rapporteur
Isabelle Daignault, directrice de recherche
Nathalie Fontaine, membre du jury

RÉSUMÉ

Le développement de comportements sexuels problématiques (CSP) pendant l'enfance est un sujet de plus en plus étudié. Les chercheurs et les cliniciens ont souvent fait référence à l'agression sexuelle (AS) pour l'expliquer. Bien que le lien entre les CSP et l'AS soit bien documenté dans la littérature scientifique, il reste que la présence de CSP semble liée à plusieurs autres facteurs. Les auteurs s'intéressent de plus en plus à la relation entre les CSP et l'exposition à d'autres types de victimisation, incluant la maltraitance. La cooccurrence de différentes formes de victimisation s'avère donc être un angle important à explorer, en raison de sa relation avec différents indices de détresse psychologique incluant les comportements extériorisés. **Objectif.** L'objectif principal de ce mémoire est d'identifier les facteurs qui permettent d'estimer la probabilité qu'un enfant victime d'agression sexuelle (VAS) présente des CSP. **Méthode.** L'échantillon est composé de 372 enfants VAS (*M* âge enfant = 9,4 ans ; *É-T* = 2,2 ; 32,3% garçons) ayant fait l'objet d'une évaluation des besoins, dans un centre de services d'intervention spécialisés entre 2007 et 2016. Des analyses bivariées (chi-carré, anova, U de Mann-Whitney) et un modèle d'analyse de régression logistique hiérarchique ont été réalisés. **Résultats.** Les résultats des analyses bivariées révèlent que les enfants VAS manifestant des CSP se distinguent des enfants VAS n'ayant pas de CSP sur plusieurs variables : ils présentent plus de symptômes de dissociation, de dépression et d'anxiété; ils ont une plus faible estime de soi; ils perçoivent aussi recevoir moins de soutien à la suite de l'AS et présentent davantage des troubles de comportement extériorisés, de même que des stratégies de résolution de problème extériorisées; ils sont aussi plus souvent polyvictimes, ils sont notamment plus souvent exposés à la violence conjugale, plus susceptibles de vivre de la violence psychologique et d'avoir vécu une AS plus grave. Alors qu'ils reçoivent des services pour leur victimisation sexuelle; ils sont aussi plus susceptibles d'avoir un dossier actif en vertu de la Loi de la Protection de la Jeunesse (LPJ), ils vivent plus de placements, puis une médication leur est plus souvent prescrite. Lorsque l'ensemble de ces variables est considéré dans le modèle de régression logistique, l'analyse révèle que les facteurs suivants augmentent la probabilité qu'un enfant VAS présente des CSP : être un garçon (2,2 fois plus de risque), avoir une médication prescrite (2,2 fois plus de risque) et présenter un niveau de dissociation atteignant le seuil clinique (2,5 fois plus de risque). À l'inverse, la perception d'avoir reçu du soutien à la suite de l'AS diminue le risque que l'enfant VAS présente des CSP (0,8 fois moins de risque). **Conclusion.** Les résultats révèlent que l'apparition de CSP chez les enfants VAS semble liée à une accumulation de facteurs de vulnérabilité parmi lesquels la détresse psychologique (médication, dissociation) et la victimisation s'avèrent être des composantes particulièrement importantes.

Mots clés : comportements sexuels problématiques, CSP, expériences de victimisation, enfants victimes, agression sexuelle.

ABSTRACT

The development of sexual behavior problems (SBP) during childhood is increasingly studied. While researchers and clinicians have often associated SBP to child sexual abuse (SA), the presence of SBP also seems to be linked to several other factors. Most recent works are exploring, among other factors, the frequent association between SBP and exposure to other forms of victimization, including child maltreatment. The cooccurrence of different forms of violence therefore turns out to be an important angle to explore because of its relationship with different indices of psychological distress, including externalizing behaviors. **Objective.** The main objective of this Masters' thesis is to identify factors allowing to estimate the probability that a sexually abused child presents inappropriate sexual behaviors and SBP (referred to as SBP). **Method.** The sample was composed of 372 SA children (M child's age = 9.4 years; $SD = 2.2$; 32.3% boys) who were assessed in a specialized intervention center between 2007 and 2016. Bivariate analysis (chi-square, one-way ANOVA, Mann Whitney U) and a hierarchical linear regression analysis were performed. **Results.** Bivariate analyses reveal that SA children with SBP show more symptoms of dissociation, depression, and anxiety than SA children without SBP. They also report receiving less support with regard to their SA experience and show more externalized behaviors and externalized problem solving strategies than SA children without SBP. Further, SA children with SBP are more frequently polyvictimized. For instance, compared to children without SBP more children in this group have been exposed to domestic violence, to psychological abuse and to more severe SA. While they are receiving services for their SA experience, they were also more likely to have an active file under the *Youth Protection Act* (YPA), to experience placement, and to be prescribed medication for ADHD or behavior and emotion regulation problems. Taken together, multivariable analyses conducted with the regression model reveals that the following factors increase the probability of presenting SBP in SA victims: the child's gender (being a male, 2,2 times more likely to present SBP), being prescribed medication (2,2 times more likely to present SBP) and presenting a level of dissociation reaching the clinical threshold (2,5 times more likely to present SBP). Conversely, perceiving to have received less support in relation to the sexual abuse experienced decreases the risk that the AS child will present SBP (0,8 times less likely to present SBP). **Conclusion.** The results reveal that the development of SBP in child victims of SA appears associated to an accumulation of vulnerability factors, among which psychological distress (e.g.: dissociation and medication) and victimization prove to be particularly important components.

Keywords: sexual behavior problems, SBP, victimization experiences, child sexual abuse, CSA.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	iii
ABSTRACT	iv
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	ix
REMERCIEMENTS	x
AVANT-PROPOS	xi
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	1
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS	4
1. La sexualité chez les enfants, l'AS et les CSP : définitions, ampleur et conséquences	5
1.1 <i>La sexualité chez les enfants</i>	6
1.2 <i>La définition de l'AS pendant l'enfance</i>	7
1.3 <i>La définition des CSP</i>	8
1.4 <i>Prévalence et incidence de la problématique de l'AS chez les enfants</i>	10
1.5 <i>Prévalence et incidence des CSP</i>	12
1.6 <i>Les conséquences associées à l'AS et le développement de CSP</i>	13
2. L'AS et les CSP : fondements théoriques, modèles conceptuels et facteurs associés	15
2.1 <i>Les fondements théoriques : les premières études en la matière</i>	16
2.2 <i>Les modèles conceptuels</i>	18
2.3 <i>Les facteurs associés aux difficultés présentées par les enfants VAS</i>	24
3. Les enfants VAS et les enfants qui présentent des CSP: similitudes	32
4. La présente étude	33
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE	37
Participants	38
Description de l'échantillon	38
Procédure	41
Instruments de mesure	41
<i>Questionnaires complétés par les parents</i>	41

<i>Questionnaires complétés par l'enfant</i>	45
<i>Questionnaires complétés par l'enfant et le parent</i>	47
Stratégie d'analyse	48
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS	52
Évaluation des facteurs liés aux CSP	53
Estimation de la probabilité qu'un enfant VAS présente des CSP	60
CHAPITRE 5 : DISCUSSION ET CONCLUSION	63
Discussion	64
<i>Les variables liées à la présence de CSP chez les enfants VAS</i>	64
<i>Les variables permettant d'estimer la probabilité qu'un enfant VAS présente des CSP</i>	69
Implications pour la pratique	70
Forces et limites de la présente étude et travaux futurs	73
Conclusion	75
RÉFÉRENCES	77
ANNEXE 1 – Formulaire de consentement	102
ANNEXE 2 – Certificat éthique	106
ANNEXE 3 – Analyses exploratoires des caractéristiques sociodémographiques de l'enfant et sa famille selon la présence ou l'absence de CSI et CSP	107
ANNEXE 4 – Analyses exploratoires des caractéristiques de l'enfant, des stressors affectant la capacité parentale, des expériences de vie adverses, des caractéristiques de l'AS et du soutien perçu selon la présence ou l'absence de CSI et CSP	108

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	41
Tableau 2. Caractéristiques des variables à l'étude.....	51
Tableau 3. Les caractéristiques sociodémographiques de l'enfant et sa famille selon la présence ou l'absence de CSP	54
Tableau 4. Les caractéristiques de l'enfant, les stressseurs affectant la capacité parentale, les expériences de vie adverses, les caractéristiques de l'AS et le soutien perçu selon la présence ou l'absence de CSP.....	58
Tableau 5. Analyse de régression logistique hiérarchique visant à identifier les variables permettant d'estimer la probabilité qu'un enfant VAS présente des CSP	62

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Illustration inspirée du modèle de Boisvert (2016)	23
--------------------------------------------------------------------	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AS : agression sexuelle

CSI : comportements sexuels inappropriés

CSP : comportements sexuels problématiques

LPJ : loi de la protection de la jeunesse

VAS : victime d'agression sexuelle

VC : violence conjugale

VD : variable dépendante

VI : variable indépendante

REMERCIEMENTS

Il est important pour moi de souligner l'implication, de près ou de loin, de toutes les personnes qui m'ont aidée dans la rédaction de ce mémoire. D'abord, je tiens à remercier ma directrice de recherche, Isabelle Daignault, sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour. Merci pour ta disponibilité, ta présence, ton soutien et ton infinie patience. Merci d'avoir répondu à mes cent mille questions, j'exagère à peine. Surtout, merci de m'avoir soutenue et encouragée à finir ce travail!

Merci à mes parents de m'avoir permis de me rendre aux cycles supérieurs et de m'avoir enseigné la persévérance. Maman, dès mon plus jeune âge, tu m'as appris l'importance de l'éducation. Il ne faisait donc aucun doute que je devais relever ce défi et obtenir ma maîtrise, non seulement pour repousser mes limites, mais aussi pour que tu sois fière de moi. Un énorme merci pour avoir corrigé tous mes travaux! Papa, tu m'as appris l'importance de réaliser mes rêves. Merci de m'avoir toujours encouragée et d'avoir été là pour moi quand j'en avais besoin. Merci à mes sœurs, mon frère, ma famille et ma belle-famille qui ont su m'appuyer. Merci à mes ami(e)s et collègues que j'ai côtoyés tout au long de mes études, qui m'ont offert une aide et un soutien moral. Je considère sincèrement que chacun de vous a contribué à mon épanouissement personnel et à mon développement professionnel me permettant de rédiger mon mémoire.

Merci à toi, Francis Hogue, qui m'a soutenue durant toutes mes études. Alors que tu débutais sur le marché du travail, je commençais mon parcours scolaire à l'université. Tu as toujours été compréhensif et patient. Tu m'as encouragée à persister, surtout dans les moments où j'ai le plus douté. Sept ans plus tard, je dépose mon mémoire, nous attendons notre petit garçon dans quelques semaines et nous déménageons dans deux mois. Je crois que nous pouvons être fiers, nous avons réussi, mon amour!

Finalement, un merci tout spécial à ma grand-mère, Claire Besner, et ma grande sœur, Daphnée St-Hilaire, pour leur soutien lors des corrections de mon mémoire.

AVANT-PROPOS

Alors que je commençais mes études à l'Université de Montréal, j'ai été engagée par le Centre Jeunesse de la Montérégie (CISSSME), au même moment. J'ai donc travaillé comme surveillante d'établissement, dans un foyer de réadaptation pour jeunes enfants âgés entre 5 et 12 ans, pendant mes trois premières années universitaires. J'ai aussi fait mon stage au Centre Jeunesse de la Montérégie, comme éducatrice. Encore une fois, j'ai été appelée à travailler auprès d'enfants âgés entre 6 et 12 ans, placés dans un foyer de groupe. J'ai donc côtoyé plusieurs enfants ayant soit un trouble de déficit de l'attention, un trouble de l'attachement, un trouble de l'opposition et provocation et j'en passe. Nombreux d'entre eux présentaient aussi plusieurs de ces diagnostics à la fois. J'ai donc constaté l'ampleur des effets associés à la maltraitance sur ces enfants. Malgré cela, j'ai aussi constaté la résilience de chacun d'entre eux. Bien que mon rôle fût, entre autres, l'éducation de ces enfants, eux aussi m'ont beaucoup appris. Même si mon expérience avec les enfants de la Direction de la protection de la jeunesse n'a pas toujours été évidente, émotionnellement parlant, elle a été plus qu'enrichissante. J'ai donc orienté mon sujet de recherche vers les enfants ayant vécu une victimisation, puisqu'il m'importait d'aborder une telle problématique au sein de notre société.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

L'agression sexuelle (AS) est une victimisation qui est de plus en plus dénoncée au sein de la population. En effet, le mouvement #metoo prend de l'ampleur durant l'année 2017 (Lévy-Willard, 2018). Ce mouvement a incité les victimes d'agressions sexuelles à prendre la parole et s'exprimer sur le sujet. D'ailleurs, au cours de l'année 2020, une vague de dénonciations d'agressions sexuelles a déferlé, au Québec (Girard, 2020). Il reste que, malgré ces mouvements sociaux, certaines victimes demeurent dans l'ombre et sont d'autant plus vulnérables. Ces victimes sont, entre autres, les enfants. L'AS pendant l'enfance est un fléau dans notre société, car elle implique plusieurs conséquences et touche plusieurs personnes. Ces conséquences, qu'elles soient à court ou long terme, représentent un enjeu social en regard de la durée que peut prendre le rétablissement d'un enfant et de sa famille (Heflin & Deblinger, 2007; Jumper, 1995; Kendall-Tackett et al., 1993; Wolfe, 2007). L'une des manifestations observées chez les enfants victimes d'agression sexuelle (VAS) est le développement de comportements sexuels problématiques (CSP). Ces comportements initiés par des enfants de 12 ans et moins sont jugés inappropriés, entre autres, puisqu'ils sont potentiellement néfastes pour l'enfant ou autrui (Chaffin et al., 2006). Plusieurs types de CSP sont observés, ils peuvent être dirigés vers l'enfant lui-même ou bien envers un autre enfant (Chaffin et al., 2006). Certains comportements peuvent aussi être plus graves, plus chroniques, plus intrusifs. Il est d'ailleurs possible de conceptualiser ces comportements sur un continuum en fonction du degré problématique de ceux-ci (Pithers et al., 1998b). Il est donc important de s'intéresser davantage aux liens unissant ces deux problématiques, puisque ce ne sont pas tous les enfants VAS qui développeront des CSP. Les enfants VAS et les enfants présentant des CSP partagent des similarités en ce qui concerne leurs caractéristiques et leurs besoins (Boisvert, 2016). En raison des nombreuses conséquences que peuvent présenter les enfants VAS qui adoptent des CSP, il est donc pertinent de s'y intéresser plus en profondeur.

Ce mémoire présente donc une recension des écrits abordant l'AS vécue par l'enfant, mais aborde aussi les CSP que plusieurs développent. Alors, le chevauchement des deux problématiques est exposé à partir de différents modèles et fondements théoriques. D'ailleurs, le modèle de Friedrich (2007), qui est repris par Boisvert (2016), est utilisé afin de prendre en compte les multiples facteurs liés à l'émergence des CSP, chez

les enfants VAS. L'objectif principal de ce travail est donc de faire l'analyse des facteurs individuels, familiaux et contextuels associés à la présence des CSP parmi un échantillon d'enfants VAS. Les sections suivantes font état de la méthodologie utilisée et des résultats des analyses effectuées. Les résultats du présent mémoire révèlent une association entre la cooccurrence de plusieurs victimisations et la présence de CSP chez les enfants VAS. De plus, le sexe de l'enfant (garçon), la médication prescrite, la dissociation et la perception d'un manque de soutien général reçu à la suite de l'AS sont toutes des variables permettant d'estimer la probabilité qu'un enfant VAS présente des CSP. Par la suite, la discussion permet de faire un retour sur les résultats des autres études, en comparaison avec le présent mémoire. De plus, les forces et les limites de ce mémoire ainsi que les implications pour la pratique sont aussi abordées.

CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS

Dans un premier temps, ce mémoire aborde la sexualité chez les enfants dans le but de définir les CSP et de bien distinguer le développement psychosexuel normal de celui qui serait considéré plus atypique. Par la suite, les écrits scientifiques faisant état de l'ampleur de cette problématique et des conséquences qui y sont associées pour les auteurs et les victimes sont présentés. La seconde section de la recension des écrits fait état des fondements théoriques et modèles conceptuels permettant de mieux comprendre l'origine des CSP, de même que l'influence des facteurs qui y sont associés. Les résultats d'études tentant de valider ces modèles sont également mis de l'avant. La dernière section de cette recension met en lumière les différences et similitudes observées entre les profils d'enfants VAS et ceux d'enfants présentant des CSP, la cooccurrence de la maltraitance apparaissant comme un facteur commun à ces deux profils. La mise en commun de ces différentes sections de la recension mène à l'élaboration de la question de recherche du présent mémoire; qui vise à identifier les facteurs individuels, familiaux et contextuels qui sont associés à la présence de ces CSP chez des enfants VAS.

1. La sexualité chez les enfants, l'AS et les CSP : définitions, ampleur et conséquences

Dès le début des années 80, les milieux cliniques et de la recherche s'intéressent au développement de la sexualité chez les enfants, notamment en portant une attention plus particulière aux enfants VAS (Hébert et al., 2017a). Pionniers dans le domaine, les travaux de William Friedrich ont largement contribué à mieux comprendre les différentes situations où le développement de la sexualité est provoqué ou bien accéléré, comme c'est le cas chez les enfants qui développent des CSP (Friedrich, 1988, 1993, 1998, 2007; Friedrich, Bakery, et al., 2005; Friedrich et al., 1992, 1998, 2001, 2003; Friedrich, Gully, et al., 2005; Friedrich & Luecke, 1988). Le présent mémoire traite des différentes études liées à l'émergence d'une sexualité atypique ou problématique chez les enfants. Ce sujet a d'abord été exploré chez les enfants VAS. Par la suite, il a été étudié sous d'autres angles, étant donné que l'AS ne semble pas toujours en cause. En effet, plusieurs enfants qui adoptent des CSP ne rapportent pas nécessairement un historique d'AS. Au cours des 30 dernières années, les recherches ont soulevé le fait que la population constituée d'enfants adoptant des CSP est

particulièrement hétérogène (Chaffin et al., 2008), mettant ainsi en lumière que les diverses expériences associées au développement de ces comportements sont variables. À titre d'exemple, des CSP ont été observés chez des enfants VAS, chez des enfants victimes d'autres formes de maltraitance sans que l'AS ne soit un enjeu, chez des enfants qui présentent plutôt des troubles de comportements dont des comportements sexuels, mais sans avoir été exposés à des expériences de victimisation, puis chez des enfants exposés à un environnement familial sexualisé (Boisvert et al., 2015). Le présent projet se centre sur des enfants qui partagent une expérience commune, soit celle d'avoir été VAS et de présenter des CSP. Parmi ces enfants, nous souhaitons identifier les facteurs associés à l'émergence et au maintien de ces comportements, en les comparant à des enfants VAS, mais qui ne présentent pas de CSP.

1.1 *La sexualité chez les enfants*

Bien que la sexualité soit un sujet tabou, elle est tout de même une composante importante dans la vie de bien des gens. La sexualité est d'autant plus difficile à aborder lorsqu'il est question de celle d'un enfant. En effet, malgré la croyance populaire, les enfants sont des êtres sexués dès la naissance. Ils ont tous un développement psychosexuel et la plupart d'entre eux adopteront divers comportements sexuels avant l'adolescence (Hébert et al., 2017). Selon leur âge chronologique et développemental, les enfants adoptent des comportements dits normatifs, alors que d'autres ne le sont pas et seront considérés comme des CSP (Hébert et al., 2017). La perturbation du développement psychosexuel, notamment par l'AS, a été associée à l'émergence de CSP (Friedrich, 1998). Pour bien identifier les facteurs qui unissent l'AS et les CSP, il importe de définir ces deux concepts. En effet, lorsqu'on s'intéresse aux enfants, on remarque un certain chevauchement entre ces concepts. Par exemple, on dira d'un enfant qui commet des gestes sexuels sur un autre enfant qu'il présente des CSP. Par ailleurs, on dira de l'enfant qui subit ces gestes qu'il est VAS. Plusieurs enfants se retrouvent à la fois dans la position de ceux qui posent les gestes et de ceux qui les subissent, ce qui met en lumière la complexité de cette problématique.

1.2 La définition de l'AS pendant l'enfance

L'AS envers un enfant peut être définie de plusieurs façons selon l'angle observé, qu'il soit d'ordre légal, politique clinique ou bien scientifique (Boisvert, 2016). Il est toutefois difficile pour les auteurs d'en venir à un consensus quant à la définition de ces gestes (Johnson, 2008; Trickett, 2006). Ce manque de consensus s'explique, entre autres, par la complexité de l'opérationnalisation de l'expression. Mathews & Collin-Vézina (2019) ont d'ailleurs relevé quatre dimensions de l'expression qui peuvent être ambiguës. D'abord, la personne victime doit être un enfant. Bien que cet aspect semble simple, la notion de l'âge peut être comprise en terme légal ou bien de façon développementale. Il est donc possible qu'un enfant ait un âge développemental plus avancé que son âge réel. Ensuite, la notion de consentement libre et éclairé est primordiale. Le questionnement de cet aspect concerne la capacité d'un enfant à pouvoir donner un tel consentement. La troisième dimension fait référence à la nature sexuelle de l'acte. Est-ce que l'acte sexuel doit être absolument physique (attouchement)? Est-ce que l'enfant doit avoir conscience de l'acte (voyeurisme)? Finalement, les auteurs spécifient la différence entre (*assault*) et (*abuse*). L'abus a une conception d'immoralité, alors que l'agression fait référence à une expérience non désirée. L'abus est un terme plus large de sens, il comprend la position de pouvoir de l'agresseur et de l'exploitation de la victime. Bref, l'expression *agression sexuelle envers un enfant* est difficile à définir. Bien que la définition de l'AS envers un enfant soit vaste, elle peut être qualifiée comme : « tout acte ou jeu sexuel, hétérosexuel ou homosexuel, entre une ou des personnes en situation de pouvoir, d'autorité ou de contrôle, et un enfant mineur (de moins de 18 ans) » (Hébert et al., 2011). L'acte peut avoir pour but de stimuler sexuellement l'enfant ou de l'utiliser pour stimuler autrui, qu'il y ait contacts physiques ou non (Hébert et al., 2011; Olafson, 2011). Cette large définition englobe plusieurs expériences pouvant être avec contact (caresses génitales ou agression violente) ou sans contact (voyeurisme, exhibitionnisme) (Olafson, 2011). L'agresseur est considéré en situation de pouvoir, qu'il soit un adulte, un enfant plus âgé (de 5 ans ou plus) ou bien un enfant du même âge exerçant la force ou la coercition (Hébert et al., 2011; Olafson, 2011). L'AS peut être de type intrafamilial ou extrafamilial (Hébert et al., 2011). Le premier type fait référence à un agresseur ayant un lien de parenté avec la victime (liens

légaux, de sang ou de faits). Le deuxième type fait référence à un agresseur sans aucun lien de parenté avec la victime.

Malgré la confusion des dernières années quant au sens à donner à l'AS envers un enfant, il est établi qu'une relation de nature sexuelle avec un enfant est inappropriée en raison de l'absence de consentement de celui-ci ou de l'incapacité à pouvoir le donner (Olafson, 2002; Olafson et al., 1993). Tel que mentionné précédemment, cet abus peut avoir plusieurs répercussions, dont la perturbation du développement psychosexuel de l'enfant. Celui-ci pourrait donc développer des CSP. La prochaine section expose le défi de définir la nature problématique d'un comportement sexuel, tout en considérant une perspective développementale.

1.3 *La définition des CSP*

L'AS figure comme une manière prématurée d'être exposé à la sexualité. Les comportements sexuels apparaissent dans la littérature comme y étant fréquemment associés. L'*Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA)*, constituée d'experts sur les CSP, propose une définition qui est largement utilisée dans la littérature scientifique. Ces comportements initiés par des enfants de 12 ans et moins sont jugés inappropriés, entre autres, puisqu'ils sont potentiellement néfastes pour l'enfant ou autrui (Chaffin et al., 2006; Hébert et al., 2011). Ces comportements peuvent être dirigés aussi bien sur autrui que sur soi (Chaffin et al., 2006). Il est important de distinguer les CSP de l'exploration sexuelle classique, qui fait partie du développement de l'enfant. L'aspect problématique réfère à une fréquence et une intensité s'éloignant de la norme (Chaffin et al., 2006). De plus, les comportements sexuels apparaissant à un âge plus précoce qu'attendu ainsi qu'une persistance de ceux-ci à travers le temps peuvent aussi être jugés problématiques (Chaffin et al., 2006). La compréhension du développement psychosexuel est donc nécessaire pour que l'on soit en mesure de distinguer les CSP des comportements sexuels normaux (Boisvert, 2016a). Certains chercheurs précisent que les enfants développent des comportements sexuels avant l'âge de 13 ans (Araji, 1997; Friedrich et al., 1992; Haugaard,

1996; Lightfoot & Evans, 2000), défiant ainsi les écoles de pensée croyant que le développement de la sexualité débute à l'adolescence.

Une étendue de comportements sexuels peut être adoptée par des enfants de moins de 6 ans. Ces comportements comportent des contacts physiques avec d'autres enfants, de l'auto-exploration et du voyeurisme (Davies, 1995; Larsson & Svedin, 2002; Lindblad et al., 1995; Sandnabba et al., 2003). Friedrich (1998) précise que les enfants âgés de 2 à 5 ans touchent leurs parties génitales, tentent de toucher ou bien touchent aux parties intimes et font du voyeurisme. Les enfants de 6 à 9 ans adopteraient le même type de comportements, mais de façon moindre. Les études proposées dans la méta-analyse de Boisvert (2016) révèlent que les comportements sexuels tendent à diminuer avec l'âge en raison de l'apprentissage de l'intimité et de l'expression de la sexualité. La majorité des enfants âgés de 10 à 12 ans, quant à eux, ont un intérêt grandissant pour le sexe opposé (Friedrich et al., 1998). Ainsi, tous les comportements rapportés précédemment sont jugés normaux et sains s'ils surviennent à un stade développemental plus avancé (McKee et al., 2010). Les experts de l'ATSA suggèrent qu'une exploration sexuelle est normale lorsqu'elle est spontanée, intermittente, mutuelle, non coercitive, puis que les âges et stades développementaux des enfants l'exerçant sont similaires (Chaffin et al., 2006).

Les résultats révèlent qu'il n'y a pas de sous-types de comportement sexuel qualitativement différents, mais plutôt des CSP de gravité et d'intensité différentes (Chaffin et al., 2006). Certains comportements peuvent être plus graves, plus chroniques, plus intrusifs. Plusieurs auteurs se sont donc intéressés à la variabilité de ces CSP (Hall et al., 2002; Pithers et al., 1998a). D'ailleurs, Berliner et al. (1986) ont proposé une typologie permettant de situer ces comportements sur un continuum. Sur celui-ci sont classés trois catégories en fonction du degré problématique de ces comportements : les comportements sexuels inappropriés, les comportements sexuels précoces au niveau développemental et les comportements sexuels coercitifs. Alors que certains comportements sexuels sont jugés mineurs et transitoires (jouer avec l'anatomie de poupées), d'autres comportements peuvent blesser physiquement l'enfant (Kendall-Tackett et al., 1993). Il faut donc porter une attention particulière aux comportements de l'enfant lorsqu'il est question d'utilisation

de la force, de la coercition et de l'intimidation, de la détresse émotionnelle, de l'interférence dans le développement social et de blessures physiques (Chaffin et al., 2006; Kellogg, 2009).

À la lumière des informations présentées sur ces deux problématiques, soit l'AS et les CSP chez les enfants, il est pertinent de s'intéresser à l'ampleur de celles-ci. Dans quelle mesure ces comportements sont-ils présents chez les enfants de façon générale et chez ceux qui sont VAS plus spécifiquement?

1.4 *Prévalence et incidence de la problématique de l'AS chez les enfants*

Dans un premier temps, il est difficile d'évaluer la prévalence des agressions sexuelles envers les enfants en raison d'une grande variation des taux obtenus dans les études (Hébert et al., 2011). Cette difficulté s'explique, entre autres, par l'absence de consensus quant à la définition de l'AS envers un enfant. De plus, la majorité des agressions sexuelles envers un enfant n'est déclarée ni à la Direction de la protection de la jeunesse ni aux services policiers (Hébert et al., 2011; Wolfe, 2007). Les taux d'incidence de l'AS sur un enfant permettent d'établir le nombre de cas rapportés aux autorités sur une période donnée. Au Québec, entre 1998 et 2005, une hausse de 11 % de l'incidence des signalements pour AS en vertu de la *Loi de la Protection de la Jeunesse* (LPJ) a été observée (Collin-Vézina et al., 2009). À titre d'exemple, en 2005, le taux d'incidence basé sur le nombre de cas rapportés à la Direction de la protection de la jeunesse était de 0,87 cas d'AS par 1000 enfants (Collin-Vézina et al., 2009). Il s'agit là de statistiques qui sous-estiment clairement l'ampleur réelle du problème. En effet, Stoltenborgh et al. (2011) ont réalisé une méta-analyse de la prévalence de l'AS envers un enfant comprenant 217 articles publiés de 1982 à 2008. La prévalence globale a été estimée à 118 cas d'AS par 1000 enfants (donc 11,8 % de taux de prévalence). Les cas rapportés démontrent une différence entre les filles et les garçons. Davantage de filles rapportent être VAS (180/1000) en comparaison aux garçons (113/1000). Toutefois, les auteurs ont noté un grand écart entre les différentes publications répertoriées allant de 4 à 127 cas par 1000. Cette différence a été expliquée par les différences de méthodologie des études. Certaines utilisaient des

données officielles basées sur la dernière année, alors que d'autres utilisaient des données autorapportées au cours des 18 dernières années.

Les études, principalement nord-américaines, qui abordent l'incidence et la prévalence de la victimisation sexuelle à l'enfance en viennent à estimer qu'un homme sur dix et une femme sur cinq en ont été victimes (Hébert et al., 2011). À l'échelle internationale, le constat est similaire : les femmes sont davantage VAS que les hommes (Australie, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande, Norvège, Espagne, Suisse, Suède) (Pereda et al., 2009). Toutefois, une étude de Madu et Peltzer réalisée en 2001 révèle que les hommes sont davantage victimes avec un taux de 60 % en comparaison avec un taux de 53 % pour les femmes, en Afrique du Sud (Pereda et al., 2009). En ce qui concerne plus particulièrement les enfants, au Québec, en 2013, les enfants VAS représentaient 66,4 % parmi toutes les infractions sexuelles répertoriées dans les données policières (Institut national de santé publique du Québec, s. d.).

Une étude conduite par Statistique Canada souligne que parmi toutes les agressions sexuelles perpétrées à l'endroit de jeunes âgés entre 12 à 15 ans et de 16 et 17 ans, et répertoriées par la police en 2012, 30 % des auteurs présumés étaient des mineurs âgés de 12 à 17 ans (*Trousse média sur les agressions sexuelles*, 2020). De plus, cette même étude révèle que 25 % des infractions sexuelles intrafamiliales déclarées par la police et qui sont commises envers un enfant (0-17 ans) le sont par la fratrie. D'ailleurs, une étude menée par Cotter et Beaupré (2012) souligne qu'un tiers des infractions sexuelles envers un enfant implique un auteur présumé mineur. Ces données mettent en évidence les liens entre les deux problématiques à l'étude soit l'AS pendant l'enfance et la présence de CSP. Pour mieux comprendre le portrait des CSP, quelques données sur la problématique sont mises en lumière dans la prochaine section.

1.5 Prévalence et incidence des CSP

Il est difficile de bien saisir l'ampleur des CSP étant donné qu'il y a peu, voire aucune donnée permettant de documenter sa prévalence au sein de la population générale (Boisvert, 2016). Cette absence de données peut s'expliquer, entre autres, par le manque de consensus quant à la définition. Effectivement, il est difficile de calculer la prévalence ou l'incidence puisqu'il est ardu de distinguer les comportements sains des comportements problématiques à l'aide d'un instrument de mesure. De plus, selon le développement de l'enfant, certains comportements peuvent s'avérer sains pour certains enfants ou bien problématiques pour d'autres enfants. Les statistiques répertoriées concernent davantage des comportements spécifiques que peuvent adopter les enfants (Boisvert, 2016). Aux États-Unis, l'étude menée par Finkelhor et al., en 2009, révèle que 35,6 % des agressions sexuelles envers les mineurs ont été commises par des mineurs. De ce pourcentage, 16 % d'entre eux étaient âgés de moins de 12 ans. Une étude américaine sur les arrestations pour viol a été conduite en 2010 (Sickmund, 2014). Les résultats de cette étude révèlent que 14 % des arrestations concernaient des jeunes de moins de 18 ans. De ce pourcentage, 33 % représentaient des enfants de 14 ans et moins. Au Québec, en 2013, les enfants de moins de 11 ans représentaient près de 2 % des personnes ayant commis une infraction sexuelle (Gouvernement du Québec, 2015). Une étude documentant le nombre de cas rapportés en vertu de la LPJ, à l'étape de l'évaluation et orientation¹, révèle que 10 % des enfants faisaient l'objet d'au moins un signalement pour maltraitance ou trouble de comportement jugé fondé, présentent des CSP (Hélie et al., 2012). D'autres études s'intéressant précisément aux enfants VAS, ayant recours à une intervention, illustrent qu'entre 20 % et 53 % de ceux-ci présentent des CSP (Allen et al., 2015; Chromy, 2007; Kulesz & Wyse, 2007). D'un autre côté, les études portant sur les enfants ayant des CSP révèlent que 12 % à 70 % d'entre eux ont été VAS (Boisvert, 2016).

¹ Étape dans l'application de la *Loi de la Protection de la Jeunesse* qui consiste à déterminer si la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis ou non (*Intervention du DPJ à la suite d'un signalement*, s. d.).

Les données présentées soulignent l'importance de s'intéresser davantage aux liens unissant ces deux problématiques, qui sont souvent traitées séparément en recherche et en clinique, selon le motif de consultation de la clientèle ou selon le signalement rapporté à la Direction de la protection de la jeunesse. Parmi les préoccupations majeures qui rejoignent ces deux problématiques, il y a le développement et le maintien des conséquences qui y sont associées. Effectivement, la plupart des enfants VAS vivront des répercussions, dont le développement de CSP. D'autant plus que les enfants qui adoptent de tels comportements peuvent voir multiplier les répercussions de ces comportements sur eux-mêmes ou bien sur autrui.

1.6 *Les conséquences associées à l'AS et le développement de CSP*

L'AS est une expérience traumatisante impliquant un lot de conséquences chez l'enfant victime. Les conséquences vécues par un enfant VAS peuvent être multiples et variées (Friedrich, 1998; Kendall-Tackett et al., 1993). D'ailleurs, celles-ci, qu'elles soient à court ou long terme, représentent un enjeu social en regard de la durée que peut prendre le rétablissement d'un enfant et sa famille (Heflin & Deblinger, 2007; Jumper, 1995; Kendall-Tackett et al., 1993; Wolfe, 2007). Effectivement, les conséquences sur la santé mentale sont propices à être toujours présentes à l'âge adulte et à se manifester sous plusieurs formes de psychopathologie (Bebbington et al., 2011; Cutajar et al., 2010). Il est donc important de s'y intéresser tant dans une perspective d'intervention précoce que de prévention, étant donné les nombreux impacts qui y sont rattachés (Friedrich, 1998; Hébert et al., 2011, 2018; Heflin & Deblinger, 2007; Jumper, 1995; Wolfe, 2007).

Selon la littérature scientifique, les enfants VAS sont plus propices à manifester des symptômes extériorisés et intériorisés comparativement aux enfants n'ayant pas vécu cet abus (Briere & Elliott, 1994; Hébert, Parent et al., 2006b; Paolucci et al., 2001). Les comportements intériorisés comprennent, entre autres, l'anxiété, la dépression, les symptômes de somatisation et l'isolement social. La dépression est d'ailleurs observée de façon particulièrement fréquente chez les VAS (Paolucci et al., 2001; Sadowski et al., 2003). Les comportements extériorisés, quant à eux, sont des manifestations de colère,

d'agressivité et de troubles de la conduite. L'étude de Hébert, Tremblay et al. (2006b) révèle que les mères d'enfants VAS rapportent que ceux-ci vivent davantage de problèmes d'intériorisation et d'extériorisation que les enfants n'ayant pas subi une victimisation sexuelle. À cet effet, 48 % de l'échantillon manifestait des comportements intériorisés et extériorisés atteignant des seuils cliniques (Hébert, Tremblay et al., 2006b).

Malgré qu'aucun symptôme ne soit directement lié à l'AS, les symptômes de trouble de stress post-traumatique apparaissent à une fréquence élevée chez un enfant à la suite d'une AS (Kendall-Tackett et al., 1993). Les enfants VAS présentent davantage de symptômes de trouble de stress post-traumatique comparativement aux enfants n'ayant pas vécu cette victimisation sexuelle ou bien toute autre forme de maltraitance (Berliner, 2011; Collin-Vézina et al., 2013). Selon Bloom et Reichert (1998), l'AS s'avère être la forme de violence interpersonnelle la plus associée au trouble de stress post-traumatique, peu importe l'âge de la victime.

Des symptômes de dissociation sont aussi associés à l'AS et au trouble de stress post-traumatique. Ces symptômes sont davantage observés chez les enfants VAS que chez les enfants qui n'en sont pas victimes ou qui ont vécu d'autres types de maltraitance (Collin-Vézina et al., 2013). Une récente étude menée par Gauthier-Duchesne et al. (2017) révèle que les enfants VAS sont plus propices à présenter des symptômes d'anxiété et une faible estime de soi, s'ils ressentent de la culpabilité face à l'agression. De plus, il semble que le risque d'être confronté à une future victimisation est particulièrement élevé pour les VAS (Berliner, 2011). Les filles auraient de deux à cinq fois plus de risque d'être à nouveau victimes au cours de leur vie comparativement aux femmes n'ayant pas été agressées sexuellement dans l'enfance (Classen et al., 2005; Daigneault et al., 2009).

En matière de symptômes extériorisés, le développement de CSP est fréquemment associé à l'AS (Hébert, Parent, et al., 2006b; Kendall-Tackett et al., 1993; Olafson, 2011; Paolucci et al., 2001; Putnam, 2003). D'ailleurs, avec le trouble de stress post-traumatique, il s'agit du symptôme le plus étudié dans la littérature scientifique (Kendall-Tackett et al., 1993). Toutefois, plusieurs termes sont utilisés pour faire référence à ces comportements

(comportements sexuels abusifs, comportements sexuels agressifs, comportements sexuels intrusifs) étant donné qu'il n'y a pas de consensus quant à sa définition (Boisvert, 2016). Les mères d'enfants VAS rapportent que ces derniers ont davantage de CSP que celles des enfants n'ayant pas subi une telle victimisation (Hébert et al., 2006b). Les CSP adoptés par un enfant sont souvent reliés à l'AS vécue, en revanche les enfants n'ayant pas été agressés sexuellement peuvent aussi manifester ces troubles (Kendall-Tackett et al., 1993). L'étude de Deblinger et al. (1989) souligne notamment que 17 % des enfants abusés physiquement présentent des CSP. Cependant, d'autres auteurs suggèrent que les enfants agressés sexuellement sont plus sujets à présenter des problèmes de comportement, tels que les CSP, en comparaison avec les enfants qui n'ont pas subi une victimisation sexuelle (Friedrich et al., 2003).

Bien que l'AS comporte plusieurs répercussions, ce ne sont pas tous les enfants VAS qui présentent des difficultés (Hébert, Tremblay, et al., 2006b; Kendall-Tackett et al., 1993; Saywitz et al., 2000). La méta-analyse de Kendall-Tackett et al. (1993) révèle qu'un tiers des enfants agressés sexuellement ne présenteront pas de difficultés. D'ailleurs, l'étude de Hébert et al. (2006a) présente une typologie d'enfants ayant vécu une AS dont un groupe est caractérisé comme résilient, même s'il a vécu une agression grave. Ces résultats ont donc mené les chercheurs à se questionner sur les facteurs associés aux difficultés vécues par les enfants. Pour ce faire, différents modèles et théories ont été proposés. Certains de ces derniers sont présentés dans la prochaine section, plus particulièrement ceux qui mettent en évidence le lien entre l'AS et les CSP.

2. L'AS et les CSP : fondements théoriques, modèles conceptuels et facteurs associés

Considérant la complexité de la problématique de l'AS, il demeure difficile malgré les recherches des trente dernières années de prédire comment un enfant réagira à la suite de cette victimisation et s'il développera ou non des CSP. D'ailleurs, un débat persiste à travers la littérature scientifique à savoir si l'AS est liée aux CSP. En effet, ceux-ci ont été étudiés comme une conséquence de l'AS, par plusieurs auteurs (Finkelhor & Browne, 1985; Friedrich, 2007). Toutefois, ce ne sont pas tous les enfants présentant des CSP qui

sont VAS (Hébert, Tremblay, et al., 2006b; Kendall-Tackett et al., 1993). En plus des premières études menées dans le domaine qui ont servi de fondements empiriques, divers modèles étiologiques et conceptuels ont été proposés pour mieux comprendre ce qui exerce une influence sur l'adaptation des enfants concernés. Ces modèles, qui sont toujours en cours de validation, identifient plusieurs facteurs qui visent à expliquer l'adaptation des enfants au sens large, les conséquences associées à l'AS et l'émergence de CSP.

2.1 *Les fondements théoriques : les premières études en la matière*

Deux courants de pensée semblent émerger à travers la littérature scientifique concernant l'étiologie des CSP. D'abord, l'AS serait un facteur prédominant du développement des CSP (Drach et al., 2001; Elkovitch et al., 2009; Friedrich, 1993; Friedrich, Gully, et al., 2005; Hall et al., 1998; Hébert et al., 2011; St-Amand et al., 2011). Les CSP ont d'abord été étudiés comme une conséquence chez les enfants VAS (Finkelhor & Browne, 1985; Friedrich, 2007; Gil & Shaw, 2014). Cette problématique a été identifiée au même titre que le trouble de stress post-traumatique, puisque ces deux symptômes distinguent les enfants VAS des enfants n'ayant pas vécu une AS (Kendall-Tackett et al., 1993; Wolfe, 2007). Les CSP ont aussi été qualifiés de séquelles d'une victimisation plus problématique (Hall et al., 1998). Pourtant, ce ne sont pas tous les enfants VAS, qu'elle soit plus grave ou non, qui présentent des CSP (Friedrich et al., 2001; Gray et al., 1997; Kendall-Tackett et al., 1993).

Les CSP ont donc été étudiés, par plusieurs, de façon distincte de l'AS. Toutefois, les conclusions des auteurs mènent la plupart du temps à des observations similaires. L'AS serait une cause prédominante du développement des CSP (Drach et al., 2001; Gagnon & Tourigny, 2011). Effectivement, l'AS serait le facteur le plus associé aux CSP (Araji, 1997; Elkovitch et al., 2009; Gagnon & Tourigny, 2011; St-Amand et al., 2011). Plusieurs études révèlent que les enfants présentant des CSP ont plus de risque d'avoir vécu une AS comparativement aux enfants ne présentant pas de CSP (Bonner et al., 2001; Chaffin et al., 2008; Gagnon & Tourigny, 2011; Lepage et al., 2010; Lightfoot & Evans, 2000; Szanto et al., 2012). Allen (2017) nuance tout de même ces résultats, spécifiant que les CSP sont plus

présents chez les enfants VAS que chez les enfants non victimes, mais qu'ils sont présents chez une minorité d'enfants VAS. Il faut aussi retenir que de nombreux enfants présentant des problèmes de comportement sexuel n'ont aucun antécédent d'abus sexuel connu (Bonner et al., 2001; Silovsky & Niec, 2002).

D'autres études font plutôt ressortir les caractéristiques propres aux enfants adoptant des CSP, soit des symptômes émotionnels tels que l'anxiété et la dépression (Allen et al., 2015; Bonner et al., 2001), des événements stressants (Merrick et al., 2008; Silovsky & Niec, 2002), puis des difficultés comportementales (Burton, 1996; Silovsky & Niec, 2002). D'ailleurs, la recension systématique de Boisvert (2016) souligne que les enfants présentant des CSP ont davantage de difficultés et vivent plus d'événements d'adversité comparativement aux enfants n'adoptant pas de CSP. Certains auteurs proposent donc d'étudier les CSP sous un autre angle, soit comme faisant partie d'un ensemble de comportements problématiques (Friedrich, 2007; Friedrich et al., 2003; Pithers et al., 1998a). D'ailleurs, Friedrich et al. (1992) soulèvent que dans les recherches précédentes, une corrélation importante est établie entre les CSP et les problèmes de comportement. Ce faisant, des auteurs sont en faveur d'inclure les CSP dans un ensemble de comportements problématiques (Silovsky et al., 2007). Pourtant, d'autres persistent à vouloir les distinguer comme des facteurs associés et comme des conséquences d'une victimisation sexuelle (Lévesque et al., 2010).

Des modèles conceptuels ont donc été établis afin de mieux comprendre d'une part l'AS et, d'autre part, les CSP. Les auteurs s'intéressent, entre autres, aux facteurs reliés à l'enfant, à la famille, aux caractéristiques de l'AS, aux pratiques parentales, aux autres formes de maltraitance et à la perturbation du développement psychosexuel. Les facteurs ayant été le plus étudiés dans la littérature scientifique concernent les caractéristiques propres à l'enfant (Boisvert et al., 2016). Toutefois, un constat émerge dans la littérature scientifique à savoir que les enfants VAS sont plus enclins à vivre dans des circonstances stressantes et d'adversité (Friedrich et al., 2001), tout comme les enfants présentant des CSP (Boisvert et al., 2016). Les auteurs se sont donc penchés sur les autres formes de

maltraitance pour expliquer l'apparition des CSP (Allen, 2017; Bonner et al., 2001; Crea et al., 2018; Merrick et al., 2008; Tarren-Sweeney, 2008).

2.2 *Les modèles conceptuels*

2.2.1 *Les modèles généraux expliquant le développement de l'enfant*

Le psychologue Urie Bronfenbrenner est bien connu pour sa théorie écologique. En effet, celle-ci stipule que la façon d'être d'un enfant évolue en fonction de l'environnement dans lequel il vit (Bronfenbrenner, 1979). Bronfenbrenner a donc schématisé l'environnement par quatre systèmes interreliés, soit le macrosystème, l'exosystème, le mésosystème et le microsystème. Ce dernier inclut des groupes ayant un contact direct avec l'enfant, notamment la famille et l'école. Ensuite, le mésosystème inclut les relations entre les acteurs du microsystème, par exemple, les relations entre les parents et les enseignants. L'exosystème comprend, quant à lui, des facteurs influençant l'enfant de façon indirecte. Dans ce cas-ci, le travail des parents pourrait faire partie de ce niveau. Le travail a une influence sur le parent (disponibilité, préoccupations, etc.) qui aurait par la suite un certain impact sur l'enfant. Le dernier système, le macrosystème, comprend les éléments de la culture, par exemple, les valeurs ou la religion. Encore une fois, ce niveau est indirect, car il influence les autres systèmes et modifie donc la façon dont ces systèmes s'expriment. Ceci illustre bien que l'environnement de l'enfant (famille, école) puisse avoir un impact sur son développement. Ce faisant, les acteurs ayant un rôle direct dans le développement de l'enfant sont eux-mêmes influencés par divers facteurs directs et indirects. Ce modèle met donc l'accent sur l'interaction des différents niveaux influençant ainsi le développement de l'enfant. Il permet aussi de comprendre le développement des CSP sous une perspective écologique, plutôt que de prendre en compte une seule source d'explication (par exemple l'AS à elle seule). C'est sous ce même angle que la présente étude tentera d'identifier les facteurs permettant de distinguer les enfants VAS présentant des CSP de ceux qui n'en présentent pas.

Toujours, dans une perspective écologique, Cicchetti & Toth (2005) ont développé un modèle écologique transactionnel afin d'examiner les processus associés à la maltraitance des enfants. Ces auteurs s'inscrivent dans le champ de la psychopathologie développementale, qui est une science interdisciplinaire permettant de faire le lien entre les études d'un développement normal à un développement atypique (Cicchetti & Toth, 2005). Par son aspect interdisciplinaire, la psychopathologie développementale étudie divers domaines tels que les processus cognitifs, socio-émotionnels, linguistiques, génétiques et neurobiologiques (Cicchetti 1990 dans Cicchetti & Toth, 2005; Cicchetti & Dawson 2002 dans Cicchetti & Toth, 2005). À cet effet, le développement de l'enfant est le résultat de facteurs potentialisant et compensatoires qui sont présents à différents niveaux de l'écologie sociale (culture, communauté et famille) (Cicchetti & Toth, 2005). Les facteurs potentialisants sont des facteurs augmentant les risques de maltraitance, alors que les facteurs compensatoires diminuent les risques de maltraitance (Cicchetti & Toth, 2005). Le modèle présente donc les processus qui déterminent la probabilité que la maltraitance ait un impact sur le développement de l'enfant (Cicchetti & Toth, 2005). On peut donc comprendre qu'un enfant présentant plus de vulnérabilités que de facteurs compensatoires aura davantage de conséquences négatives sur son développement (Cicchetti & Toth, 2005). Ces transactions s'influencent donc mutuellement et déterminent le niveau de risque pour chaque individu (Cicchetti & Toth, 2005). D'autres niveaux plus distaux de l'écologie, soit la communauté et la culture, incluent des facteurs potentialisants qui augmentent les conditions potentielles favorisant la maltraitance, alors que les facteurs compensatoires diminuent le potentiel de telles conditions (Cicchetti & Toth, 2005). Évidemment, les facteurs de risque de l'environnement immédiat de l'enfant, soit la famille, influencent aussi la présence et l'absence de la maltraitance (Azar 2002 dans Cicchetti & Toth, 2005; Rogosch et al. 1995 dans Cicchetti & Toth, 2005). De plus, les familles maltraitantes n'offriront pas les expériences nécessaires, selon certaines théories, pour faciliter une adaptation compétente de l'enfant (Cicchetti & Toth, 2005). Par conséquent, la maltraitance des enfants crée un environnement relationnel pathogène qui nuit au développement biologique et psychologique de l'enfant (Cicchetti & Toth, 2005). Une multitude de perturbations dans le développement augmentera donc la probabilité d'une émergence d'une mauvaise adaptation et de psychopathologie chez l'enfant

(Cicchetti & Toth, 2005). De la même manière, une influence positive à l'un des niveaux écologiques permet de modérer le risque (Théorêt, 2006). Cette perspective de la psychopathologie développementale offre la compréhension de plusieurs causes et conséquences de la maltraitance (Cicchetti & Toth, 1995; Cicchetti & Valentino, 2015). En plus, une telle approche permet aussi de s'intéresser aux processus expliquant la résilience chez certains enfants, malgré les expériences d'adversité vécues (Cicchetti, 2013; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000 dans Toth & Cicchetti, 2013). Ce modèle est donc pertinent pour notre étude, puisque certaines variables telles que le soutien général et le soutien maternel reçus à la suite de l'AS seront testées. En effet, la perception du soutien reçu pourrait expliquer un meilleur rétablissement chez l'enfant et ainsi une certaine forme de résilience.

2.2.2 Les modèles conceptuels spécifiques à l'AS et le développement de CSP

Les modèles présentés ci-dessus proposent de s'intéresser à l'interaction de plusieurs facteurs pour expliquer le développement d'un enfant. La théorie proposée est donc plus générale. Toutefois, certains chercheurs ont tenté d'expliquer les conséquences de l'AS de façon plus spécifique. L'étiologie des conséquences associées à l'AS envers les enfants est ardue à expliquer en raison des effets multiformes que crée cette victimisation (Kendall-Tackett et al., 1993). Les profils proposés par les auteurs sont une façon de mieux cerner les impacts suivant l'AS. Les chercheurs ont donc tenté d'expliquer le phénomène à l'aide de modèles conceptuels.

L'un des premiers présentés est celui de Finkelhor et Browne (1985). Ceux-ci ont proposé le *Dynamics of Sexual Abuse Model*. Ce modèle propose que l'AS est vécue comme un trauma comprenant quatre mécanismes qui créent des impacts chez l'enfant. Le premier mécanisme fait référence à une sexualisation traumatique, autrement dit, l'enfant subit un conditionnement inapproprié de la réponse sexuelle, puis la socialisation de l'enfant est entravée par de fausses croyances et hypothèses. Ensuite, l'enfant fait face à la trahison. Il perd donc confiance en des personnes bienveillantes et capables de le protéger. Le mécanisme de la stigmatisation mine l'image de soi de l'enfant. Celui-ci fait face à la

honte, l'ostracisme et les stéréotypes négatifs de la culture et de l'environnement. Finalement, l'enfant ressent de l'impuissance. Celle-ci est caractérisée par le trouble de stress post-traumatique. Ayant fait face à un événement incontrôlable, l'enfant ressent une frustration constante à l'égard du fait qu'il n'a pu mettre fin ou échapper à l'expérience négative. Ce modèle propose, entre autres, de faire l'évaluation clinique des effets possibles de l'abus. Il permet plus précisément de faire une évaluation complexe d'un potentiel trauma. L'évaluation ne vise donc pas à catégoriser l'AS comme grave ou légère, mais plutôt de tenir compte de ses caractéristiques pour identifier le ou les mécanisme(s) du trauma présent(s). Ainsi, le modèle met en évidence le processus qui cause le traumatisme et les conséquences qui s'ensuivent (Damant, 2005).

Similairement, Spaccarelli (1994) propose un modèle intégrant trois composantes, soit les caractéristiques de l'AS subie (la durée, la présence de force, etc.), les événements entourant l'AS (les conflits et les changements dans la structure familiale), puis les éléments du dévoilement de l'AS (réactions des parents, procédures judiciaires, etc.). Le modèle de Spaccarelli suggère alors une série d'interactions qui influence la santé mentale de la personne victime (Monette et al., 2008). Le modèle inclut donc divers facteurs qui sont davantage externes à l'enfant et qui exercent une influence sur sa réaction au traumatisme. Cette conception transactionnelle se distingue, car elle intègre les stratégies d'adaptation de l'enfant comme étant également liées à son niveau de détresse (Monette et al., 2008). Pour la présente étude, ce modèle est important puisque certaines variables entourant l'AS seront testées afin de voir s'il y a une association avec la présence de CSP chez les enfants VAS.

D'autres chercheurs ont tenté d'aller plus loin en approfondissant le lien entre l'AS et le développement des CSP. L'origine et le maintien des CSP comprennent plusieurs facteurs, notamment familiaux, sociaux, économiques et développementaux (Friedrich et al., 2001, 2003). De plus, le développement des CSP comprend plusieurs trajectoires complexes et variées (Chaffin et al., 2006; Friedrich, 2007), d'où l'importance de tenir compte de différents facteurs.

Friedrich (2007) s'est inspiré du modèle théorique de Greenberg, Speltz et Deklyen (1993) pour proposer une adaptation plus spécifique à l'émergence et au maintien de CSP. Le modèle de Greenberg et al. (1993) est un modèle étiologique des troubles de comportements graves chez les enfants. Ce modèle comprend quatre domaines, notamment 1) les facteurs biologiques de l'enfant, 2) les variables écologiques de la famille, 3) les pratiques parentales ainsi que 4) l'attachement durant l'enfance. Le modèle de Friedrich (2007) reprend lui aussi quatre domaines selon une logique similaire, en incluant 1) les facteurs biologiques et personnels de l'enfant, 2) l'accumulation de stress (événements d'adversité vécus par l'enfant et sa famille) 3) l'apprentissage par modelage de la coercition, puis 4) l'apprentissage d'entrer en relation de façon sexuelle avec autrui. Contrairement à Greenberg, il n'inclut pas la sphère de l'attachement. Celle-ci est plutôt comprise comme exerçant une influence sur chacune des dimensions présentées. L'accumulation de facteurs de risque, dans chacun des domaines, augmenterait donc le risque qu'un enfant développe des CSP.

Boisvert (2016) reprend le modèle de Friedrich pour expliquer le développement des CSP tout en incluant le domaine de l'attachement du modèle de Greenberg. À cet effet, Boisvert conceptualise cinq domaines, qui sont illustrés à la figure 1: 1) les facteurs individuels prédisposants de l'enfant incluent les caractéristiques propres à l'enfant, notamment l'âge, le sexe, le tempérament, les difficultés neurobiologiques et cognitives, etc. ; 2) les stressseurs affectant la capacité parentale comprennent un ensemble de variables ayant un impact sur l'aptitude des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant. Ainsi diverses caractéristiques sont à considérer telles que l'éducation, les problèmes de santé mentale et de consommation, puis la criminalité. Le fonctionnement conjugal, les caractéristiques de l'environnement de vie (pauvreté, nombre de personnes vivant sous le même toit) sont aussi des aspects à ne pas négliger ; 3) les pratiques parentales coercitives réfèrent à l'aspect punitif ou inapproprié. De plus, l'absence de comportements positifs de la part du parent à l'égard de son enfant est un facteur important ; 4) la perturbation du développement psychosexuel de l'enfant permet de prendre en compte à la fois l'AS vécue par l'enfant et l'environnement sexualisé dans lequel l'enfant se développe. L'environnement sexualisé comprend un ensemble d'expositions inadéquates à la sexualité

dans l'environnement familial. Ces expositions sont, entre autres, la présence de plusieurs comportements sexuels dans la famille, le fait d'être témoin de comportements sexuels inappropriés entre les adultes ou bien d'être exposé à de la pornographie. Ainsi, les enfants ayant une perturbation sur le plan du développement psychosexuel tendent à entrer en contact avec autrui de façon intrusive; 5) l'attachement parent-enfant, qui joue un rôle important dans le développement des comportements perturbateurs (Greenberg et al., 1993). Un attachement sécure agit comme facteur de protection, permettant à l'enfant de développer des relations saines et de réguler ses émotions de façon efficace. En revanche, un attachement insécure aurait un impact négatif chez l'enfant quant à ses relations interpersonnelles, son autocontrôle et ses comportements. L'attachement n'est toutefois pas statique et tend à se moduler en fonction des expériences que vit l'enfant (Greenberg et al., 1993). Ce modèle propose donc une série de facteurs associés à l'émergence des CSP et à leur maintien dans le temps. Cette conception permet aussi de comprendre la variété des profils des enfants. Ce modèle illustre aussi l'importance du lien entre l'AS et les CSP. La perturbation du développement psychosexuel permet d'inclure plusieurs facteurs associés à la présence des CSP chez l'enfant (Boisvert, 2016).



Figure 1. Illustration inspirée du modèle de Boisvert (2016)

Les différents modèles présentés rappellent l'importance d'étudier les CSP dans une perspective écologique. De plus, la population constituée d'enfants adoptant des CSP est particulièrement hétérogène (Chaffin et al., 2008). Ce faisant, divers facteurs peuvent expliquer le développement de CSP. Les modèles de Friedrich et Greenberg ont été présentés, puisqu'ils ont été largement référés dans la littérature scientifique. De plus, ils permettent de mieux comprendre la conceptualisation de Boisvert. Celle-ci reprend le modèle du pionnier Friedrich, tout en incluant le domaine de l'attachement que l'on retrouve dans le modèle original de Greenberg. Le modèle de Boisvert (2016) est donc présenté et utilisé dans le présent mémoire, puisqu'il est exhaustif et qu'il a été développé à la suite d'une recension systématique des écrits publiée récemment, intégrant les résultats de différentes études effectuées entre 2007 et 2016. Seule la dimension de l'attachement n'est pas prise en compte, puisqu'aucune mesure n'a pu être évaluée dans le présent mémoire. Cependant, le soutien perçu par l'enfant à la suite de l'AS a été ajouté parmi les variables considérées.

2.3 *Les facteurs associés aux difficultés présentées par les enfants VAS*

Pour faire suite aux modèles proposés, les chercheurs ont donc tenté de valider l'influence de certains facteurs agissant sur le développement de comportements sexuels. Ces facteurs sont ici présentés selon les différentes catégories de facteurs proposés par Boisvert.

2.3.1 *Les facteurs individuels prédisposant de l'enfant*

Les facteurs ayant été le plus étudiés dans la littérature scientifique concernent les caractéristiques propres à l'enfant (Boisvert, 2016). D'abord, l'âge aurait plus d'influence chez les garçons, il serait question d'une augmentation de l'étendue des CSP (Sandnabba et al., 2003). D'autres auteurs suggèrent qu'à un plus jeune âge, il n'y aurait pas de différence entre les garçons et les filles (Bonner et al., 2001). Cependant, en vieillissant, les garçons seraient surreprésentés dans l'adoption de CSP (Bonner et al., 2001). D'autre part, certaines études révèlent que les filles sont plus à risque de développer des

comportements sexuels à la préadolescence (McClellan et al., 1997; Tarren-Sweeney, 2008). Par ailleurs, sans préciser le sexe de l'enfant, l'étude de Tremblay et al. (2007) observe une forte proportion de CSP chez les 6 à 9 ans.

Les enfants présentant des CSP seraient davantage perturbés que les enfants ne présentant pas ces comportements, tels qu'en témoignent des mesures comportementales et de détresse psychologique (Bonner et al., 2001). Les auteurs indiquent que les enfants VAS ayant des CSP se distinguent des enfants VAS sans CSP par la présence plus importante de trouble intériorisé ou extériorisé (Allen et al., 2015; Chromy, 2007; Hall et al., 1998; Hershkowitz, 2014; Kulesz & Wyse, 2007). Dans son étude, Allen (2017) mentionne que les donneurs de soins des enfants ayant des CSP rapportent que ceux-ci ont des problèmes sociaux, des problèmes d'attention, puis des problèmes de comportement intériorisés et extériorisés. Les enseignants, quant à eux, rapportent que ces enfants démontrent davantage de colère (Allen, 2017). L'étude de Silovsky & Niec (2002) met en lumière certaines difficultés que présentent ces enfants, dont le manque d'autorégulation, mais aussi la présence fréquente de troubles de l'opposition et de la provocation, de déficits de l'attention et de l'hyperactivité et/ou de trouble de stress post-traumatique. D'ailleurs, Allen (2017) soulève qu'il est plus fréquent qu'un enfant ayant des CSP (dirigés seulement vers l'enfant lui-même) présente un trouble de stress post-traumatique comparativement à un enfant ne manifestant pas des CSP.

2.3.2 *Les stressseurs affectant la capacité parentale*

Divers stressseurs peuvent affecter la capacité parentale. Ceux-ci peuvent être, entre autres, le revenu familial, la composition familiale et la détresse vécue par le parent. En ce qui concerne le statut socio-économique, l'étude de Cyr, McDuff et Wright (1999) s'est intéressée aux profils des mères d'enfants VAS. Les auteurs ont recueilli les données de 118 mères dont le recrutement s'est effectué avec les Centres jeunesse des régions de Lanaudière, Mauricie-Bois-Francs et Montérégie. Bien que les mères soient représentées dans chaque strate sociale, celles-ci ont, en moyenne, cumulé 10 années de scolarité (études secondaires) et ont un revenu annuel relativement faible (13 310\$). Similairement, les

parents d'enfants adoptant des CSP se trouvent à tous les niveaux socio-économiques, mais une majorité (57 %) se situe à un faible statut socio-économique (en moyenne 17 500\$ par année) (Bonner et al., 2001).

La composition familiale (intacte, monoparentale, recomposée, famille d'accueil, etc.) est un facteur à ne pas négliger parmi les stressseurs affectant la capacité parentale et le soutien du parent envers l'enfant. Plusieurs études observent que l'enfant vivant avec un seul parent plutôt qu'avec les deux parents est plus à risque de subir une AS (Finkelhor et al., 1997). Les enfants vivant sans les deux parents biologiques seraient trois fois plus à risque (Finkelhor et al., 1997). La présence du conjoint de la mère au domicile familial doublerait le risque pour les filles d'être victimes d'une AS (Mullen et al., 1993). Ce risque comprend la maltraitance du conjoint actuel, mais aussi celle des anciens conjoints. Similairement, les CSP seraient aussi associés à la monoparentalité ou au divorce des parents (Bonner et al., 1999 dans Dufour et al., 2017; Hershkowitz, 2011 dans Dufour et al., 2017).

Certaines mères d'enfants agressés sexuellement présentent une détresse psychologique. La détresse d'un parent peut affecter sa capacité à offrir le soutien optimal dont l'enfant a besoin (Hébert et al., 2007). L'étude de Daignault et al. (2018), qui compte les données autorapportées de 298 mères dont l'enfant a récemment dévoilé une AS, met en lumière la relation entre la détresse psychologique de la mère et les victimisations, passées ou présentes, vécues par celle-ci. Les résultats révèlent aussi que l'exposition à la violence conjugale (VC) dans l'enfance serait un facteur déterminant pour identifier les mères nécessitant un soutien, puisqu'elle prédirait la présence de dissociation et la comorbidité d'un trouble de stress post-traumatique (Daignault et al., 2018). Cela met en lumière le besoin de soutien et d'intervention des mères pour bien accompagner leurs enfants à la suite du dévoilement de l'AS.

2.3.3 *La perturbation du développement psychosexuel de l'enfant*

Comme mentionné précédemment, un environnement sexualisé et une AS vécue par l'enfant sont tous deux des facteurs pouvant perturber le développement psychosexuel de l'enfant (Friedrich et al., 2003). Plus spécifiquement à l'AS, les caractéristiques de celle-ci seraient reliées aux comportements sexuels (Friedrich et al., 1992). Plusieurs auteurs s'entendent à savoir qu'une plus grande gravité de l'acte sexuel, une fréquence plus élevée de l'agression et un nombre plus élevé d'agresseurs sont tous des facteurs associés à la présence de CSP chez un enfant (Burton, 1999; Chromy, 2007; Hall et al., 1998; Hershkowitz, 2014; Kendall-Tackett et al., 1993). Hébert, Parent et al. (2006a) ont procédé à une analyse de profils classant les enfants VAS parmi quatre groupes : 1) Groupe présentant des symptômes d'anxiété (33 % de l'échantillon), 2) Groupe présentant une détresse grave (25 % de l'échantillon), 3) Groupe résilient (16 % de l'échantillon) et 4) Groupe caractérisé par des victimisations moins graves (26 % de l'échantillon). L'étude révèle que le groupe d'enfants identifié comme ayant une détresse grave a plus de problèmes de comportements intériorisés et extériorisés. Ce groupe est caractérisé notamment par une AS plus invasive, c'est-à-dire comprenant une pénétration. Ce groupe d'enfants utilise davantage de stratégies d'évitement, a une plus faible estime de soi et atteint un score plus élevé au questionnaire Child Behavior Checklist² (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) (à l'exception des symptômes d'anxiété, de somatisation et de délinquance) comparativement aux autres groupes. Le groupe d'enfants ayant des symptômes anxieux, obtient des scores plus élevés pour les sous-échelles anxiété, somatisation et délinquance au CBCL. Ce groupe se caractérise par le fait que les enfants ont subi plusieurs agressions sexuelles. D'autres études soutiennent que lorsque l'AS est considérée grave et qu'elle persiste à long terme, les enfants sont plus à risque de dépendance à des comportements sexuels (Beitchman et al., 1992; Fergusson et al., 1996; Olafson, 2004; Putnam, 2003).

² Questionnaire complété par les parents qui évalue la présence de troubles de comportements intériorisés et extériorisés chez les enfants âgés entre 6 et 18 et qui permet d'avoir une mesure générale de son adaptation.

2.3.4 *Soutien de l'enfant*

Certains auteurs suggèrent que le soutien parental peut être un facteur de protection (Cohen & Wills, 1986; Godbout et al., 2014; Lovett, 1995). Dans leur étude, Godbout et al. (2014) ont évalué deux types d'attachement, dont l'attachement anxieux et l'attachement évitant. Les résultats révèlent que sans le soutien de leurs parents, les enfants vivraient plus d'anxiété et de détresse pouvant même les mener à développer un attachement anxieux (Godbout et al., 2014). La présence d'un parent soutenant, protecteur et non abuseur qui croit l'enfant à la suite de son dévoilement (généralement la mère), prédit un meilleur rétablissement de l'enfant (Cohen & Mannarino, 1998, 2000), alors qu'une réponse négative de la part des parents, à la suite du dévoilement de l'enfant, est liée à des effets néfastes chez ce dernier (Berliner, 2011).

2.3.5 *Les pratiques parentales coercitives*

Les pratiques parentales coercitives réfèrent à des techniques punitives ou inappropriées utilisées par le parent (Boisvert, 2016). De cette manière, ces techniques incluent les formes de maltraitance qui peuvent faire l'objet d'un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (abandon, négligence, mauvais traitements psychologiques, abus sexuels ou abus physiques). Hébert, Tremblay et al. (2006b) suggèrent que le contexte familial est associé aux comportements extériorisés et aux CSP. Les pratiques parentales coercitives influenceraient donc le développement de CSP (Friedrich, 2007; Tougas et al., 2016). À cet effet, les auteurs tendent à s'intéresser aux formes de maltraitance, autres que l'abus sexuel, pour vérifier leur lien avec l'apparition de CSP (Allen, 2017; Elkovitch et al., 2009; Merrick et al., 2008; Silovsky & Niec, 2002; Tarren-Sweeney, 2008; Bonner et al., 2001).

Les résultats révèlent qu'une proportion significative d'enfants agressés sexuellement est susceptible d'être témoin de relations abusives entre les adultes (Hébert et al., 2007). Parmi les familles étudiées, un des deux parents avait frappé, giflé ou poussé

l'autre dans 50 % des cas (Gray et al., 1997). Entre 43 % à 62 % des enfants âgés entre 6 et 12 ans ont été exposés à la VC (Gray et al., 1997). Silovsky et Niec (2002) mentionnent que l'impact de la VC et de l'abus physique sont des pistes à explorer étant donné qu'une majorité de leur échantillon (68 %) a été exposé à la violence interpersonnelle. Cet échantillon se démarquait par une fréquence et une gravité élevées de CSP. Allen (2017) souligne plutôt que, mise à part l'AS, l'abus physique et la négligence seraient les deux formes de maltraitance les plus communes chez les enfants manifestant des CSP. L'étude de Merrick et al. (2008) avait pour but d'examiner la présence de CSP chez des enfants âgés de 8 ans. Ceux-ci n'avaient pas subi une AS, mais d'autres formes de maltraitance ou étaient à risque d'en subir une. Les résultats de l'étude suggèrent que l'abus physique vécu à tout âge et l'abus émotionnel en bas âge (moins de 4 ans) augmentent le risque que l'enfant manifeste des CSP. Lussier et al. (2019) arrivent à des résultats similaires. Leurs observations confirment que les abus physiques et émotionnels sont des facteurs fortement corrélés aux CSP. Toutefois, l'étude précise que ce constat est vrai pour les enfants ayant subi une AS (Lussier et al., 2019). Les chercheurs d'autres études n'arrivent pas aux mêmes résultats. La maltraitance pourrait augmenter l'apparition des CSP, mais cette variable ne serait pas suffisante pour expliquer cette augmentation, puisque 41 % des enfants n'ont subi aucun abus (Bonner et al., 2001). Tarren-Sweeney (2008) observe qu'excepté les agressions sexuelles comprenant des contacts physiques, les autres formes d'abus ou de négligence ne prédisent pas les CSP. Comme souligné par Boisvert (2016), dans sa méta-analyse, les résultats des études sont inconsistants quant à l'influence potentielle des autres formes de maltraitance sur le développement de CSP.

L'ensemble de ces pratiques peut bien souvent mener à l'ouverture d'un dossier à la Direction de la protection de la jeunesse et/ou au placement de l'enfant. Bien que le placement vers une nouvelle famille puisse être lié aux CSP qu'adopte l'enfant (U.S. Department of Health and Human Services, 1993), il peut être aussi lié au développement de CSP (Tremblay et al., 2007). Certaines études proposent qu'un placement augmente les CSP (Friedrich, Bakery, et al., 2005; Hall et al., 2018). Samuels et Pryce (2008) suggèrent que le placement est un traumatisme en soi et devrait être considéré au même titre que les autres facteurs de risque.

En somme, l'histoire de vie avant l'AS est un facteur considérable dans l'explication des difficultés vécues à la suite de la victimisation. Selon les travaux de Finkelhor, sur le phénomène de cooccurrence de la victimisation, les enfants victimes de plusieurs types d'abus présenteraient davantage de symptômes que les enfants ayant vécu un même type de victimisation à plusieurs reprises (Finkelhor et al., 2007). La maltraitance aurait un impact sur les expériences de socialisation (Lussier et al., 2019). Ceci peut être expliqué par le fait que les enfants vivant de la maltraitance adoptent des comportements inadéquats et une attitude d'indifférence à l'égard d'autrui ou bien ont une autorégulation déficitaire (Lussier et al., 2019). L'accumulation de traumatismes durant l'enfance est associée à plus de difficultés de régulation des émotions et de problèmes de comportement (Briere, 2006; Choi & Oh, 2014; Hébert et al., 2018; Horan & Widom, 2015). Ces résultats mettent en lumière la pertinence de considérer le cumul des événements d'adversité vécus par l'enfant, également appelé la polyvictimisation (Finkelhor et al., 2007), pour mieux comprendre l'émergence et le maintien des CSP (Lussier et al., 2019).

2.3.6 *La cooccurrence de la maltraitance et la polyvictimisation*

Il a été démontré que les VAS sont susceptibles de subir une autre forme de maltraitance (Friedrich, 1998; Paolucci et al., 2001; Hébert et al., 2018; Hébert et al., 2011). En fait, l'AS se produit rarement seule. Il est donc possible qu'un enfant vive plus d'une forme de maltraitance à la fois durant l'enfance ou bien au cours de sa vie. La cooccurrence de la maltraitance se définit par le fait de vivre plus d'une forme de mauvais traitement durant l'enfance, que ce soit en même temps ou l'une après l'autre, qu'il y ait ou non une relation entre elles (Hébert et al., 2011). L'AS se produit souvent dans des situations où l'enfant vit d'autres expériences d'adversité comme l'abus physique, la négligence, l'abus émotionnel et l'exposition à la VC. (Anda et al., 2006; Dong et al., 2004; Felitti et al., 1998; Finkelhor et al., 2007). L'accumulation d'expériences de victimisation serait plus préjudiciable au bien-être de l'enfant qu'une seule expérience, incluant la victimisation de nature sexuelle (Finkelhor et al., 2007).

D'ailleurs, il peut être difficile de distinguer l'effet de l'AS seule, car souvent l'enfant est victime de polyvictimisation (Olafson, 2011). La polyvictimisation, quant à elle, est un terme assez récent dans la littérature scientifique. Elle fait référence à l'expérience de multiples victimisations de types différents et non pas seulement de multiples épisodes du même type de victimisation (MBF Child Safety Matters, 2015). La polyvictimisation comprend normalement quatre épisodes et plus de victimisation (Finkelhor et al., 2007). La polyvictimisation inclut les victimisations dans l'enfance dont la maltraitance, mais aussi toutes les autres formes de victimisation pouvant être vécues à travers différents moments de la vie (par exemple : vol, intimidation, fraude, harcèlement, etc.).

Entre 1998 et 2003, les services de la protection de la jeunesse estiment que 25% à 49 % des enfants québécois ayant subi une AS (jugée fondée) ont vécu une autre forme de mauvais traitement (Tourigny et al., 2005; Trocmé et al., 2005). Les données de l'étude de Hébert et al. (2018) révèlent que 75 % des enfants VAS ont subi au moins une autre forme de maltraitance. Près d'un enfant sur cinq (20 %) a connu trois autres formes de maltraitance, autres que l'AS (Hébert et al., 2018). Selon 29 études rétrospectives, la prévalence moyenne de cooccurrence double, comprenant l'AS et une autre forme de maltraitance, est de 16 % dans les échantillons recensés (Higgins & McCabe, 2001). La prévalence triple, comprenant l'AS et deux autres formes de maltraitance, se situe entre 5% et 17 % (Higgins & McCabe, 2001). L'étude de Finkelhor et al. (2007) révèle que 22 % de leur échantillon ont expérimenté quatre formes de victimisation au cours d'une année. L'étude de Lussier et al. (2019) révèle que la moitié de leur échantillon provenant de la Direction de la protection de la jeunesse était polyvictime. Comprendant l'ampleur de la cooccurrence de la maltraitance chez les enfants VAS, il semble important de la considérer parmi les nombreux facteurs associés à cette problématique. Cependant, la méta-analyse de Boisvert (2016) révèle que les résultats des études sont inconsistants quant à l'impact des autres formes de maltraitance sur les CSP. Il est donc suggéré que les auteurs des études futures s'intéressent à l'identification des différences et des similitudes chez les enfants manifestant des CSP, qu'ils aient subi une victimisation quelconque, de nature sexuelle ou non (Boisvert, 2016). En fait, les recherches portant sur le développement des CSP se sont

intéressées aux types de maltraitance de façon distincte. Ainsi, peu d'études se sont intéressées à la cooccurrence ou à la polyvictimisation (4 victimisations ou plus) pour expliquer l'apparition des CSP.

3. Les enfants VAS et les enfants qui présentent des CSP: similitudes

À travers la littérature scientifique, il est constaté que les enfants adoptant des CSP et les enfants VAS partagent des similarités en ce qui concerne leurs caractéristiques et leurs besoins (Boisvert, 2016). Il est proposé que les enfants VAS et les enfants ayant des CSP pourraient partager un parcours de vie similaire et des besoins communs (Silovsky & Niec, 2002). L'étude de Sawyer et Hansen (2014) a mis de l'avant une typologie comprenant des enfants VAS et des enfants présentant des CSP. Les auteurs concluent que ces deux groupes présentent des caractéristiques communes puisque dans chaque catégorie se trouvent autant les enfants victimes que les enfants ayant des CSP. Boisvert, Tourigny, Lanctôt, Gagnon et Tremblay (2015) arrivent à un constat similaire. Dans leur étude, les auteurs ont recueilli les données de 147 enfants dont 117 étaient référés pour un traitement de CSP et 30 ayant été signalés à la Direction de la protection de la jeunesse pour une AS. Les auteurs proposent donc une typologie en fonction des profils psychosociaux similaires des enfants, quel que soit le groupe d'appartenance initial de ceux-ci. Ces trois types d'enfants sont, 1) les enfants résilients, 2) les enfants provenant d'un cycle intergénérationnel de maltraitance, puis 3) les enfants ayant un fonctionnement perturbé. Dans le premier groupe, les enfants sont caractérisés comme ayant peu de comportements extériorisés, de symptômes de trauma et d'expériences de maltraitance. Le second groupe (cycle intergénérationnel de maltraitance) se distingue par des pratiques parentales coercitives, par davantage d'abus psychologique et physique, par des parents ayant aussi été victimes de maltraitance durant l'enfance, par des comportements extériorisés, puis par des symptômes de trauma. Le dernier groupe, les enfants ayant un fonctionnement grandement perturbé, représentait les enfants ayant le plus de comportements extériorisés, de symptômes de trauma, d'expériences de négligence et d'exposition à la sexualité. Cette étude révèle qu'aucun de ces profils psychosociaux n'est davantage associé aux enfants référés pour des CSP ou aux enfants référés pour AS, puisqu'encore une fois les deux

clientèles se trouvaient dans chacun des profils (Boisvert et al., 2015). De nombreuses études ont pu mettre en évidence un lien entre l'AS et le développement des CSP (Drach et al., 2001; Friedrich, 1993; Friedrich et al., 1992, 2001; Kendall-Tackett et al., 1993; Lindblad et al., 1995; Sandnabba et al., 2003; Wherry et al., 1996).

Bien que les auteurs tentent de comprendre les deux problématiques de façon distincte, celles-ci se rejoignent sur plusieurs points. Les enfants VAS et les enfants présentant des CSP présentent des profils similaires : comportements intériorisés et extériorisés, événements de vie stressants et milieu familial chaotique. D'ailleurs, Conte et Schuerman (1987a, 1987b) démontrent que les facteurs liés à la maltraitance et au dysfonctionnement familial contribuent au traumatisme de l'enfant victime. Ces auteurs constatent que les processus familiaux ont davantage d'influence que les facteurs liés à l'abus. Ce constat rejoint les idées de Claussen et Crittenden (1991). Ceux-ci proposent que le dysfonctionnement familial ou l'environnement de maltraitance, et non les activités sexuellement abusives en elles-mêmes, soit la source du traumatisme chez la plupart des enfants VAS. Ce constat met en lumière d'autres aspects que l'AS elle-même. Cette proposition met l'accent sur l'environnement de l'enfant qui peut être empreint de maltraitance.

4. La présente étude

L'AS est une problématique à ne pas sous-estimer étant donné les nombreuses conséquences qu'elle engendre. Avec le trouble de stress post-traumatique, les CSP figurent parmi les conséquences les plus fréquemment associées à l'AS (Kendall-Tackett et al., 1993). Les auteurs s'intéressent donc au lien existant entre les enfants VAS et les enfants adoptant des CSP (Drach et al., 2001; Friedrich, 1993; Friedrich et al., 2001, 1992; Kendall-Tackett et al., 1993; Lindblad et al., 1995; Sandnabba et al., 2003; Wherry et al., 1996). D'ailleurs, quelques études soulignent que les enfants ayant subi une AS et les enfants manifestant des CSP partagent des caractéristiques et des besoins communs (Boisvert, 2016; Boisvert et al., 2015; Sawyer & Hansen, 2014; Silovsky & Niec, 2002). Malgré ces constats, ce ne sont pas tous les enfants VAS qui développeront des CSP

(Hébert, Tremblay, et al., 2006b; Kendall-Tackett et al., 1993). Plusieurs auteurs ont donc persisté à les étudier distinctement. Pourtant, les enfants des deux groupes se trouvent dans des situations sexuelles, certains comme victimes et d'autres comme initiateurs aux comportements sexuels. Ils partagent non seulement des besoins communs, mais aussi un environnement familial similaire. De plus en plus, les chercheurs s'intéressent aux différentes formes de victimisation pour expliquer les CSP (Lussier et al., 2019). Il est donc pertinent de prendre en compte plusieurs événements de victimisation conjointement pour mieux comprendre l'émergence des CSP. Il est alors question de comprendre l'association entre l'accumulation ou la cooccurrence des victimisations chez les enfants VAS et le développement de CSP. L'AS demeure la forme de victimisation la plus étudiée en association avec les CSP. Par ailleurs, les recherches font la démonstration que les VAS sont particulièrement susceptibles de subir d'autres formes de maltraitance (Friedrich, 1998; Paolucci et al., 2001; Hébert et al., 2018; Hébert et al., 2011). Ainsi, il s'avère souvent difficile de distinguer les répercussions associées à l'AS de celles associées à d'autres formes de victimisations vécues antérieurement ou au même moment.

Dans le but de mieux comprendre ce qui contribue à l'émergence de CSP, l'objectif principal de ce mémoire est d'identifier des caractéristiques qui distinguent les enfants VAS qui présentent des CSP comparativement à ceux qui n'en ont pas. L'étude vise à identifier les facteurs, plus particulièrement ceux liés à la victimisation de l'enfant et certains facteurs d'adversité, qui se manifestent de façon distincte chez les enfants qui développent des CSP. Nous apportons donc le questionnement suivant : quels facteurs sont associés au développement des CSP chez les enfants VAS? Selon les études menées à ce jour, qui mettent en lumière les multiples expériences de victimisation chez plusieurs enfants qui présentent des CSP, nous émettons l'hypothèse principale que la cooccurrence de maltraitance, notamment le fait d'avoir vécu plus d'une forme de maltraitance (agression sexuelle, abus physique, négligence, abus psychologique et exposition à la VC), est liée à la présence des CSP chez les enfants VAS. Selon ces études, plus un enfant a vécu différentes formes de maltraitance (ou victimisations), plus il est susceptible de présenter des CSP. Les processus qui expliquent cette association demeurent à explorer davantage en recherche (Finkelhor et al., 2007), mais il semble que plus la violence se

présente sous différentes formes et dans différents contextes, moins l'environnement est prévisible pour l'enfant et peut donc devenir anxiogène. Cela pourrait expliquer l'émergence de comportements extériorisés, en réponse à un environnement auquel il est difficile de s'adapter (Collin-Vézina et al., 2018).

Pour répondre à la limite identifiée, c'est-à-dire prendre en compte la cooccurrence de plusieurs victimisations et facteurs d'adversité plutôt que seulement la victimisation sexuelle, le cadre théorique appliqué pour la présente étude est de type écologique, ce dernier permettant de prendre en compte plusieurs facteurs liés aux CSP. Cette recherche s'appuie sur le modèle étiologique inspiré des travaux de Friedrich et proposé par Boisvert (2016) pour évaluer la présence de CSP auprès d'un échantillon d'enfants âgés de 6 à 14 ans recevant des services au Centre d'expertise Marie-Vincent. Ce modèle explicatif met l'emphase sur les événements stressants vécus par l'enfant ainsi que sur le rôle parental, d'où l'importance de considérer la maltraitance vécue par l'enfant. Afin de distinguer les enfants VAS qui présentent des CSP de ceux qui n'en présentent pas, nous nous intéressons donc à certains facteurs du modèle de Boisvert (2016) pour lesquels il est possible de dériver des variables mesurées auprès des enfants ayant participé à l'étude. Ces facteurs sont, entre autres, liés aux caractéristiques sociodémographiques de l'enfant et sa famille (âge, sexe, type de famille, etc.), aux caractéristiques individuelles de l'enfant (comportements intériorisés et extériorisés, dissociation, dépression, etc.) et à certains stressseurs affectant la capacité parentale (violence intergénérationnelle, stress général et stress lié au dévoilement de l'AS vécue par l'enfant). Le volet concernant les pratiques parentales coercitives est étudié sous l'angle des victimisations vécues par l'enfant (abus physique et psychologique, négligence, exposition à la VC, autre agression sexuelle), mais aussi par des expériences de vie adverses qui peuvent en découler (dossier actif en vertu de la LPJ, placement de l'enfant). Ensuite, le volet du modèle de Boisvert (2016), qui réfère à la perturbation du développement psychosexuel, est analysé selon l'adoption ou non des CSP par les enfants (variable dépendante), mais aussi par certaines caractéristiques associées à l'AS vécue par l'enfant (gravité de l'AS, durée de l'AS). La dimension de l'attachement ne sera pas à l'étude, puisque qu'aucune donnée ne permettait de l'évaluer. Cette dimension sera remplacée par la perception du soutien reçu par l'enfant à la suite de

l'AS (soutien général et soutien maternel). Ce cadre théorique permet non seulement d'étudier la victimisation multiple, mais aussi les autres facteurs identifiés dans la littérature scientifique. Les deux objectifs suivants sont donc visés :

1. Comparer les enfants VAS qui présentent des CSP de ceux qui n'en présentent pas en considérant les dimensions suivantes: a) les caractéristiques sociodémographiques de l'enfant et sa famille, b) les caractéristiques individuelles de l'enfant, c) les facteurs de stress affectant la capacité parentale, d) les caractéristiques de l'AS e) les victimisations et expériences de vie adverses vécues par l'enfant et f) la perception du soutien reçu par l'enfant.
2. Identifier parmi l'ensemble des facteurs/dimensions à l'étude, ceux qui augmentent la probabilité qu'un enfant VAS présente des CSP.

Ces objectifs permettront d'évaluer si la cooccurrence de la maltraitance est associée à la présence des CSP chez les enfants VAS.

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

Participants

L'étude comprend un échantillon d'enfants ayant subi une victimisation, soit l'AS. L'échantillon étudié est un groupe clinique d'enfants suivis au Centre d'expertise en agression sexuelle Marie-Vincent (CEASMV) ayant complété une évaluation et un traitement. Les données ont été récoltées de 2007 à 2016. Au total, les données de 427 enfants ont été colligées. Cependant, seuls les enfants dont l'AS était fondée en vertu de la *Loi de la Protection de la Jeunesse* ont été retenus pour la présente étude. Ainsi, les enfants ayant reçu des services pour victimisation sexuelle, mais pour lesquels celle-ci était probable ou non fondée, n'ont pas été retenus pour la présente étude. Également, l'échantillon original comportait cinquante enfants âgés de 5 ans et moins. Étant donné que les outils cliniques administrés pour ce groupe d'âge ne sont pas les mêmes que ceux pour les 6 ans et plus, les enfants d'âge préscolaire de l'échantillon ont été retirés de l'étude. Les enfants sont donc âgés entre 6 et 14 ans. Une trentaine d'enfants ont plus de 12 ans, mais leurs données ont été préservées étant donné que leur demande de service a été effectuée à l'âge de 12 ans.

Description de l'échantillon

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon. Celui-ci est composé en majorité de filles (67,7 %) et la moyenne d'âge est de 9 ans (écart-type 2,182). La majorité des enfants sont au primaire (88,3 %). La moitié de l'échantillon présente un trouble diagnostiqué. 23,2 % des enfants ont reçu un diagnostic de trouble de déficit de l'attention et comportement perturbateur. Dans le cadre de l'étude, 91 % des enfants sont accompagnés par une femme. Dans 81,3 % des cas, le répondant est un parent biologique, mais de ce pourcentage, le père représente 7,5 %. À cet effet, il y a plusieurs données manquantes concernant l'âge, l'occupation et la scolarité du père (entre 95 et 108 données manquantes pour chaque variable). Il est possible alors que le répondant n'était pas en mesure de répondre aux questions concernant l'âge, l'occupation et la scolarité du père. La famille monoparentale est la cellule familiale la plus représentée (39 %). La majorité de l'échantillon provient d'une famille ayant 2 ou 3 enfants, incluant l'enfant à

l'étude (53,3 %). Quant au revenu annuel brut, l'échantillon provient autant d'une classe plus aisée que d'une classe moins fortunée. Toutefois, un peu plus de la moitié des enfants proviennent d'une famille ayant un revenu annuel de 39 999 \$ et moins (54,5 %). Les mères ont en moyenne 38 ans (écart-type 7,7). Plusieurs d'entre elles sont sans emploi (45,9 %). D'autres ont réussi leurs études secondaires (36,5 %) ou bien leurs études collégiales (37,8 %).

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (N = 372)

Enfant	%	Accompagnateur	%
Âge (M/E-T)	9.4 (2.2)	Sexe (femme)	91.1
Sexe (garçon)	32.3	Lien du répondant	-
Trouble diagnostiqué	-	Parent biologique	80.9
Déficience intellectuelle	2.4	Mère	73.4
Trouble de l'apprentissage	9.7	Père	7.5
Trouble des habiletés motrices	1.1	Professionnel	2.7
Trouble de la communication	7.8	Parent d'accueil	11.0
Trouble envahissant du développement	0.5	Tuteur légal	0.5
Déficit de l'attention, comportement perturbateur	22.8	Famille (élargie)	3.8
Tics	0.8	Conjoint du parent	0.8
Autre	5.4		
Niveau scolaire	-		
Primaire	88.7		
Secondaire	9.4		
Autre	1.3		
Famille	%		%
Type de famille	-	Âge de la mère (M/E-T)	38.5 (7.7)
Famille d'origine	16.7	Occupation de la mère	-
Famille monoparentale	39.0	Aux études	9.7
Famille recomposée	23.1	Emploi rémunéré	37.9
Famille d'accueil/Autre	21.0	Sans emploi	46.5
Nombre d'enfants dans la famille	-	Autre	2.2
1 enfant	12.4	Niveau de scolarité de la mère	-
2 enfants	29.6	Études primaires	3.0
3 enfants	23.7	Études secondaires	36.8
4 enfants	17.7	Études collégiales	37.1
5 enfants et plus	16.3	Études universitaires	17.5
Revenu annuel brut	-	Âge du père (M/E-T)	41.6 (8.5)
19 999\$ et moins	29.0	Occupation du père	-
20 000\$ à 39 999\$	25.5	Aux études	3.8
40 000\$ à 59 999\$	19.4	Emploi rémunéré	50.8
60 000\$ et plus	19.9	Sans emploi	14.0
		Autre	2.7
		Niveau de scolarité du père	-
		Études primaires	4.6
		Études secondaires	31.7
		Études collégiales	19.4
		Études universitaires	15.4

Procédure

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'un projet plus large mené par Martine Hébert et Isabelle V. Daignault. Les enfants recrutés ont tous reçu une évaluation au Centre Marie-Vincent. Les enfants et leurs parents (ou bien répondants) ont été vus à une reprise, lors de l'évaluation initiale avant de débiter la thérapie. Un formulaire de consentement devait être signé par le parent avant de commencer la collecte de données (voir annexe 1). Il était alors expliqué que leur participation était volontaire. Il a aussi été précisé aux participants qu'ils n'avaient aucune obligation à répondre aux questions et qu'en tout temps, ils pouvaient mettre fin à leur participation à la recherche.

Pour la présente étude, des analyses secondaires ont été effectuées. L'échantillon sélectionné comprend 372 enfants qui sont âgés de 6 ans à 14 ans. Le devis de cette étude est transversal, puisque les données prises pour les analyses ont été recueillies au même temps de mesure afin de comparer les groupes. Plusieurs sources d'information sont utilisées, entre autres, l'enfant et sa famille.

Le projet de recherche a reçu l'approbation éthique par le comité d'éthique de la recherche – Société et Culture (CERSC) de l'Université de Montréal (CERAS-2016-17-284-D) (voir l'annexe 2 pour la copie du certificat d'approbation éthique).

Instruments de mesure

Questionnaires complétés par les parents

Caractéristiques sociodémographiques. Le *questionnaire des renseignements généraux* comptait plusieurs questions permettant de faire le portrait de la situation sociodémographique de l'enfant et sa famille. Les variables sociodémographiques retenues pour le mémoire sont le sexe de l'enfant, l'âge de l'enfant, la composition familiale, le revenu annuel du ménage, l'âge de la mère, l'occupation de la mère ainsi que la scolarité de la mère.

D'autres variables permettant de considérer la situation de l'enfant et de sa famille ont été retenues. Ces variables sont la médication de l'enfant, le dossier actif en vertu de la LPJ, le placement de l'enfant. La variable médication a été retenue, puisque celle-ci indique que l'enfant présente certaines difficultés assez importantes nécessitant un traitement. La variable médication comprend entre autres des stimulants (concerta, ritalin, bifantin) et autres pour le TDAH, des antipsychotiques, des prescriptions d'antibiotiques, des produits naturels, des antidépresseurs et autres. Les stimulants sont prescrits à 65% des enfants qui reçoivent une médication. Cette variable a été recodée afin de modifier toutes les données manquantes en non (DM = 0/Non).

La variable concernant le dossier ouvert en vertu de la LPJ est pertinente à considérer compte tenu de notre sujet de recherche, plus précisément les sources de stress dont l'enfant peut vivre. Cette variable a été sélectionnée puisqu'elle peut indiquer la présence de certaines problématiques au sein de la famille. Elle indique si l'enfant a un dossier en vertu de la LPJ, à son arrivée à Marie-Vincent (toute catégorie confondue que le dossier soit à l'évaluation ou bien à l'application des mesures). Toutefois, nous n'avons pas accès aux motifs de compromission, nous n'avons donc pas cette précision. Cette variable a été recodée afin de modifier toutes les données manquantes en non (DM = 0/Non).

La variable placement permet aussi de prendre en compte une situation de stress chez l'enfant. Cette variable nous indique si l'enfant est placé à son arrivée à Marie-Vincent. Nous avons peu d'information sur le placement (durée, raison). Il n'était donc pas précisé si l'enfant a été placé à la suite des CSP. La variable a été recodée afin de modifier les données manquantes en non (DM = 0/Non).

Comportements sexuels inappropriés et problématiques. Les informations contenues dans les dossiers cliniques des enfants concernant les comportements sexuels des enfants ont été récoltées dans les dossiers cliniques, à travers les notes évolutives des cliniciennes. Celles-ci ont utilisé une adaptation des outils Child Sexual Behaviour Inventory (CSBI) et Child Sexual Behaviour Checklist (CBSBL) pour déterminer si l'enfant avait besoin d'intervention pour des CSP. Le CSBI et CBSBL sont deux outils de mesure pour l'évaluation psychosexuelle. Ces outils permettent notamment d'évaluer les

CSP, les problèmes sexuels et les préoccupations sexuelles (Child Welfare Training Institute, 2006). C'est donc à partir d'une grille standardisée des deux outils que la clinicienne jugeait 1) qu'un enfant avait besoin d'une thérapie spécialisée orientée vers les comportements sexuels ou bien 2) qu'une portion de la thérapie pour VAS visait à réduire ou à aborder les comportements sexuels qu'il présentait. Tous les types de comportements sexuels adoptés par les enfants ont été pris en compte. Ce faisant, les cliniciennes ont jugé que les comportements sexuels inadéquats (CSI) étaient davantage liés à une réaction de l'enfant en raison du trauma vécu (AS). Les CSP réfèrent à une forme plus grave, chronique et intrusive. Il a donc été convenu qu'il était question de CSI, lorsque l'enfant ne nécessitait pas de thérapie pour ses comportements sexuels (83 enfants dans ce groupe), et qu'il était question de CSP, lorsqu'une thérapie était nécessaire pour traiter les comportements sexuels (61 enfants dans ce groupe). Si les notes évolutives n'abordaient pas de comportements sexuels, l'enfant était considéré comme ayant ni de CSI ni de CSP (228 enfants dans ce groupe). La distinction entre CSI et CSP a été prise en compte seulement pour des analyses exploratoires (analyses de comparaison avec trois groupes). Les analyses visant à répondre aux objectifs du mémoire ont été effectuées avec deux groupes, les enfants VAS/CSI et les enfants VAS/CSP ont donc été jumelés (144 enfants). Ce faisant, le terme ne sera pas utilisé dans le mémoire puisqu'il a été convenu de jumeler les groupes CSI et CSP.

Problèmes de comportement de l'enfant. Le *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) est un questionnaire complété par le parent afin d'évaluer les problèmes de comportement de l'enfant. Le parent indique pour chaque énoncé si cela correspond au comportement de l'enfant depuis les deux derniers mois (0 = pas vrai, 1 = parfois vrai, 2 = toujours vrai). L'outil comprend plusieurs sous-échelles permettant d'évaluer divers problèmes de comportement chez l'enfant. Les scores T (0-100) des deux sous-échelles problèmes extériorisés et problèmes intériorisés ont été utilisés. Un score T de 65 et plus indique que l'enfant présente un problème clinique. Les échelles ont démontré une bonne consistance interne (alphas de Cronbach respectivement 0,92 et 0,85). Le questionnaire démontre une bonne fidélité avec des alphas de Cronbach de 0,92 et 0,89

pour les sous-échelles respectives problèmes extériorisés et problèmes intériorisés (Roskam, 2016). La validité de ce questionnaire a aussi été démontrée (Roskam, 2016).

Dissociation de l'enfant. Une version francophone du *Child Dissociative Checklist* (CDC; Putnam et al., 1993) adaptée par Hébert et Parent (2000 dans Elmi et al., 2018) permet d'évaluer le niveau de dissociation de l'enfant selon le parent. Le questionnaire comprend 20 items. Le parent doit indiquer si l'énoncé ne s'applique pas, s'applique un peu ou bien s'il s'applique tout à fait. Le score varie de 0 à 40. Le score clinique (0-1) a été utilisé pour les analyses. Celui-ci indiquait s'il y avait présence de dissociation chez l'enfant lorsque le score était entre 12 et 40. La validité et la fidélité de ce questionnaires ont été démontrées (Putnam & Peterson, 1994). L'alpha de Cronbach obtenu pour l'étude est de 0,82.

Sources de stress du parent. Le *Source of Stress Inventory* (SSI; Chandler, 1981) et le *Life Events Checklist* (Gray et al., 2004) ont été utilisés afin d'évaluer la présence de plusieurs événements stressants dans le passé. Le questionnaire compte 16 items. Les scores, qui étaient préalablement sur trois niveaux (pas vécu, pas ou peu stressé, très stressé), ont été recodés de façon qu'ils deviennent dichotomiques (pas vécu / vécu) (score total 0-32). De plus, l'outil compte 9 autres items concernant le stress vécu à la suite du dévoilement de l'AS de l'enfant (score total 0-18). Les alphas de Cronbach obtenus sont respectivement 0,47 et 0,77 pour le stress général et le stress lié au dévoilement.

Historique de victimisation du parent. Dans le cadre de la présente étude, les parents ont été questionnés, en entrevue semi-structurée, sur leurs expérience d'AS et d'exposition à la violence. Une échelle a été créée à partir de quatre questions posées aux parents concernant des situations qu'ils ont vécu durant l'enfance. Le parent devait répondre par oui ou non pour chacun des 4 énoncés suivants : Au cours de votre enfance, avez-vous déjà vécu une situation d'AS? Avez-vous déjà vu votre mère/père briser un objet par excès appartenant à son partenaire, le critiquer méchamment sur son apparence physique ou le menacer de le frapper ou de lui lancer un objet? Avez-vous déjà vu votre parent pousser, secouer, frapper ou lancer quelque chose à son partenaire? Avez-vous déjà

vu votre parent donner un coup de pied, un coup de poing ou battre son partenaire? L'alpha de Cronbach obtenu pour cette échelle est de 0,67, ce qui est acceptable. Cette échelle a ensuite été recodée pour la rendre dichotomique (0 = aucune violence intergénérationnelle vécue, 1 = violence intergénérationnelle vécue) afin de regrouper tous les parents ayant vécu au moins une forme de victimisation, ensemble.

Questionnaires complétés par l'enfant

Dépression de l'enfant. Le *Children's Depression Inventory* (CDI ; Kovacs, 1985) permet de mesurer les symptômes de dépression chez l'enfant. La version canadienne-française (Saint-Laurent, 1990) abrégée a été utilisée pour la présente étude. Les propriétés psychométriques de l'outil sont acceptables (Saint-Laurent, 1990). L'enfant doit remplir un questionnaire qui contient dix énoncés où il doit indiquer si ceux-ci lui correspondent de temps en temps, souvent, ou bien tout le temps, selon son état au cours des deux dernières semaines. Le score varie entre 0 et 20. Le score clinique est dérivé des rangs centiles attribués selon l'âge et le sexe des enfants. L'enfant obtenait un score clinique lorsqu'il obtenait un rang centile de 92 et plus. L'alpha de Cronbach obtenu dans la présente étude est de 0,74.

Trauma de l'enfant et soutien perçu par l'enfant. Le *Children's Impact of Traumatic Events Scale II* (CITES-II ; Wolfe, 2002 dans Daignault et al., 2017) est un questionnaire clinique mesurant la présence de symptômes de stress post-traumatique, le sentiment de culpabilité et la perception du soutien reçu. La version canadienne-française de Hébert (2006 dans Daignault et al., 2017), composée de 46 items, a été utilisée dans le cadre de cette étude. Ce questionnaire a été testé, démontrant ainsi sa fiabilité et sa validité (Wolfe, 2007). La cohérence interne obtenue, à partir de nos données, est de 0,93. Un score clinique (0= non clinique; 1= clinique) a été créé pour chaque symptôme de stress post-traumatique (intrusion, évitement, altérations des cognitions et de l'humeur, modifications de l'état d'éveil et de la réactivité). Lorsque les quatre critères étaient présents, l'enfant était considéré comme ayant un score clinique de symptômes de stress post-traumatique. Les sous-échelles de soutien général et de soutien maternel en lien avec l'AS vécue sont constitués de 6 items supplémentaires. L'enfant doit répondre si chacun des items est faux,

un peu vrai ou très vrai concernant sa situation. Plus le score soutien est élevé, plus l'enfant perçoit qu'il a reçu du soutien. La fiabilité obtenue pour ces 6 items est de 0,63, alors que l'étude de Chaffin & Shultz (2001) obtient un alpha de 0,73.

Anxiété de l'enfant. Composé de 11 items, le *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS ; Reynolds et Richmond, 1985 dans Daignault et al., 2017) a été utilisé pour évaluer le niveau d'anxiété rapporté par l'enfant. La version francophone de Hébert et Parent (1999 dans Daignault et al., 2017) a été utilisée pour cette étude. L'enfant devait répondre vrai ou faux pour chaque item. Le score varie de 0 à 11. Le score clinique a été utilisé. Celui-ci est dérivé du score de rang centile obtenu selon l'âge et le sexe des enfants. Lorsque l'enfant obtenait un rang centile de 85 et plus, il était considéré comme ayant un score clinique. La validité et la fidélité de ce questionnaire ont été démontrées (Turgeon & Chartrand, 2003). Pour la présente étude, l'alpha de Cronbach est de 0,81.

Estime de soi de l'enfant. Le *Self-Perception Profile for Children* (SPPC ; Harter, 1985 ; version révisée [2012] et francophone de Hébert et Parent [1995] dans Daignault et al., 2017) évalue le niveau d'estime de soi des enfants. Le questionnaire est composé de six items, dont 2 scénarios pour chacun. L'enfant doit alors indiquer lequel des deux énoncés le représente le plus. Ensuite, il doit indiquer si cet énoncé est « un peu comme lui » ou « tout à fait comme lui ». Le score total est une moyenne des 6 items. Un score élevé indique que l'enfant a une estime de soi élevée. Les consistances internes obtenues pour les versions originale et française sont respectivement de 0,78 à 0,87 et de 0,67 à 0,74 (Boivin et al., 1992; Harter, 2012). La consistance interne obtenue pour le présent mémoire est de 0,74.

Stratégies d'adaptation de l'enfant. Le *Self-Report Coping Style* (Causey & Dubow, 1992) est une échelle qui évalue les stratégies d'adaptation et d'évitement de l'enfant. Pour chacun des 20 items, l'enfant doit indiquer si cela ne s'applique jamais à lui, presque jamais à lui, quelques fois à lui, la plupart du temps à lui ou bien toujours à lui. Le score varie alors de 0 à 20. Deux grandes sous-échelles ont été utilisées, soit celles des stratégies d'extériorisation (par exemple : je m'en prends aux autres parce que je me sens

triste ou fâché, je crie pour me défouler, je sacre tout haut, je me fâche et lance ou frappe quelque chose) et des stratégies d'intériorisation (par exemple : je reste tout seul dans mon coin, je deviens tellement troublé que je ne peux pas parler à personne, je m'en fais trop avec ça, je pleure à cause de ça, j'ai juste de la peine pour moi-même, je m'inquiète que les autres pensent du mal de moi, je me fâche contre moi-même d'avoir fait quelque chose que je n'aurais pas dû faire). Dans le cadre de la présente étude, les alphas de Cronbach obtenus de 0,65 pour l'échelle stratégies d'extériorisation et de 0,64 pour stratégies d'intériorisation indiquent que la cohérence interne pour ces sous-échelles est acceptable, car elle est légèrement inférieure au seuil de 0,70.

Questionnaires complétés par l'enfant et le parent

Victimisation de l'enfant. Le *Kiddie-SADS-Present and Lifetime Version* (K-SADS, Kaufman et al., 1997) a été utilisé pour répertorier les diverses formes de victimisation vécues par l'enfant. Ce questionnaire permettait d'évaluer la présence ou l'absence d'une expérience de victimisation quelconque. Des scores dichotomiques indiquaient si l'enfant avait vécu, ou non, une forme de victimisation, autre que pour celle pour laquelle il consultait. Ce questionnaire démontre une bonne validité ainsi qu'une bonne fidélité (Ambrosini, 2000; Kaufman et al., 1997). L'alpha de Cronbach obtenu pour l'échelle victimisation est de 0,71.

À partir de cet outil, les variables maltraitance et polyvictimisation ont été créées. La variable maltraitance est continue et répertorie toutes les victimisations vécues par les enfants (0-5; abus psychologique, abus physique, négligence, exposition à la VC, AS). La variable polyvictimisation est une variable dichotomique qui a été créée à partir de la variable maltraitance. Ainsi, les enfants ayant vécu 4 formes ou plus de victimisation sont considérés polyvictimes (0-1).

L'adaptation (Parent & Hébert, 1995 dans Hébert et al., 2006a) du questionnaire History Victimization Form (HVF - Wolfe, Gentile, & Bourdreau, 1987 dans Hébert et al., 2006a) a été utilisée pour tenir compte de certaines caractéristiques de l'AS vécue par l'enfant. Les variables gravité de l'AS, durée de l'AS et AS intrafamiliale ont été

sélectionnées pour les analyses. La variable gravité de l'AS est ordinaire et compte trois niveaux : AS moins grave, AS grave et AS très grave (classification de Russel, 1983). La variable durée de l'AS est ordinaire et compte trois niveaux : épisode unique, quelques événements, répétitif/chronique. Puis, la variable AS intrafamiliale est une variable dichotomique. Pour que l'AS soit considérée comme intrafamiliale, l'agresseur doit être de la famille immédiate (parents fratrie) ou bien de la famille élargie (oncle, tante, beau-parent).

Stratégie d'analyse

Compte tenu de la variabilité des profils d'enfants ayant des CSP, des analyses exploratoires de chi-carré, d'ANOVA et de Kruskal-Wallis ont été effectuées afin de comparer trois groupes d'enfants, soit les enfants VAS sans aucun CSI/CSP, les enfants VAS/CSI et les enfants VAS/CSP. Bien que cette méthode augmente le risque d'erreur de type 1, ces analyses de comparaison avaient pour but de vérifier si ces groupes se distinguent en fonction des différentes variables à l'étude. Les analyses ont révélé que les enfants VAS/CSI et les enfants VAS/CSP obtenaient des résultats similaires; suggérant qu'ils ne constituent pas des profils d'enfants distincts. Il a donc été convenu, pour répondre aux objectifs de ce mémoire, d'effectuer les analyses à partir de deux groupes d'enfants, soit les enfants VAS sans aucun CSI/CSP et les enfants VAS qui présentent des CSI/CSP. Les résultats de ces des analyses préliminaires sont présentés en annexe 3 et 4.

Afin de répondre à l'objectif de ce mémoire, soit d'identifier les facteurs qui distinguent les enfants VAS qui présentent des CSP de ceux qui n'en présentent pas, des tests de chi-carré (pour les variables nominales) et de ANOVA (pour les variables continues) ainsi que des tests non paramétriques U Mann-de-Withney (pour les variables ayant une distribution non normale : nombre d'enfants dans la famille, estime de soi et perception du soutien maternel reçu à la suite de l'AS) ont été réalisés à partir de la variable dépendante (VD) à deux niveaux. Ces analyses bivariées avaient pour de comparer les enfants VAS qui présentent des CSP à ceux qui n'en présentent et d'identifier parmi

l'ensemble des facteurs considérés ceux qui sont pertinents à intégrer dans le modèle d'analyse multivariable pour ensuite les intégrer à la régression logistique hiérarchique. Ensuite, afin d'éviter la multicolinéarité dans la régression, une sélection des variables indépendantes liées aux CSP a été effectuée. Les variables abus psychologiques, exposition à la VC et polyvictimisation (4 victimisations ou plus) ont été considérées sous l'angle d'un score compilé, qui est la variable continue maltraitance, puisque celle-ci tient compte de chaque victimisation vécue. La variable dossier actif en vertu de la LPJ a été mise de côté, tout en maintenant la variable placement en vertu de la LPJ (le dossier actif étant nécessaire pour qu'il y ait un placement). Puis, la variable stratégies d'adaptation extériorisées a été mise de côté afin de considérer uniquement la variables problèmes extériorisés de l'outil CBCL, une variable davantage utilisée dans la littérature scientifique.

La régression logistique hiérarchique avait pour but d'évaluer l'apport des variables, soumises à partir de différents blocs, selon une logique temporelle (passé-présent) suivant le modèle écologique (facteurs externes à l'enfant, facteurs internes à l'enfant). D'abord, les variables sociodémographiques ont été isolées, ainsi le premier bloc regroupait les caractéristiques de l'enfant (sexe, occupation de la mère et nombre d'enfants dans la famille). Ensuite, les facteurs du passé et externes à l'enfant ont été regroupés. Le deuxième bloc comprenait donc la variable liée à l'AS (gravité de l'AS). Le troisième bloc incluait les variables concernant les victimisations autres que l'AS ainsi que les situations adverses vécues par l'enfant (maltraitance, placement). Le quatrième bloc comprenait un facteur compensatoire, soit le soutien social. Par la suite, les facteurs internes liés à l'enfant et liés au présent ont été intégrés dans le cinquième bloc répertoriant les variables concernant la santé mentale de l'enfant (dissociation, comportements extériorisés, dépression, anxiété, médication et estime de soi). Cette analyse a permis de tester notre hypothèse, à savoir : la cooccurrence de la maltraitance est liée à la présence de CSP chez les enfants VAS.

Les analyses ont été effectuées à partir du logiciel IBM SPSS Statistics 25 (IBM Corp, 2017).

La sélection des variables à l'étude est présentée dans le tableau 2 ci-dessous. Le choix des variables indépendantes a été effectué, notamment en prenant compte des différentes composantes du modèle de Boisvert (2016) ainsi que des variables disponibles dans la base de données.

Tableau 2. *Caractéristiques des variables à l'étude*

DIMENSIONS	VARIABLES	É	N	M(E-T)	As./Ap.
VD	CSIP	0-2	372	0.55(0.76)	0.96/-0.61
	CSIPdic	0-1	372	0.39(0.49)	0.47/-1.79
Caractéristiques sociodémographiques de l'enfant et sa famille	Sexe	1-2	372	1.32 (0.47)	0.76/-1.43
	Âge	6-14	372	9.35(2.18)	0.17/-0.90
	Type de famille	1-4	371	2.49(1.00)	0.170/-1.06
	Nombre d'enfants dans la famille	1-12	371	3.18(1.78)	1.53/3.72
	Revenu annuel	1-4	349	2.32(1.13)	0.25/-1.32
	Âge de la mère	23-67	354	38.47(7.67)	0.82/0.69
	Occupation de la mère	1-4	358	2.43(0.70)	-0.43/0.42
	Scolarité de la mère	1-5	351	2.76(0.86)	0.48/-0.09
Caractéristiques individuelles de l'enfant	Comportements extériorisés	33-90	363	62.95(10.46)	-0.30/-0.06
	Comportements intériorisés	33-85	363	62.07(10.51)	-0.48/0.11
	Dissociation	0-1	365	0.25(0.44)	1.13/-0.73
	Dépression	0-1	353	0.14(0.35)	2.03/2.14
	Anxiété	2-99	353	50.42(30.74)	-0.01/-1.34
	État de stress post-traumatique	0-1	350	0.37(0.48)	0.53/-1.72
	Stratégie d'extériorisation	4-20	333	8.00(3.85)	0.95/0.18
	Stratégie d'intériorisation	4-20	333	9.50(4.26)	0.43/-0.82
	Estime de soi	7-24	358	18.98(4.04)	-0.61/-0.46
	Médication	0-1	372	0.29(0.46)	0.91/-1.17
Stresseurs affectant la capacité parentale	Violence intergénérationnelle	0-1	372	0.53(0.50)	-0.13/-1.99
	Stress général	0-21	350	5.75(3.61)	0.81/1.22
	Stress dévoilement	0-16	347	6.23(2.82)	0.52/0.59
Victimisations et expériences de vie adverses	Abus physique	0-1	372	0.39(0.49)	0.45/-1.80
	Abus psychologique	0-1	372	0.40(0.49)	0.43/-1.82
	Négligence	0-1	372	0.29(0.46)	0.91/-1.17
	Exposition VC	0-1	372	0.49(0.50)	0.02/-2.01
	Autre AS	0-1	372	0.16(0.37)	1.82/1.33
	Polyvictimisation	0-1	372	0.34(0.47)	0.68/-1.54
	Maltraitance	0-5	372	1.74(1.57)	0.45/-1.01
	Dossier actif LPJ	0-1	372	0.56(0.50)	-0.26/-1.94
	Placement	0-1	372	0.22(0.41)	1.37/-0.12
Perturbation du développement	Gravité de l'AS	1-3	364	2.59(0.63)	-1.28/0.50
	Durée de l'AS	1-3	352	2.17(0.76)	-0.30/-1.22
	Agression intrafamiliale	0-1	366	0.71(0.45)	-0.93/-1.14
Soutien perçu par l'enfant à la suite de l'AS	Soutien maternel	0-6	338	5.36(1.34)	-2.41/5.37
	Soutien général	0-6	345	4.24(1.66)	-0.77/-0.14

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

Évaluation des facteurs liés aux CSP

Afin de répondre au premier objectif de l'étude, soit de comparer les enfants VAS qui présentent des CSP de ceux qui n'en présentent pas, des analyses bivariées (chi-carré, anova et U de Mann-Whitney) ont été effectuées en considérant les dimensions suivantes: a) les caractéristiques sociodémographiques de l'enfant et sa famille, b) les caractéristiques individuelles de l'enfant, c) les facteurs de stress affectant la capacité parentale, d) les caractéristiques de l'AS e) les victimisations et expériences de vie adverses vécues par l'enfant et f) la perception du soutien reçu par l'enfant,. Le tableau 3 présente les résultats des analyses bivariées entre la variable dépendante (CSP) et les variables sociodémographiques de l'enfant et sa famille. Parmi tous les résultats obtenus, les variables sexe de l'enfant et occupation de la mère se sont avérées significatives.

Une différence statistiquement significative est observée entre les groupes pour la variable sexe de l'enfant ($\chi^2=21,9$; ddl=1; $p=0,000$). L'échantillon compte davantage de filles (67,7%), elles sont donc en majorité dans chacun des groupes (aucun CSP 75,9%; CSP 54,9%). Cependant, le groupe d'enfants VAS manifestant des CSP compte davantage de garçons (aucun CSP 55; CSP 65). Une différence statistiquement significative est également observée pour la variable occupation de la mère. Cette différence est observée, entre les groupes, pour la catégorie emploi rémunéré. Pour le groupe VAS aucun CSP, 44,8% des mères ont un emploi rémunéré, alors que pour le groupe VAS/CSP, seulement 30,7% des mères ont un emploi rémunéré.

Tableau 3. Les caractéristiques sociodémographiques de l'enfant et sa famille selon la présence ou l'absence de CSP

	CHI-CARRÉ			x ²	ddl	p
	Échantillon (N=372)	Aucun CSP / (Rés. Ajus.) (N=228)	CSP / (Rés. Ajus.) (N=144) / (Res)			
Sexe de l'enfant				21,9	1	0,000
Fille	252 (67,7%)	173 (75,9%)	79 (54,9%)			
Garçon	120 (32,2%)	55 (24,1%)	65 (45,1%)			
Type de famille				13,9	3	0,067
Famille d'origine	62 (16,7%)	44 (19,4%) / (1,7)	18 (12,5%) / (-1,7)			
Famille monoparentale	145 (39,0%)	94 (41,4%) / (1,2)	51 (35,4%) / (-1,2)			
Famille recomposée	86 (23,1%)	49 (21,6%) / (-0,9)	37 (25,7%) / (0,9)			
Famille d'accueil et autres	78 (21,0%)	40 (17,6%) / (-2,0)	38 (26,4%) / (2,0)	10,5	1	0,043
Revenu annuel				9,3	3	0,385
19 999\$ et moins	108 (29,0%)	64 (29,4%) / (-0,8)	44 (33,6%) / (0,8)			
20 000\$ à 39 999\$	95 (25,5%)	62 (28,4%) / (0,7)	33 (25,2%) / (-0,7)			
40 000\$ à 59 999\$	72 (19,4%)	41 (18,8%) / (-1,1)	31 (23,7%) / (1,1)			
60 000\$ et plus	74 (19,9%)	51 (23,4%) (1,3)	23 (17,6%) / (-1,3)			
Occupation de la mère				15,5	3	0,035
Aux études	36 (9,7%)	19 (8,6%) / (-1,2)	17 (12,4%) / (1,2)			
Emploi rémunéré	141 (37,9%)	99 (44,8%) / (2,7)	42 (30,7%) / (-2,7)			
Sans emploi	173 (46,5%)	100 (45,2%) / (-1,5)	73 (53,3%) / (1,5)			
Autre occupation	8 (2,2%)	3 (1,4%) / (-1,4)	5 (3,6%) / (1,4)			
Scolarité de la mère				9,6	4	0,524
Études primaires	11 (3,0%)	7 (3,2%) / (0,1)	4 (3,1%) / (-0,1)			
Études secondaires	137 (36,8%)	79 (35,9%) / (-1,6)	58 (44,3%) / (1,6)			
Études collégiales	138 (37,1%)	93 (42,3%) / (1,5)	45 (34,4%) / (-1,5)			
Baccalauréat	54 (14,5%)	35 (15,9%) / (0,4)	19 (14,5%) / (-0,4)			
Maîtrise ou doctorat	11 (3,0%)	6 (2,7%) / (-0,6)	5 (3,8%) / (0,6)			
ONEWAY ANOVA						
		Moyenne (É-T)		F	ddl	p
Âge de l'enfant	9,4 (2,2)	9,4 (2,1)	9,3 (2,3)	0,196	1	0,658
Âge de la mère	38,5 (7,7)	38,6 (7,5)	38,3 (8,0)	0,063	1	0,802
U de Mann-Whitney						
	Médiane	Médiane	Médiane			p
Nombre d'enfants dans la famille	3,00	3,00	3,00			0,051

Note. Résultats en gras sont ceux où une différence significative est observée entre les groupes.

Note 1. Rés. Ajus. = Résidus ajustés. Résidus ajustés en gras sont ceux qui excèdent 1,96, une différence significative est alors constatée entre les groupes.

Le tableau 4 présente les résultats des analyses bivariées entre la variable dépendante (CSP) et les variables reliées aux caractéristiques de l'enfant, aux stressseurs affectant la capacité parentale, aux expériences de vie adverses, aux caractéristiques de l'AS et au soutien perçu par l'enfant. Parmi tous les résultats obtenus, les variables dissociation, dépression, médication, abus psychologique, exposition à la VC, polyvictimisation, dossier actif en vertu de la LPJ, placement, gravité de l'AS, comportements extériorisés, soutien général perçu à la suite de l'AS, anxiété, stratégies d'extériorisation, maltraitance et estime de soi, se sont toutes avérées significatives.

Concernant les caractéristiques de l'enfant, une différence statistiquement significative est observée entre les groupes pour la variable dissociation ($\chi^2=22,4$; ddl=1; $p=0,000$). Toute catégorie confondue, 25% des enfants VAS atteignent le seuil clinique de dissociation. On compte davantage d'enfants VAS atteignant un seuil clinique dans le groupe CSP (aucun CSP 40; CSP 53). Une différence statistiquement significative est aussi constatée entre les groupes pour la variable dépression ($\chi^2=11,3$; ddl=1; $p=0,034$). Bien que la majorité des enfants de chaque groupe n'atteignent pas le seuil clinique de dépression, le groupe VAS/CSP compte davantage d'enfants atteignant le seuil clinique (26/19,5%) en comparaison avec le groupe VAS aucun CSP (25/11,4%). Une différence statistiquement significative est observée entre les groupes pour la variable médication ($\chi^2=21,6$; ddl=1; $p=0,000$). Seulement 21,5% des enfants VAS du groupe aucun CSP prennent de la médication. Cette proportion augmente dans le groupe CSP, 41,7% des enfants VAS prennent de la médication. Une différence statistiquement significative est observée entre les groupes pour la variable comportements extériorisés ($F=21,3$; ddl=1; $p=0,000$). Le groupe VAS/CSP ($M=66,1$; $E-T=10,0$) obtient un score plus élevé, en moyenne, à l'échelle comportements extériorisés en comparaison avec le groupe aucun CSP ($M=61,0$; $E-T=10,3$). Les enfants VAS du groupe CSP présentent donc plus de comportements extériorisés que les enfants VAS du groupe aucun CSP. Une différence statistiquement significative est observée entre les groupes pour la variable stratégies d'extériorisation ($F=7,0$; ddl=1; $p=0,009$). Les enfants VAS présentant des CSP ($M=8,7$; $E-T=4,0$) obtiennent des scores plus élevés, en moyenne, en comparaison avec le groupe d'enfants VAS n'ayant aucun CSP ($M=7,6$; $E-T=3,7$). Les enfants VAS du groupe CSP

adoptent donc plus de stratégies d'extériorisation que le groupe aucun CSP. Une différence statistiquement significative est observée entre les groupes pour la variable anxiété ($F=10,4$; $ddl=1$; $p=0,037$). Les enfants VAS présentant des CSP ($M=57,8$; $E-T=31,0$) obtiennent des scores plus élevés, en moyenne, en comparaison avec le groupe d'enfants VAS n'ayant aucun CSP ($M=47,8$; $E-T=30,3$). Les enfants VAS du groupe CSP vivent donc plus d'anxiété que les enfants VAS ne présentant pas de CSP.

Une différence statistiquement significative est observée entre les groupes pour la variable estime de soi ($p=0,05$). La médiane du groupe d'enfants VAS aucun CSP se situe à 20, alors que celle du groupe d'enfants VAS ayant des CSP se situe à 19. Ce faisant, les enfants VAS ayant des CSP obtiennent des scores inférieurs à l'échelle estime de soi.

Parmi les variables relatives aux expériences de vie adverses, une différence statistiquement significative est observée entre les groupes, pour la variable abus psychologique ($x^2=10,3$; $ddl=1$; $p=0,048$). 35,5% des enfants du groupe VAS aucun CSP ont vécu de l'abus psychologique. Ce taux augmente pour le groupe d'enfants VAS/CSP, 45,8% d'entre eux ont vécu de l'abus psychologique. Une différence statistiquement significative est également observée pour la variable exposition à la VC ($x^2=14,1$; $ddl=1$; $p=0,007$). Le groupe d'enfants VAS aucun CSP est représenté par une majorité d'enfants n'ayant pas vécu de l'exposition à la VC (56,1%), alors que le groupe VAS/CSP est majoritairement composé d'enfants ayant vécu de l'exposition à la VC (58,3%). Une différence statistiquement significative est observée entre les groupes pour la variable polyvictimisation ($x^2=11,9$; $ddl=1$; $p=0,021$). Le groupe VAS n'ayant aucun CSP compte 29,4% des enfants ayant été exposés à la polyvictimisation. Cette proportion est significativement plus faible que celle pour le groupe VAS/CSP qui compte 41,0 % des enfants ayant été exposés à la polyvictimisation. Une différence statistiquement significative est observée entre les groupes pour la variable dossier actif LPJ ($x^2=11,9$; $ddl=1$; $p=0,021$). Une majorité du groupe d'enfants VAS/CSP a un dossier actif en vertu de la LPJ (63,9%). Cette proportion est significativement plus élevée que pour le groupe VAS qui ne présente pas de CSP (51,8 %). Une différence statistiquement significative est observée entre les groupes pour la variable placement ($x^2=14,2$; $ddl=1$; $p=0,006$). Les enfants VAS du groupe aucun CSP ayant vécu un placement sont minoritaires (17,7 %).

Cette proportion augmente significativement dans le groupe VAS/CSP (29,2 %). Une différence statistiquement significative entre les groupes est aussi observée pour la variable maltraitance ($F=7,8$; $ddl=1$; $p=0,006$). Les enfants n'ayant aucun CSP vivent moins d'événements de maltraitance ($M=1,6$; $E-T=1,5$) que le groupe CSP ($M=2,0$; $E-T=1,6$).

Parmi les variables concernant la perturbation du développement psychosexuel, une différence statistiquement significative est observée entre les groupes, seulement pour la variable gravité de l'AS ($\chi^2=14,1$; $ddl=2$; $p=0,027$). Les groupes se distinguent dans la catégorie très grave. Pour le groupe VAS aucun CSP, les enfants ayant vécu une AS très grave sont représentés par 61,8 %. Le groupe VAS/CSP est, quant à lui, représenté par 74,8% des enfants ayant vécu une AS très grave, ce qui est significativement plus élevé.

Une différence statistiquement significative est observée entre les groupes pour la variable soutien général perçu à la suite de l'AS ($F=4,4$; $ddl=1$; $p=0,001$). Les enfants VAS du groupe aucun CSP obtiennent un plus grand score ($M=4,5$; $E-T=1,6$), en moyenne, à l'échelle de soutien général perçu à la suite de l'AS en comparaison avec le groupe VAS/CSP ($M=3,9$; $E-T=1,8$). Ainsi, les enfants VAS n'ayant aucun CSP perçoivent recevoir davantage de soutien que les enfants VAS manifestant des CSP.

Tableau 4. Les caractéristiques de l'enfant, les stresseurs affectant la capacité parentale, les expériences de vie adverses, les caractéristiques de l'AS et le soutien perçu selon la présence ou l'absence de CSP

	CHI-CARRÉ			x ²	ddl	p
	Échantillon (N=372)	Aucun CSP (N=228)	CSP (N=144)			
Dissociation				22,4	1	0,000
Non clinique	272 (73,1%)	185 (82,2%)	87 (62,1%)			
Clinique	93 (25,0%)	40 (17,8%)	53 (37,9%)			
Dépression				11,3	1	0,034
Non clinique	302 (81,2%)	195 (88,6%)	107 (80,5%)			
Clinique	51 (13,7%)	25 (11,4%)	26 (19,5%)			
État de stress post-traumatique				2,4	1	0,653
Non clinique	220 (62,9%)	139 (63,8%)	81 (61,4%)			
Clinique	130 (37,1%)	79 (36,2%)	51 (38,6%)			
Médication				21,6	1	0,000
Non	263 (70,7%)	179 (78,5%)	84 (58,3%)			
Oui	109 (29,3%)	49 (21,5%)	60 (41,7%)			
Violence intergénérationnelle				4,8	1	0,353
Non vécue	174 (46,8%)	111 (48,7%)	63 (43,8%)			
Vécue	198 (53,2%)	117 (51,3%)	81 (56,3%)			
Abus physique				6,6	1	0,200
Non vécue	227 (61,0%)	145 (63,6%)	82 (56,9%)			
Vécue	145 (39,0%)	83 (36,4%)	62 (43,1%)			
Abus psychologique				10,3	1	0,048
Non vécue	225 (60,5%)	147 (64,5%)	78 (54,2%)			
Vécue	147 (39,5%)	81 (35,5%)	66 (45,8%)			
Négligence				8,3	1	0,111
Non vécue	263 (70,7%)	168 (73,7%)	95 (66,0%)			
Vécue	109 (29,3%)	60 (26,3%)	49 (34,0%)			
Exposition VC				14,1	1	0,007
Non vécue	188 (50,5%)	128 (56,1%)	60 (41,7%)			
Vécue	184 (49,5%)	100 (43,9%)	84 (58,3%)			
Autre AS				9,5	1	0,066
Non vécue	311 (83,6%)	197 (86,4%)	114 (79,2%)			
Vécue	61 (16,4%)	31 (13,6%)	30 (20,8%)			
Polyvictimisation				11,9	1	0,021
Non	246 (66,1%)	161 (70,6%)	85 (59,0%)			
Oui	126 (33,9%)	67 (29,4%)	59 (41,0%)			
Dossier actif LPJ				11,9	1	0,021
Non	162 (43,5%)	110 (48,2%)	52 (36,1%)			
Oui	210 (56,5%)	118 (51,8%)	92 (63,9%)			
Placement				14,2	1	0,006
Non	291 (78,2%)	189 (82,9%)	102 (70,8%)			
Oui	81 (21,8%)	39 (17,7%)	42 (29,2%)			

CHI-CARRÉ						
	Échantillon	Aucun CSP / (Rés. Ajus.)	CSP / (Rés. Ajus.)	x ²	ddl	p
Gravité de l'AS				14,1	2	0,027
Moins grave	27 (7,3%)	21 (9,3%) / (1,8)	6 (4,3%) / (-1,8)			
Grave	94 (25,3%)	65 (28,9%) / (1,7)	29 (20,9%) / (-1,7)			
Très grave	243 (65,3%)	139 (61,8%) / (-2,6)	104 (74,8%) / (2,6)			
Durée de l'AS				3,1	2	0,845
Épisode unique	77 (20,7%)	48 (22,0%) / (0,1)	29 (21,6%) / (-0,1)			
Quelques événements	138 (37,1%)	83 (38,1%) / (-0,6)	55 (41,0%) / (0,6)			
Répétitif ou chronique	137 (36,8%)	87 (39,9%) / (0,5)	50 (37,3%) / (-0,5)			
Agression intrafamiliale				-4,6	1	0,374
Non	106 (28,5%)	62 (27,3%)	44 (31,7%)			
Oui	260 (69,9%)	165 (72,7%)	95 (68,3%)			
ONEWAY ANOVA						
	Moyenne (É-T)			F	ddl	p
Comportements extériorisés	62,95 (10,46)	61,0 (10,3)	66,1 (10,0)	21,3	1	0,000
Comportements intériorisés	62,07 (10,51)	61,8 (10,5)	62,4 (10,6)	0,3	1	0,602
Anxiété	50,42 (30,74)	47,8 (30,3)	54,8 (31,0)	10,4	1	0,037
Stratégie d'extériorisation	8,00 (3,85)	7,6 (3,7)	8,7 (4,0)	7,0	1	0,009
Stratégie d'intériorisation	9,50 (4,26)	9,4 (4,3)	9,7 (4,2)	0,5	1	0,468
Stress général	5,75 (3,61)	5,6 (3,5)	6,0 (3,8)	0,6	1	0,454
Stress dévoilement	6,23 (2,81)	6,3 (2,8)	6,2 (2,9)	0,0	1	0,917
Maltraitance	1,74 (1,57)	1,6 (1,5)	2,0 (1,6)	7,8	1	0,006
Soutien général perçu à la suite de l'AS	4,24 (1,66)	4,5 (1,6)	3,9 (1,8)	4,4	1	0,001
U de Mann-Whitney						
	Médiane	Médiane	Médiane	p		
Estime de soi	20	20,00	19,00	0,050		
Soutien maternel perçu à la suite de l'AS	6	6,00	6,00	0,088		

Note. Résultats en gras sont ceux où une différence significative est observée entre les groupes.

Note 1. Rés. Ajus. = Résidus ajustés. Résidus ajustés en gras sont ceux qui excèdent 1,96, une différence significative est alors constatée entre les groupes.

Estimation de la probabilité qu'un enfant VAS présente des CSP

Les analyses bivariées avaient pour but d'identifier les variables qui distinguent les enfants VAS qui présentent des CSP de ceux qui n'en présentent pas. Ce sont donc les variables significatives lors des analyses bivariées ainsi que celles permettant de répondre à notre hypothèse de recherche qui ont été sélectionnées pour la régression logistique hiérarchique. Tel que mentionné dans la section stratégie d'analyse, certaines variables ont été écartées pour éviter la multicolinéarité dans la régression. Cette dernière analyse a été effectuée dans le but d'estimer la probabilité qu'un enfant développe des CSP (variable dépendante) avec les caractéristiques soumises (variables indépendantes sélectionnées). La régression logistique hiérarchique permet d'identifier parmi l'ensemble des facteurs/dimensions à l'étude, ceux qui augmentent la probabilité qu'un enfant VAS présente des CSP. Le tableau 5 présente le modèle de régression logistique hiérarchique qui permet d'estimer la probabilité qu'un enfant VAS adopte des CSP.

Le premier bloc permet d'estimer correctement 66,3% des cas ($p=0,009$). Seule la variable sexe de l'enfant est significative ($p=0,000$). Les garçons ont 2,4 fois plus de risque de présenter des CSP comparativement aux filles VAS. Le deuxième bloc permet d'estimer correctement 65,1% des cas ($p=0,000$). La variable sexe de l'enfant est toujours significative ($p=0,001$). La variable gravité de l'AS est elle aussi significative ($p=0,026$). Ainsi, les garçons ont 2,4 fois plus de risque de présenter des CSP que les filles et les enfants ayant vécu une agression sexuelle plus grave ont 1,6 fois plus de risque de présenter des CSP. Le troisième bloc permet d'estimer 68,6% des cas ($p=0,000$). La variable sexe de l'enfant est toujours significative ($p=0,000$). La variable maltraitance permet aussi d'estimer l'appartenance au groupe AS avec CSP ($p=0,014$). Ainsi, les garçons ont 2,6 fois plus de risque de présenter des CSP et les enfants ayant vécu plus d'une victimisation ont plus de risque de présenter des CSP (1,2 fois plus de risque pour chaque victimisation). Le quatrième bloc permet d'estimer 70,2% des cas ($p=0,000$). Les variables sexe de l'enfant ($p=0,002$), gravité de l'agression ($p=0,050$) et maltraitance ($p=0,009$) sont significatives. Ainsi, les garçons ont 2,3 fois plus de risque de présenter des CSP que les filles, les enfants ayant vécu plus d'une victimisation ont plus de risque de présenter des CSP (1,3 fois plus

de risque pour chaque victimisation) et les enfants ayant vécu une agression sexuelle plus grave ont 1,5 fois plus de risque de présenter des CSP. Le soutien général perçu à la suite de l'AS est également significatif ($p=0,028$). À l'inverse des autres variables, le coefficient B est négatif ($B=-0,168$); ainsi les enfants VAS qui perçoivent recevoir plus de soutien ont 0,8 moins de risque de présenter des CSP. Finalement, le dernier bloc permet d'estimer 70,2% des cas ($p=0,000$). Les variables sexe de l'enfant ($p=0,009$) et soutien général perçu à la suite de l'AS ($p=0,023$) sont toujours significatives. Les garçons ont 2,2 fois plus de risque de présenter des CSP et les enfants VAS qui perçoivent recevoir plus de soutien ont 0,8 moins de risque de présenter des CSP. Les variables dissociation ($p=0,008$) et médication ($p=0,009$) sont également significatives. Ainsi, un enfant atteignant un seuil clinique de dissociation et prenant de la médication ont respectivement plus de risque de 2,5% et 2,2% de présenter des CSP. Il est constaté que le R-deux de Nagelkerke de chaque bloc augmente (bloc 1=0,055; bloc 2=0,077; bloc 3=0,118; bloc 4=0,133; bloc 5=0,271). Plus la valeur est élevée, plus le modèle est précis. Puisque le coefficient augmente à chaque bloc, le dernier bloc est plus précis et permet mieux d'estimer la probabilité qu'un enfant adopte des CSP. De ce dernier bloc, intégrant toutes les variables soumises à la régression, quatre d'entre elles permettent d'estimer la probabilité qu'un enfant présente des CSP. Être un garçon, atteindre un seuil clinique de dissociation et avoir une médication prescrite sont tous des facteurs augmentant le risque qu'un enfant VAS présente des CSP. À l'inverse, la perception d'avoir reçu du soutien à la suite de l'AS diminue le risque qu'un enfant VAS présente des CSP.

Tableau 5. Analyse de régression logistique hiérarchique visant à identifier les variables permettant d'estimer la probabilité qu'un enfant VAS présente des CSP

Bloc		<i>B</i>	<i>Wald</i>	<i>IC à 95% pour Exp(B)</i>	<i>p</i>	Bloc		
1	Sexe de l'enfant	0,877	12,248	2,404	0,000	1	% global	66,3
	Occupation de la mère	0,181	1,117	1,198	0,291		<i>p</i>	0,009
							R-deux de Nagelkerke	0,055
2	Sexe de l'enfant	0,863	11,641	2,371	0,001	2	% global	65,1
	Occupation de la mère	0,198	1,305	1,219	0,278		<i>p</i>	0,000
	Gravité de l'AS	0,464	5,012	1,591	0,026		R-deux de Nagelkerke	0,077
3	Sexe de l'enfant	0,963	13,439	2,620	0,000	3	% global	68,6
	Occupation de la mère	0,114	0,408	1,121	0,523		<i>p</i>	0,000
	Gravité de l'AS	0,392	3,461	1,480	0,063		R-deux de Nagelkerke	0,118
	Maltraitance	0,207	6,057	1,230	0,014			
	Placement	0,265	0,687	1,303	0,407			
4	Sexe de l'enfant	0,832	9,471	2,297	0,002	4	% global	70,2
	Occupation de la mère	0,100	0,313	1,106	0,576		<i>p</i>	0,000
	Gravité de l'AS	0,420	3,846	1,522	0,050		R-deux de Nagelkerke	0,133
	Maltraitance	0,224	6,853	1,251	0,009			
	Placement	0,255	0,621	1,290	0,431			
	Soutien général perçu à la suite de l'AS	-0,168	4,826	0,846	0,028			
5	Sexe de l'enfant	0,779	6,878	2,180	0,009	5	% global	70,2
	Occupation de la mère	0,023	0,014	1,023	0,905		<i>p</i>	0,000
	Gravité de l'AS	0,325	2,135	1,385	0,144		R-deux de Nagelkerke	0,271
	Maltraitance	0,138	2,173	1,148	0,140			
	Placement	0,030	0,007	1,030	0,934			
	Soutien général perçu à la suite de l'AS	-0,196	5,196	0,822	0,023			
	Comportements extériorisés	0,028	3,304	1,029	0,069			
	Dissociation	0,903	7,058	2,466	0,008			
	Dépression	0,034	0,007	1,035	0,935			
	Anxiété	0,002	0,196	1,002	0,658			
	Médication	0,776	6,780	2,173	0,009			
	Estime de soi	-0,047	1,447	0,954	0,229			

Note. Résultats en gras sont ceux où une différence significative est observée entre les groupes.

CHAPITRE 5 : DISCUSSION ET CONCLUSION

Discussion

Les CSP figurent parmi les conséquences les plus fréquemment associées à l'AS (Kendall-Tackett et al., 1993). Pourtant, ce ne sont pas tous les enfants VAS qui développeront des CSP (Hébert, Tremblay, et al., 2006b; Kendall-Tackett et al., 1993). Les enfants des deux groupes partagent tout de même des similarités, ils se trouvent dans des situations sexuelles, certains comme victimes et d'autres comme initiateurs aux comportements sexuels. Ils partagent non seulement des besoins communs, mais aussi un environnement familial semblable. De plus en plus, les chercheurs s'intéressent aux différentes formes de victimisation pour expliquer les CSP (Lussier et al., 2019). L'AS demeure la forme de victimisation la plus étudiée en association avec les CSP. Par ailleurs, les recherches font la démonstration que les VAS sont particulièrement susceptibles de subir d'autres formes de maltraitance (Friedrich, 1998; Paolucci et al., 2001; Hébert et al., 2018; Hébert et al., 2011). Il est donc pertinent de prendre en compte plusieurs événements de victimisation conjointement pour mieux comprendre l'émergence des CSP. Dans le but de mieux comprendre ce qui contribue à l'émergence de CSP, l'objectif principal de ce mémoire est d'identifier des facteurs, plus particulièrement ceux liés à la victimisation de l'enfant et certains facteurs d'adversité, qui distinguent les enfants VAS qui présentent des CSP comparativement à ceux qui n'en ont pas. Dans un premier temps, les résultats des analyses bivariées permettant de comparer les enfants VAS qui présentent des CSP de ceux qui n'en présentent pas sont abordés. Dans un deuxième temps, les résultats de l'analyse de régression logistique hiérarchique permettant d'identifier parmi l'ensemble des facteurs/dimensions à l'étude ceux qui augmentent la probabilité qu'un enfant VAS présente des CSP sont discutés.

Les variables liées à la présence de CSP chez les enfants VAS

Caractéristiques sociodémographiques de l'enfant et sa famille. Notre échantillon étant constitué de VAS, il est majoritairement représenté par des filles puisqu'elles sont plus souvent VAS de façon générale (Pereda et al., 2009; Stoltenborgh et al. 2011). Cependant, leur représentation diminue, alors que les comportements sexuels s'aggravent. En effet, alors que le groupe aucun CSP est constitué d'une minorité de

garçons, près de la moitié du groupe CSP est constitué de garçons. Il y a donc une distinction entre les groupes pour la variable sexe de l'enfant. Ensuite, les groupes se distinguent également pour la variable occupation de la mère. Davantage de mères ont un emploi rémunéré dans le groupe aucun CSP (44,8%) en comparaison avec le groupe CSP où seulement 30,7% d'entre elles ont un emploi rémunéré. Peu d'information quant à l'occupation de la mère ressort dans la littérature scientifique. Il est davantage question de la scolarité et du revenu de la mère. Cyr, McDuff et Wright (1999) suggèrent d'ailleurs que les mères d'enfants VAS ont, en moyenne, un revenu annuel relativement faible et le dernier niveau académique complété est les études secondaires. Bonner et al. (2001) observent aussi que les parents d'enfants présentant des CSP ont un faible statut socio-économique. Ces constats semblent indiquer que les familles d'enfants VAS qui présentent des CSP vivent dans des conditions sociodémographiques plus difficiles.

Caractéristiques de l'enfant. Les groupes se distinguent sur plusieurs variables liées à la santé mentale de l'enfant. La présence d'un score clinique de dissociation, de dépression et d'anxiété, de même que l'adoption de comportements extériorisés et de stratégies d'extériorisation en plus de la prescription d'une médication, puis d'une faible estime de soi sont tous des facteurs permettant de distinguer les groupes d'enfants VAS étudiés. D'abord, les résultats de la présente étude révèlent une distinction entre les groupes quant au fait de présenter un score clinique de dissociation et celui de développer des CSP. Les enfants VAS présentant des CSP sont plus enclins à manifester des symptômes de dissociation. Ces résultats vont dans le même sens que l'étude de Allen et al. (2015), qui soulignent que les enfants VAS adoptant des CSP présentent des niveaux plus élevés de détresse émotionnelle et de trauma, notamment des symptômes de dissociation, en comparaison avec les enfants VAS n'adoptant pas de CSP. En effet, selon l'étude de Allen et al. (2015), les enfants VAS adoptant des CSP affichaient des scores plus élevés de dissociation (54,9) que les enfants ne présentant pas de CSP (50,6). Les enfants VAS qui présente des CSP démontrent aussi plus de symptômes de dépression et d'anxiété que les enfants VAS n'ayant pas de CSP. Les résultats de l'étude de Allen et al. (2015) ainsi que celle de Bonner et al., 2001 vont dans le même sens que les nôtres. Ils ont constaté que les

enfants présentant des CSP démontrent des symptômes émotionnels tels que l'anxiété et la dépression.

En ce qui concerne les comportements extériorisés, les enfants VAS du groupe CSP démontrent davantage de comportements extériorisés en comparaison avec les enfants n'adoptant pas de CSP. Ces résultats vont dans le même sens que plusieurs études précédentes (Allen et al., 2015; Chromy, 2007; Hall et al., 1998; Hershkowitz, 2014; Kulesz & Wyse, 2007). En effet, ces auteurs observent que les enfants VAS ayant des CSP se distinguent des enfants VAS sans CSP, par la présence d'un trouble extériorisé. Nos résultats révèlent d'ailleurs une différence entre les groupes quant à l'adoption de stratégies d'extériorisation. Les enfants présentant des CSP ont davantage recours à ces stratégies d'adaptation, par exemple s'en prendre aux autres lorsqu'ils vivent des émotions négatives, crier pour se défouler, sacrer, lancer ou frapper quelque chose. Il est donc possible de penser qu'un enfant ayant vécu une AS tente de composer avec son trauma en utilisant des stratégies d'extériorisation. Cet enfant peut donc développer des problèmes de comportement de toute sorte dont des CSP.

Pour ce qui est de la médication, les enfants présentant des CSP se distinguent des enfants n'adoptant pas de CSP, puisqu'ils prennent davantage de médication, entre autres, des stimulants (65%), des antipsychotiques, des antidépresseurs et autres. Ce constat est similaire à l'étude de Tremblay et al. (2007). Ces derniers observent une distinction, quant à la prise de médication, entre les trois groupes étudiés soit 1) les enfants VAS, 2) les enfants adoptant des CSP et 3) les enfants présentant des troubles de comportement. Dans leur étude, les auteurs constatent que les enfants adoptant des CSP sont davantage médicamenteux que les enfants VAS. Ce constat rejoint nos résultats, puisque les enfants VAS qui adoptent des CSP ont plus souvent une médication prescrite que les enfants VAS ne manifestant pas de CSP.

Finalement, l'estime de soi est aussi un élément à considérer. Les enfants VAS présentant des CSP ont une plus faible estime de soi que les enfants VAS n'ayant pas de CSP. L'analyse de profil réalisée par Hébert, Parent et al. (2006a) révèle d'ailleurs qu'un groupe d'enfants identifiés comme ayant une détresse grave et caractérisés par une AS plus invasive ont une plus faible estime de soi. Cette observation est similaire à celle de l'étude

de Duchesne et al. (2017) qui révèle que les enfants VAS sont plus susceptibles de présenter une faible estime de soi, s'ils ressentent de la culpabilité face à l'agression.

L'ensemble de ces résultats révèlent donc que les enfants VAS qui présentent des CSP ont d'importantes difficultés sur le plan de la santé mentale. Ils vivent davantage des symptômes de dissociation, de dépression et d'anxiété. En conséquence, ils sont sujets à utiliser des stratégies non adaptatives lors de situations où nécessitent une résolution de problème. Il est aussi possible de penser qu'une médication leur est plus souvent prescrite pour composer avec leurs difficultés.

Stresseurs affectant la capacité parentale. Aucune variable concernant les stresseurs affectant la capacité parentale ne s'est avérée significative dans nos analyses. Cela peut être expliqué par le faible alpha de Cronbach obtenu pour l'outil SSI/LEC (0,47).

Caractéristiques de l'AS. Concernant les caractéristiques de l'AS, seule la gravité de l'AS semble être un facteur qui distingue les groupes. Les enfants VAS ayant des CSP ont vécu une AS plus grave. Quelques études soulèvent que les enfants peuvent développer plusieurs symptômes dont un haut risque de dépendance à des comportements sexuels lorsque l'AS est considérée plus grave et qu'elle persiste à long terme (Beitchman et al., 1992; Fergusson et al., 1996; Olafson, 2004; Putnam, 2003). Nos résultats rejoignent ce constat. Il peut être juste alors de penser que certains enfants VAS tentent de composer avec leur trauma en reproduisant l'AS vécue sur autrui ou bien en dirigeant des CSP sur eux-mêmes (par exemple masturbation excessive causant des lésions). Les CSP deviendraient donc une stratégie non adaptative pour ces enfants.

Expériences de victimisation et situations de vie adverses. Parmi les cinq formes de maltraitance documentées dans la vie de ces enfants VAS, l'abus psychologique et l'exposition à la VC se sont avérés être significativement différents selon les groupes. Les enfants VAS qui manifestent des CSP vivent davantage d'abus psychologique que les enfants n'ayant aucun CSP. Les résultats de l'étude Lussier et al. (2019) rejoignent ce constat. Ils ont observé une association entre l'abus émotionnel et l'apparition de CSP. Les enfants VAS qui présentent des CSP sont aussi plus exposés à la VC. Cette observation va

dans le même sens que les études de Hébert et al. (2007) et Gray et al. (1997). En effet, leurs résultats révèlent qu'une proportion significative d'enfants agressés sexuellement est susceptible d'être témoin de relations abusives entre les adultes (Hébert et al., 2007; Gray et al., 1997).

Les résultats de notre étude révèlent une distinction entre les groupes pour la cooccurrence de plusieurs formes de maltraitance et les enfants qui présentent des CSP. Ceux-ci ont vécu en moyenne 2 événements de maltraitance, sans compter l'AS pour laquelle ils sont évalués au Centre d'expertise Marie-Vincent. Cette proportion diminue parmi les enfants n'ayant pas de CSP. Similairement, les enfants VAS adoptant des CSP sont davantage exposés à la polyvictimisation (4 formes de victimisation et plus). Ce constat vient donc renforcer l'hypothèse selon laquelle l'accumulation de victimisations est liée à l'apparition de CSP chez les enfants VAS. En effet, tout comme Olafson (2011) le mentionne, un antécédent de trauma ou l'accumulation de plusieurs traumas viennent jouer un rôle dans l'apparition de comportements réactifs. Les autres victimisations vécues pourraient donc expliquer l'apparition de CSP chez certains enfants VAS, en raison de leur grande vulnérabilité et leur besoin de composer avec leur trauma.

La présence de la Direction de la protection de la jeunesse au sein de la famille est également un facteur permettant de distinguer nos groupes d'enfants VAS. Les enfants qui présentent des CSP ont plus souvent un dossier actif en vertu de la LPJ que les enfants VAS du groupe aucun CSP. Ces résultats soutiennent les observations des études précédentes (Friedrich, 1998; Hébert, Tremblay, et al., 2006b; Friedrich et al., 2001; Tarren-Sweeney, 2008). En effet, les enfants soumis à de multiples sources de stress, comme la présence de la DPJ dans leur famille, pourraient présenter une plus grande détresse, qui elle pourrait être à l'origine de l'adoption de CSP. Cette association peut être expliquée par le fait qu'un enfant et sa famille rencontrent certaines difficultés ayant mené à un suivi avec la Direction de la protection de la jeunesse. Bien qu'il ne soit pas possible d'identifier la nature de ces difficultés, un ensemble de comportements adoptés ou négligés par le parent doit être pris en considération en ce qui a trait au développement de CSP des enfants. Il faut toutefois rappeler que la présente étude a ses limites et qu'on ne peut parler de causalité. Il est possible que les CSP ont mené à l'ouverture d'un dossier en vertu de la LPJ; ces derniers ayant pu survenir avant le signalement de l'AS ou de façon concomitante.

De plus, il y a significativement plus d'enfants VAS placés parmi le groupe CSP en comparaison avec le groupe aucun CSP. Cette observation va donc dans le même sens que certaines études qui proposent qu'un placement augmenterait l'adoption de CSP ou serait un facteur de maintien (Friedrich, Bakery et al., 2005; Hall et al., 2018). Plus précisément, Hall et al. (2018) se sont intéressés à l'association entre l'adoption de CSP et les expériences de vie adverses ainsi que les placements, durant l'enfance. Les résultats de leur étude révèlent que l'accumulation d'expériences de vie adverses, le placement et le fait de vivre de l'instabilité augmentent l'apparition de comportements violents et de CSP. Encore une fois, la présente étude ne permet pas de préciser la direction de l'association, il est donc difficile d'affirmer avec certitude que le placement est causé par les CSP, et non pas l'inverse.

Soutien perçu par l'enfant. Les groupes se distinguent quant à la perception du soutien général reçu à la suite de l'AS. Les enfants VAS ayant des CSP perçoivent recevoir moins de soutien à la suite de l'AS vécue. Cette observation suit la tendance de la littérature scientifique (Cohen & Wills, 1986; Godbout et al., 2014; Lovett, 1995; Elliott & Carnes, 2001; Godbout et al., 2014; Cohen & Mannarino, 1998, 2000; Berliner, 2011). Les auteurs précisent que le soutien parental permet un meilleur rétablissement de l'enfant VAS et évite l'apparition de comportements extériorisés comme les CSP. Pour la présente étude, il est constaté que ce soutien peut être général, sans qu'il provienne nécessairement des parents. En effet, le soutien maternel n'est pas significatif selon les analyses bivariées, cela s'explique peut-être par le fait que les enfants de notre échantillon reçoivent un minimum de soutien maternel; puisqu'ils sont tous recrutés dans un centre de services d'intervention spécialisé pour les VAS.

Les variables permettant d'estimer la probabilité qu'un enfant VAS présente des CSP

La régression révèle quatre facteurs significatifs permettant d'estimer la probabilité qu'un enfant présente des CSP : le sexe de l'enfant (garçon), la médication prescrite, la présence de dissociation et la perception de l'enfant VAS de ne pas recevoir du soutien à la suite de l'AS. Ainsi, les garçons ont 2,2 plus de risque de présenter des CSP que les

filles, les enfants qui prennent une médication ont 2,2 plus de risque de présenter des CSP, puis les enfants ayant un score atteignant le seuil clinique de dissociation ont 2,5 plus de risque de présenter des CSP. Ces trois facteurs favorisent la présence des CSP chez les enfants VAS. À l'inverse, l'enfant VAS qui perçoit recevoir plus de soutien général à la suite de l'AS a 0,8 moins de risque de présenter des CSP. Ces résultats mettent en lumière l'importance de considérer la santé mentale de l'enfant. En effet, les variables concernant la santé mentale de l'enfant permettent mieux d'estimer la présence de CSP, car les variables maltraitance et gravité de l'AS, qui sont significatives dans le bloc 4, ne le sont plus une fois que les variables concernant la santé mentale de l'enfant sont intégrées dans le bloc 5. Il est donc possible d'observer une certaine association entre la cooccurrence de victimisations et les CSP, notamment dans les blocs 3 et 4 du modèle de régression. D'ailleurs, dans le bloc 4, la maltraitance et la gravité de l'AS permettent toutes deux d'estimer la probabilité qu'un enfant VAS présente des CSP. Les enfants ayant vécu plus d'une victimisation sont plus à risque de présenter des CSP. À chaque victimisation vécue, l'enfant VAS a 1,3 plus de risque présenter des CSP. Puis, l'enfant VAS qui vit une AS plus grave a 1,5 plus de risque de manifester des CSP. Ainsi, les indices d'exposition à la maltraitance peuvent expliquer en partie l'apparition des CSP (Tarren-Sweeney, 2008). Nos résultats vont donc davantage dans le même sens que Bonner et al. (2001) qui affirment que la maltraitance peut augmenter la manifestation de CSP, mais que ce n'est pas une variable suffisante. Il est tout de même possible de faire un lien entre la maltraitance, la dissociation et les CSP. En effet, l'accumulation de traumatismes durant l'enfance est associée à des niveaux plus élevés de difficulté de régulation des émotions, de dissociation et de problèmes de comportement (Briere, 2006; Choi & Oh, 2014; Hébert et al., 2018; Horan & Widom, 2015). Ce faisant, les CSP seraient mieux compris à partir d'une perspective accumulant les événements d'adversité vécus par l'enfant incluant la polyvictimisation (Lussier et al., 2019).

Implications pour la pratique

Nous avons longtemps pensé que les CSP étaient associés à un vécu d'AS. Dans la présente étude, nous avons voulu identifier d'autres facteurs qui peuvent être associés à

l'émergence de ces comportements, en comparant des enfants VAS qui ont des CSP à ceux qui n'en développent pas. Cette étude nous permet de valider l'influence de certaines des variables qui ont été proposées dans les modèles théoriques; des variables qui jouent des rôles de facteurs potentialisants et compensatoires (Cicchetti & Toth, 2005). Les résultats de ce mémoire appuient les idées soutenues par l'approche écologique et, plus précisément, le modèle décrit par Boisvert (2016). En effet, plusieurs facteurs sont associés à la présence de CSP. Ces facteurs proviennent de différentes sphères, dont l'enfant lui-même et son environnement (caractéristiques personnelles, facteurs de stress, victimisations, caractéristiques de l'AS, etc.). Les facteurs identifiés permettent de mieux saisir certains défis auxquels les enfants sont confrontés et donc de réfléchir à des modalités d'intervention adaptées.

Comme les résultats le soulignent, le nombre d'enfants polyvictimes (4 formes ou plus) au sein du groupe CSP est considérable. En effet, presque un enfant sur deux est confronté à quatre formes de victimisation et plus, au cours de sa vie. Ce constat renforce l'importance d'aborder les traumatismes dans les traitements offerts aux enfants plutôt que de se centrer uniquement sur l'occurrence des comportements problématiques. D'ailleurs, il est primordial qu'une évaluation exhaustive des besoins soit réalisée, de prime abord, afin d'assurer un traitement adapté pour l'enfant (Lussier et al., 2016). Chaque victimisation peut potentiellement engendrer des difficultés chez l'enfant. Il devient donc difficile de distinguer l'effet de l'AS à elle seule, alors que l'enfant cumule des traumatismes, d'où l'importance de considérer et/ou de traiter l'ensemble des victimisations vécues (Lussier et al., 2016).

Parmi les difficultés engendrées par l'exposition à la victimisation, la dissociation est une mesure de détresse importante chez les enfants victimes. Cette observation met en lumière le vécu potentiellement traumatique de ces jeunes. Un lien peut être établi avec la prévalence élevée des enfants adoptant des CSP ayant été témoins de VC, qui peut être une forme de violence suscitant beaucoup d'impuissance chez ces enfants. D'ailleurs, les mères ayant elles-mêmes été témoins de VC dans l'enfance démontrent des signes de dissociation et des symptômes de stress post-traumatique (Daignault et al., 2018). Cette forme de

violence n'est donc pas à négliger, car elle peut engendrer des difficultés non seulement chez les enfants pris dans cette situation, mais elle peut aussi influencer le degré de soutien que la mère peut apporter à son enfant, lorsqu'elle souffre de dissociation ou de stress post-traumatique. Selon les résultats de la présente étude, le soutien diminuerait le risque que l'enfant VAS présente des CSP. Il est donc important de cibler une intervention avec le parent et les acteurs jouant un rôle dans l'éducation de l'enfant afin qu'ils soient en mesure de bien accompagner les enfants victimes. Une intervention systémique en incluant tous les adultes susceptibles d'offrir du soutien à l'enfant pourrait permettre de prévenir notamment l'adoption de CSP, mais aussi d'autres difficultés liées à la victimisation.

Un autre constat émerge parmi les résultats, c'est-à-dire l'adoption de comportements extériorisés et de stratégies d'extériorisation chez les enfants qui présentent des CSP. D'ailleurs, ces enfants se distinguent des autres n'ayant pas de comportements sexuels par le fait qu'une médication leur est plus fréquemment prescrite. Il est donc possible d'imaginer que les enfants VAS ayant des CSP adoptent plus de comportements perturbateurs, font donc moins souvent usage de stratégies adéquates pour gérer leurs émotions et sont davantage médicamentés pour composer avec leurs difficultés. La pertinence d'une intervention adéquate et ciblée, puis l'apprentissage de méthodes d'autorégulation par l'usage de stratégies d'adaptation positive deviennent nécessaires. De plus, il pourrait être possible de tenter d'aider les jeunes à faire usage de stratégies de résolution de problème adaptées avant d'avoir recours à la médication (ex : souvent de antipsychotiques à faible dose) ou bien de les utiliser de façon complémentaire à la médication.

Les résultats de ce mémoire rappellent l'importance de venir en aide à l'enfant et à sa famille, notamment en leur offrant une intervention sensible au trauma et adaptée aux besoins que viennent combler les comportements sexuels problématique (Cohen & Mannarino, 1993 dans Silovsky & Niec, 2002). En parallèle, il est aussi important de miser sur la prévention afin d'éviter l'accumulation de traumas. L'implication de tous les acteurs faisant partie de l'environnement de l'enfant et de sa famille directe (famille élargie,

enseignants, personnes significatives, etc.) est importante et essentielle pour mettre en place un filet de sécurité (Friedrich, 2007).

Forces et limites de la présente étude et travaux futurs

La présente étude comporte plusieurs forces, mais aussi des limites sur le plan méthodologique. D'abord, il faut souligner la taille de l'échantillon de l'étude. En effet, celle-ci répertorie les données de 372 enfants VAS. Non seulement l'étude comprend un nombre important d'enfants, mais aussi une multitude de variables. De cette façon, il a été possible d'utiliser le modèle écologique de Boisvert (2016) en utilisant plusieurs variables provenant de différents domaines. Toutefois, il aurait été intéressant d'avoir accès à des variables permettant de mesurer l'attachement parent-enfant. Il aurait aussi été pertinent d'avoir plus de détails concernant certaines variables dont le dossier actif en vertu de la LPJ (motifs de compromission) et le placement de l'enfant (la durée, la raison qui a mené au placement) afin de mieux les évaluer. Il reste que le fait d'avoir accès à plusieurs données et d'utiliser une approche systémique a aussi permis d'aborder l'accumulation de traumatismes. En effet, l'accès aux variables de la maltraitance a permis de s'intéresser à la présence de plusieurs victimisations. Par ailleurs, les études futures pourraient intégrer d'autres formes de victimisation, notamment l'intimidation à l'école. Aussi, le domaine de la perturbation psychosexuelle a été évalué à partir des caractéristiques de l'AS. Il aurait été intéressant de considérer d'autres données, notamment les frontières sexuelles et l'éducation sexuelle de l'enfant. Concernant le domaine des stressors affectant la capacité parentale, davantage de détails sur l'implication de la Direction de la protection de la jeunesse dans la famille et sur l'état de santé mentale de la mère auraient été intéressants à considérer pour expliquer l'apparition de CSP chez les enfants.

Le projet a proposé de regrouper des enfants ayant un vécu similaire. L'échantillon utilisé est donc homogène en termes d'expérience de vie, soit celui des enfants VAS pour mieux comprendre, parmi ceux-ci, les facteurs qui sont associés à la présence de CSP. Pourtant, puisque les enfants proviennent d'une population clinique, nous pouvons difficilement généraliser les résultats à l'ensemble des enfants présentant des CSP sans

historique de victimisation sexuelle. Il serait intéressant de valider les résultats avec une population ayant des profils différents. D'ailleurs, la récente étude de Tremblay et al. (2020) s'est intéressée à 88 dyades d'enfants-adultes référés par la Direction de la protection de la jeunesse ou par les services publics concernant des CSP. Les résultats de cette étude révèlent une plus grande variété et sévérité de CSP chez les enfants ayant des problèmes de comportements extériorisés et ayant vécu des expériences de victimisation non sexuelle. Ce constat viendrait donc appuyer notre hypothèse, c'est-à-dire que l'AS à elle seule ne peut expliquer l'apparition des CSP et qu'il est important de considérer chaque victimisation vécue par l'enfant. Il serait donc pertinent que les prochaines études valident les résultats obtenus avec un plus grand échantillon et une population hétérogène. D'autres études permettraient de tester les variables à l'étude et de valider les résultats en étudiant différents échantillons (enfants non victimes, enfants VAS, enfants victimes d'autres violences, enfants manifestant des comportements extériorisés, etc.) (Boisvert, 2016). Ainsi, il serait possible de généraliser les résultats à plus grande échelle.

La présente étude s'est concentrée sur un temps de mesure, c'est-à-dire, en début de prise en charge par le Centre d'expertise Marie-Vincent. L'étude n'est donc pas longitudinale, mais transversale. Ce faisant, il est plus difficile d'évaluer la direction des associations entre les variables. Un devis longitudinal permettrait donc de mieux saisir la direction des associations entre les variables. Cela permettrait aussi de documenter le développement de CSP à travers le temps et voir leur évolution. En tenant compte de la trajectoire évolutive des CSP, il serait alors possible d'identifier les facteurs de risque et les facteurs de maintien (Boisvert, 2016). D'ailleurs, ce type d'étude permettrait par le fait même d'orienter le traitement pour ces enfants.

Les variables liées aux sources de stress affectant la capacité parentale se sont avérées non significatives lors de nos analyses, bien que dans la littérature scientifique cette dimension soit importante à considérer. Le faible alpha de Cronbach obtenu pour l'outil SSI/LEC (0,47) peut expliquer en partie ce constat, biaisant ainsi les résultats. Il serait donc pertinent que les prochaines études s'attardent sur cette dimension. Il est donc important de poursuivre l'étude à partir d'une approche systémique comme celle proposée par Boisvert

et al. (2016). La dimension des caractéristiques de l'enfant est bien répertoriée à travers la littérature scientifique (Boisvert, 2016). Cependant, les autres dimensions ne sont pas à négliger et les prochains travaux devraient se pencher davantage sur celles-ci. En effet, il est d'ailleurs constaté que peu d'études s'intéressent à l'attachement parent-enfant (Boisvert et al. 2016). Cette dimension serait donc à explorer. Plusieurs expériences sont susceptibles d'exercer une influence sur le lien d'attachement de l'enfant et ses parents.

Conclusion

Le présent mémoire visait l'identification de différents facteurs individuels, familiaux et contextuels associés à la présence des CSP. Afin d'y parvenir, nous avons étudié un échantillon clinique homogène soit des enfants ayant vécu une AS. Nous avons d'abord comparé deux groupes d'enfants VAS (aucun CSP, présence de CSP) afin d'évaluer les facteurs permettant de les distinguer. En somme, les résultats de l'étude mettent en lumière que les enfants VAS qui présentent des CSP sont généralement exposés à plusieurs facteurs d'adversité au sein de la famille (occupation des parents, violence familiale et polyvictimisation); de fait, ils présentent aussi des niveaux de détresse psychologique plus élevés que les enfants VAS qui ne présentent pas de CSP (dépression, anxiété, dissociation et faible estime de soi); cela s'inscrit aussi dans leurs comportements et stratégies d'adaptation qui sont plus souvent extériorisés et cela en résulte par une prise en charge (médication, protection de la jeunesse, placement). Ensuite, les résultats de l'analyse de régression logistique hiérarchique ont révélé que quatre facteurs permettent d'estimer la probabilité qu'un enfant VAS présente des CSP, soit le sexe (masculin), la prise de médication, la dissociation (score clinique) et la perception d'un manque de soutien général reçu à la suite de l'AS. Nous avons aussi observé que la maltraitance peut être un facteur explicatif, mais dans une certaine mesure. En effet, les variables concernant la santé mentale de l'enfant permettent mieux d'estimer la présence de CSP, car les variables maltraitance et gravité de l'AS, qui sont significatives dans le bloc 4, ne le sont plus une fois que les variables concernant la santé mentale de l'enfant sont intégrées dans le bloc 5. Il est donc possible d'observer une certaine association entre la cooccurrence de victimisations et les CSP, notamment dans les blocs 3 et 4 du modèle de régression. Par

conséquent, nos résultats rejoignent ceux de la littérature, indiquant que la présence de CSP chez les enfants VAS est une problématique complexe et multifactorielle.

L'étude comprend tout de même des limites. Elle ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des enfants qui présente des CSP, puisque les enfants à l'étude sont tous VAS. De plus, les enfants catégorisés comme présentant des CSP n'ont pas été soumis à un outil clinique. Il est donc important d'apporter cette nuance dans l'interprétation des résultats. De plus, l'étude n'est pas longitudinale, il est donc difficile d'affirmer avec certitude la direction des associations entre les variables. Toutefois, les résultats à l'étude indiquent tout de même l'importance de s'intéresser aux traumatismes que l'enfant peut vivre. La santé mentale de l'enfant n'est pas à négliger, étant donné l'ampleur des conséquences qui peuvent découler de la victimisation. Le fait que les enfants présentant des CSP se distinguent par des seuils cliniques de dissociation est particulièrement inquiétant. Ce constat rappelle l'importance de mieux comprendre la problématique que sont les CSP et de mettre en place des moyens afin de venir en aide aux enfants et à leur famille. D'ailleurs, de plus en plus d'auteurs s'intéressent à ce sujet. Une meilleure connaissance de la problématique assurera une compréhension de celle-ci et permettra une mise en place de pistes d'orientation pour le traitement de ces enfants.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles : An integrated system of multi-informant assessment*.
- Allen, B. (2017). Children with Sexual Behavior Problems : Clinical Characteristics and Relationship to Child Maltreatment. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(2), 189-199. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0633-8>
- Allen, B., Thorn, B. L., & Gully, K. J. (2015). A Comparison of Self-Reported Emotional and Trauma-Related Concerns Among Sexually Abused Children With and Without Sexual Behavior Problems. *Child Maltreatment*, 20(2), 136-140. <https://doi.org/10.1177/1077559514566864>
- Ambrosini, Paul. J. (2000). Historical Development and Present Status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS) | Elsevier Enhanced Reader. *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY.*, 39(1), 49-58. <https://doi.org/10.1097/00004583-200001000-00016>
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(3), 174-186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Araji, S. K. (1997). Identifying, labeling, and explaining children's sexually aggressive behaviors. Dans S. K. Araji, *Sexually aggressive children : Coming to understand them* (p. 1-46).

- Bebbington, P., Jonas, S., Kuipers, E., King, M., Cooper, C., Brugha, T., Meltzer, H., McManus, S., & Jenkins, R. (2011). Childhood sexual abuse and psychosis : Data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *British Journal of Psychiatry, 199*(01), 29-37. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083642>
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 16*(1), 101-118. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90011-F](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90011-F)
- Berliner, L. (2011). *Child sexual abuse : Definitions, prevalence, and consequences: Vol. The APSAC handbook on child maltreatment* (In J. E. B. Myers).
- Bloom, S. L., & Reichert, M. (1998). *Bearing Witness : Violence and Collective Responsibility*. The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Boisvert, I. (2016). *Approfondissement du lien entre l'AS et les comportements sexuels problématiques chez les enfants de 12 ans et moins*. Université de Sherbrooke.
- Boisvert, I., Tourigny, M., Lanctôt, N., Gagnon, M. M., & Tremblay, C. (2015). Psychosocial Profiles of Children Referred for Treatment for Sexual Behavior Problems or for Having Been Sexually Abused. *Sexual Offender Treatment, 10*, 19.
- Boisvert, I., Tourigny, M., Lanctôt, N., & Lemieux, S. (2016). Comportements sexuels problématiques chez les enfants : Une recension systématique des facteurs associés. *Revue de psychoéducation, 45*(1), 173. <https://doi.org/10.7202/1039163ar>

- Boivin, M., Vitaro, F., & Gagnon, C. (1992). A Reassessment of the Self-Perception Profile for Children : Factor Structure, Reliability, and Convergent Validity of a French Version among Second through Sixth Grade Children. *International Journal of Behavioral Development*, 15(2), 275-290. <https://doi.org/10.1177/016502549201500207>
- Bonner, B. L., Walker, C. E., & Berliner, L. (2001). *Children with Sexual Behavior Problems : Assessment and Treatment* (Final Report, Grant No. 90-CA-1469; Numéro Final Report, Grant No. 90-CA-1469). National Center on Child Abuse and Neglect Administration for Children, Youth, and Families.
- Briere, J. (2006). Dissociative symptoms and trauma exposure : Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 78-82. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000198139.47371.54>
- Briere, J., & Elliott, D. (1994). Immediate and Long-Term Impacts of Child Sexual Abuse. *ResearchGate*, 4(2). <https://doi.org/10.2307/1602523>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Burton, D. L. (1999). An examination of social cognitive theory with differences among sexually aggressive, physically aggressive and nonaggressive children in state care. *Violence and Victims*, 14(2), 161-178.
- Burton, David L. (1996). *Cognitive factors in sexually aggressive children* [Thesis]. <https://digital.lib.washington.edu:443/researchworks/handle/1773/11185>

- Causey, D. L., & Dubow, E. F. (1992). Development of a Self-Report Coping Measure for Elementary School Children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 21(1), 47-59. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2101_8
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., Lyon, T. D., Page, I. J., Prescott, D. S., Silovsky, J. F., & Madden, C. (2008). Report of the ATSA Task Force on Children With Sexual Behavior Problems. *Child Maltreatment*, 13(2), 199-218. <https://doi.org/10.1177/1077559507306718>
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., Lyon, T. D., Page, J., Prescott, D. S., & Silovsky, J. F. (2006). *Association for the Treatment of Sexual Abusers : Report of the Task Force on Children with Sexual Behavior Problems* (p. 32).
- Chaffin, M., & Shultz, S. K. (2001). Psychometric evaluation of the Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised☆. *Child Abuse & Neglect*, 25(3), 401-411. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00257-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00257-X)
- Chandler, L. A. (1981). The source of stress inventory. *Psychology in the Schools*, 18(2), 164-168. [https://doi.org/10.1002/1520-6807\(198104\)18:2<164::AID-PITS2310180209>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/1520-6807(198104)18:2<164::AID-PITS2310180209>3.0.CO;2-C)
- Child Welfare Training Institute. (2006). Working with Children Exhibiting Sexual Behavior Problems Washington Edition Participant Guide. University of Southern Maine.

- Choi, J. Y., & Oh, K. J. (2014). Cumulative childhood trauma and psychological maladjustment of sexually abused children in Korea : Mediating effects of emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 296-303.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.009>
- Chromy, S. (2007). Sexually Abused Children Who Exhibit Sexual Behavior Problems : Victimization Characteristics. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7(1), 25-33.
<https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhl019>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), 541-565. <https://doi.org/10.1097/00004583-199505000-00008>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child Maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 409-438.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029>
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2015). An Ecological-Transactional Perspective on Child Maltreatment : Failure of the Average Expectable Environment and Its Influence on Child Development. In *Developmental Psychopathology* (1^{re} éd., p. 129-201). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470939406>
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual Revictimization : A Review of the Empirical Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(2), 103-129.
<https://doi.org/10.1177/1524838005275087>
- Claussen, A. H., & Crittenden, P. M. (1991). Physical and psychological maltreatment : Relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 15(1-2), 5-18.

- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1998). Factors That Mediate Treatment Outcome of Sexually Abused Preschool Children : Six- and 12-Month Follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(1), 44-51. <https://doi.org/10.1097/00004583-199801000-00016>
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 983-994. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00153-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00153-8)
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1986). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- 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*, 7(1), 22. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-22>
- Collin-Vézina, D., Godbout, N., & Milot, T. (2018). Chapitre 1 : Qu'est-ce que le trauma complexe? In *Trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir* (p. 9-35). Presses de l'Université du Québec https://studium.umontreal.ca/pluginfile.php/3980316/mod_resource/content/0/Trauma%20complexe%20chapitre%201.pdf
- Collin-Vézina, D., Hélie, S., & Roy, C. (2009). Augmentation récente de l'incidence des agressions sexuelles au Québec. *Institut de recherche sur le développement social des jeunes, Observatoire des mauvais traitements*.

- Conte, J. R., & Schuerman, J. R. (1987a). Factors associated with an increased impact of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 11(2), 201-211. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(87\)90059-7](https://doi.org/10.1016/0145-2134(87)90059-7)
- Conte, J. R., & Schuerman, J. R. (1987b). The Effects of Sexual Abuse on Children : A Multidimensional View. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(4), 380-390. <https://doi.org/10.1177/088626058700200404>
- Cotter, A., & Beaupré, P. (2012). *Les infractions sexuelles commises contre les enfants et les jeunes déclarées par la police au Canada, 2012 : Faits saillants*. 85, 33.
- Crea, T. M., Easton, S. D., Florio, J., & Barth, R. P. (2018). Externalizing behaviors among adopted children : A longitudinal comparison of preadoptive childhood sexual abuse and other forms of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 82, 192-200. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.06.008>
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 813-822. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.04.004>
- Cyr, M., McDuff, P., & Wright, J. (1999). Le profil des mères d'enfants agressés sexuellement : Santé mentale, stress et adaptation. *Santé mentale au Québec*, 24(2), 191. <https://doi.org/10.7202/013019ar>
- Daignault, I. V., Hébert, M., Cyr, M., Pelletier, M., & McDuff, P. (2018). Correlates and Predictors of Mothers' Adaptation and Trauma Symptoms Following the Unveiling of the Sexual Abuse of Their Child. *Journal of Interpersonal Violence*, 088626051880884. <https://doi.org/10.1177/0886260518808849>

- Daignault, I. V., Hébert, M., & Pelletier, M. (2017). L'influence du système de justice sur le rétablissement d'enfants VAS et suivis dans un centre d'appui aux enfants. *Criminologie*, 50(1), 51-75.
- Daigneault, I., Hébert, M., & McDuff, P. (2009). Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships : A study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 33(9), 638-647. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.04.003>
- Damant, D. (2005). La dynamique traumatisante des abus sexuels et leurs conséquences à long terme. *Service social*, 42(2), 51-61. <https://doi.org/10.7202/706617ar>
- Davies, M. G. (1995). Parental distress and ability to cope following disclosure of extra-familial sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 19(4), 399-408. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00010-6](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00010-6)
- Deblinger, E., McLeer, S. V., Atkins, M. S., Ralphe, D., & Foa, E. (1989). Post-traumatic stress in sexually abused, physically abused, and nonabused children. *Child Abuse & Neglect*, 13(3), 403-408. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(89\)90080-X](https://doi.org/10.1016/0145-2134(89)90080-X)
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M., & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 771-784. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>
- Drach, K. M., Wientzen, J., & Ricci, L. R. (2001). The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. *Child Abuse & Neglect*, 25(4), 489-503. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00222-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00222-8)

- Dufour, C., Tougas, A.-M., Tourigny, M., Paquette, G., & Hélie, S. (2017). Profil psychosocial des enfants présentant des comportements sexuels problématiques dans les services québécois de protection de l'enfance. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 34(1), 23-45. <https://doi.org/10.7202/1040993ar>
- Elkovitch, N., Latzman, R. D., Hansen, D. J., & Flood, M. F. (2009). Understanding child sexual behavior problems : A developmental psychopathology framework. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 586-598. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.006>
- Elmi, M. H., Daignault, I. V., & Hébert, M. (2018). Child sexual abuse victims as witnesses_ The influence of testifying on their recovery. *Child Abuse*, 11.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in Young Adulthood : II. Psychiatric Outcomes of Childhood Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1365-1374. <https://doi.org/10.1097/00004583-199610000-00024>
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse : A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>

- Finkelhor, D., Moore, D., Hamby, S. L., & Straus, M. A. (1997). Sexually abused children in a national survey of parents : Methodological issues. *Child Abuse & Neglect*, 21(1), 1-9. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(96\)00127-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(96)00127-5)
- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Chaffin, M. (2009). *Juveniles Who Commit Sex Offenses Against Minors* [Data set]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/e630532009-001>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization : A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J., & Beilke, R. L. (1992). Normative Sexual Behavior in Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(2), 203. <https://doi.org/10.1097/00004583-199203000-00004>
- Friedrich, W. N. (1988). Behavior problems in sexually abused children : An adaptational perspective. Dans G. Wyatt & G. Powell (Éds.), *Lasting effects of child sexual abuse* (p. 171-191).
- Friedrich, W. N. (1993). Sexual victimization and sexual behavior in children : A review of recent literature. *Child Abuse & Neglect*, 17(1), 59-66. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(93\)90008-S](https://doi.org/10.1016/0145-2134(93)90008-S)
- Friedrich, W. N. (1998). Behavioral Manifestations of Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22(6), 523-531. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00020-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00020-9)
- Friedrich, W. N. (2007). *Children with Sexual Behavior Problems : Family-Based, Attachment-Focused Therapy* (WW Norton&Company).

- Friedrich, W. N., Bakery, A. J. L., Parker, R., Schneiderman, M., Gries, L., & Archer, M. (2005). *Youth with Problematic Sexualized Behaviors in the Child Welfare System : A One-Year Longitudinal Study*. 16.
- Friedrich, W. N., Davies, W. H., Feher, E., & Wright, J. (2003). Sexual behavior problems in preteen children : Developmental, ecological, and behavioral correlates. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989(1), 95-104. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2003.tb07296.x>
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M., & Shafran, C. R. (1998). Normative Sexual Behavior in Children : A Contemporary Sample. *Pediatrics*, 101(4). <https://doi.org/10.1542/peds.101.4.e9>
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., Davies, W. H., Gray, A., & Wright, J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory : Normative, Psychiatric, and Sexual Abuse Comparisons. *Child Maltreatment*, 6(1), 37-49. <https://doi.org/10.1177/1077559501006001004>
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S. K., Koverola, C., Lang, R. A., Wolfe, V., & Broughton, D. (1992). Child Sexual Behavior Inventory : Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4(3), 303-311. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.3.303>
- Friedrich, W. N., Gully, K. J., & Trane, S. T. (2005). Re : It is a mistake to conclude that sexual abuse and sexualized behavior are not related: a reply to Drach, Wientzen, and Ricci (2001). *Child Abuse & Neglect*, 29(4), 297-302. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.03.004>

- Friedrich, W. N., & Luecke, W. J. (1988). Young school-age sexually aggressive children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(2), 155. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.2.155>
- Gagnon, M. M., & Tourigny, M. (2011). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 12 ans et moins. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny, *L'AS envers les enfants : Tome I* (p. 333-362). Presses de l'Université du Québec.
- Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M., & Daspe, M.-È. (2017). Culpabilité chez les enfants VAS : Le rôle médiateur des stratégies d'évitement sur l'anxiété et l'estime de soi. *Criminologie*, 50(1), 181-201. <https://doi.org/10.7202/1039801ar>
- Gil, E., & Shaw, J. A. (2014). *Working with Children with Sexual Behavior Problems*. Guilford Publications.
- Girard, J. (2020, juillet 8). *Une nouvelle vague de dénonciations déferle sur le Québec*. Radio-Canada; [Radio-Canada.ca. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1718318/safia-nolin-maripier-morin-denonciation-harcelement-sexuel-instagram](https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1718318/safia-nolin-maripier-morin-denonciation-harcelement-sexuel-instagram)
- Godbout, N., Briere, J., Sabourin, S., & Lussier, Y. (2014). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning : The role of parental support. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 317-325. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.001>
- Gouvernement du Québec. (2015). *Infractions sexuelles au Québec – Faits saillants 2013*. 26. http://www.cpivas.com/data/medias/infractions_sexuelles_2013.pdf

- Gray, A., Busconi, A., Houchens, P., & Pithers, W. D. (1997). Children with Sexual Behavior Problems and Their Caregivers: Demographics, Functioning, and Clinical Patterns. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9(4), 267-290.
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric Properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, 11(4), 330-341. <https://doi.org/10.1177/1073191104269954>
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., & Deklyen, M. (1993). The Role of Attachment in the Early Development of Disruptive Behaviour Problems. *Development and Psychopathology*, 5, 191-213.
- Hall, D. K., Mathews, F., & Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22(10), 1045-1063. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00078-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00078-7)
- Hall, K. L., Stinson, J. D., & Moser, M. R. (2018). Impact of Childhood Adversity and Out-of-Home Placement for Male Adolescents Who Have Engaged in Sexually Abusive Behavior. *Child Maltreatment*, 23(1), 63-73. <https://doi.org/10.1177/1077559517720726>
- Harter, S. (2012). Manual for the self-perception profile for children : Revision of the Perceived Competence Subscale for Children. Denver, CO: University of Denver.
- Haugaard, J. J. (1996). Sexual Behaviors between Children : Professionals' Opinions and Undergraduates' Recollections. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 77(2), 81-89. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.850>
- Hébert, M., Cyr, M., & Tourigny, M. (2011). *L'AS envers les enfants : Tome 1*. PUQ.

- Hébert, M., Daigneault, I., Collin-Vézina, D., & Cyr, M. (2007). Factors Linked to Distress in Mothers of Children Disclosing Sexual Abuse: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(10), 805-811. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181568149>
- Hébert, M., Fernet, M., & Blais, M. (2017). *Le développement sexuel et psychosocial de l'enfant et de l'adolescent*. De Boeck Supérieur.
- Hébert, M., Langevin, R., & Oussaïd, E. (2018). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of Affective Disorders*, 225, 306-312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.044>
- Hébert, M., Parent, N., Daignault, I. V., & Tourigny, M. (2006a). A Typological Analysis of Behavioral Profiles of Sexually Abused Children. *Child Maltreatment*, 11(3), 203-216. <https://doi.org/10.1177/1077559506287866>
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V., & Piché, C. (2006b). Correlates of Behavioral Outcomes in Sexually Abused Children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299. <https://doi.org/10.1007/s10896-006-9026-2>
- Heflin, A. H., & Deblinger, E. (2007). Child Sexual Abuse. Dans F. M. Dattilio & A. Freeman, *Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention* (3e éd., p. 247-276). Guilford Press.

- Hélie, S., Turcotte, D., Trocmé, N., & Tourigny, M. (2012). *Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2008 : Rapport final* (p. 252). Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/fr/Rapport_EIQ-2008_FINAL_23_nov.pdf
- Hershkowitz, I. (2014). Sexually Intrusive Behavior Among Alleged CSA Male Victims : A Prospective Study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 26(3), 291-305. <https://doi.org/10.1177/1079063213486937>
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect : Adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior*, 6(6), 547-578. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00030-6](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00030-6)
- Horan, J. M., & Widom, C. S. (2015). Cumulative childhood risk and adult functioning in abused and neglected children grown up. *Development and psychopathology*, 27(3), 927-941. <https://doi.org/10.1017/S095457941400090X>
- IBM Corp (2017). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Institut national de santé public du Québec. (s. d.). *Statistiques—Ampleur jeunes*. INSPQ. Consulté 4 décembre 2018, à l'adresse <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/comprendre/statistiques-ampleur-jeunes>
- Johnson, R. J. (2008). Advances in Understanding and Treating Childhood Sexual Abuse : Implications for Research and Policy. *Family & Community Health*, 31, S24-S31. <https://doi.org/10.1097/01.FCH.0000304015.67513.ea>

- Jumper, S. A. (1995). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse & Neglect*, 19(6), 715-728. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00029-8](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00029-8)
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) : Initial Reliability and Validity Data. *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY.*, 980-988.
- Kellogg, N. D. (2009). Clinical Report—The Evaluation of Sexual Behaviors in Children. *PEDIATRICS*, 124(3), 992-998. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1692>
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of Sexual Abuse on Children : A Review and Synthesis of Recent Empirical Studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- Kulesz, K. M., & Wyse, W. J. (2007). Sexually Abused Children : Symptomatology and Incidence of Problematic Sexual Behaviors. *Journal of Evidence - Based Social Work*, 4(1-2), 27-46. https://doi.org/10.1300/J394v04n01_03
- Larsson, I., & Svedin, C. G. (2002). Teachers' and parents' reports on 3- to 6-year-old children's sexual behavior—A comparison. *Child Abuse & Neglect*, 26(3), 247-266. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00323-4](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00323-4)

- Lepage, J., Tourigny, M., Pauzé, R., McDuff, P., & Cyr, M. (2010). Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par les services québécois de protection de l'enfance : Facteurs associés. *Sexologies*, 19, 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.05.001>
- Lévesque, M., Bigras, M., & Pauzé, R. (2010). Externalizing problems and problematic sexual behaviors : Same etiology? *Aggressive Behavior*, 36(6), 358-370. <https://doi.org/10.1002/ab.20362>
- Lévy-Willard, A. (2018). *Chroniques d'une onde de choc., #MeToo secoue la planète*. Éditions de l'Observatoire. <https://www.librairiedialogues.fr/livre/14094772-chroniques-d-une-onde-de-choc-metoo-secoue-l--annette-levy-willard-l-observatoire>
- Lightfoot, S., & Evans, I. M. (2000). Risk factors for a New Zealand sample of sexually abusive children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 24(9), 1185-1198. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00173-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00173-3)
- Lindblad, F., Gustafsson, P. A., Larsson, I., & Lundin, B. (1995). Preschoolers' Sexual Behavior at Daycare Centers : An Epidemiological Study. *Child Abuse & Neglect*, 19(5), 569-577. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00016-2](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00016-2)
- Lovett, B. B. (1995). Child sexual abuse : The female victim's relationship with her nonoffending mother. *Child Abuse & Neglect*, 19(6), 729-738.
- Lussier, A., Wemmers, J.-A., & Cyr, K. (2016). Polyvictimization : What Is It and How Does It Affect Intervention? *Centre International de Criminologie Comparée*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2983568>

- Lussier, P., Chouinard-Thivierge, S., McCuish, E., Nadeau, D., & Lacerte, D. (2019). Early life adversities and polyvictimization in young persons with sexual behavior problems : A longitudinal study of child protective service referrals. *Child Abuse & Neglect*, 88, 37-50. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.017>
- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child Sexual Abuse : Toward a Conceptual Model and Definition. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 131-148. <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>
- MBF Child Safety Matters. (2015). *What Is Polyvictimization, and Why Is It Important?* Polyvictimization. <http://polyvictimization.org/>
- McClellan, J., McCurry, C., Ronnei, M., Adams, J., Storck, M., Eisner, A., & Smith, C. (1997). Relationship Between Sexual Abuse, Gender, and Sexually Inappropriate Behaviors in Seriously Mentally Ill Youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 959-965. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00018>
- McKee, A., Albury, K., Dunne, M., Grieshaber, S., Hartley, J., Lumby, C., & Mathews, B. (2010). Healthy Sexual Development : A Multidisciplinary Framework for Research. *International Journal of Sexual Health*, 22(1), 14-19. <https://doi.org/10.1080/19317610903393043>
- Merrick, M. T., Litrownik, A. J., Everson, M. D., & Cox, C. E. (2008). Beyond Sexual Abuse : The Impact of Other Maltreatment Experiences On Sexualized Behaviors. *Child Maltreatment*, 13(2), 122-132. <https://doi.org/10.1177/1077559507306715>

- Monette, M.-C., Tourigny, M., & Daigneault, I. (2008). Facteurs associés aux problèmes de comportement intériorisés et extériorisés chez des adolescentes agressées sexuellement. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 40(1), 31. <https://doi.org/10.1037/0008-400x.40.1.31>
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1993). Childhood Sexual Abuse and Mental Health in Adult Life. *British Journal of Psychiatry*, 163(06), 721-732. <https://doi.org/10.1192/bjp.163.6.72>
- Olafson, E. (2002). When Paradigms Collide : Roland Summit and the Rediscovery of Child Sexual Abuse. Dans *Critical Issues in Child Sexual Abuse : Historical, Legal, and Psychological Perspectives* (p. 71-106). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781483328645>
- Olafson, E. (2004). Child Sexual Abuse. Dans B. J. Cling (Éd.), *Sexualized Violence against Women and Children : A Psychology and Law Perspective* (p. 151-187). Guilford Press.
- Olafson, E. (2011). Child Sexual Abuse : Demography, Impact, and Interventions. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(1), 8-21. <https://doi.org/10.1080/19361521.2011.545811>
- Olafson, E., Corwin, D. L., & Summit, R. C. (1993). Modern history of child sexual abuse awareness : Cycles of discovery and suppression. *Child Abuse & Neglect*, 17(1), 7-24. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(93\)90004-O](https://doi.org/10.1016/0145-2134(93)90004-O)
- 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. <https://doi.org/10.1080/00223980109603677>

- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse : A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 331-342. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.07.007>
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998a). Caregivers of children with sexual behavior problems : Psychological and familial functioning. *Child Abuse & Neglect*, 22(2), 129-141. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00123-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00123-3)
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998b). Children with sexual behavior problems : Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3(4), 384-406.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-Year Research Update Review : Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. <https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>
- Putnam, F. W., Helmers, K., & Trickett, P. K. (1993). *Development, reliability, and validity of a child dissociation scale | Elsevier Enhanced Reader*. 17, 731-741. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(08\)80004-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(08)80004-X)
- Putnam, F. W., & Peterson, G. (1994). Further validation of the Child Dissociative Checklist. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 7(4), 204–211.
- Roskam, I. (2016). Les questionnaires. *PSY-Evaluation, mesure, diagnostic*, 37-64.
- Russel, D. E. H. (1983). The Incidence and Prevalence of Intrafamilial and Extrafamilial Sexual Abuse of Female Children. *Child Abuse & Neglect*, 7, 133-146.
- Sadowski, H., Trowell, J., Kolvin, I., Weeramanthri, T., Berelowitz, M., & Gilbert, L. H. (2003). Sexually abused girls : Patterns of psychopathology and exploration of risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(5), 221-230.

- Saint-Laurent, L. (1990). Étude psychométrique de l'inventaire de dépression pour enfants de Kovacs auprès d'un échantillon francophone. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 22(4), 377-384.
<https://doi.org/10.1037/h0078990>
- Samuels, G. M., & Pryce, J. M. (2008). "What doesn't kill you makes you stronger": Survivalist self-reliance as resilience and risk among young adults aging out of foster care. *Children and Youth Services Review*, 30(10), 1198-1210.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.03.005>
- Sandnabba, N. K., Santtila, P., Wannäs, M., & Krook, K. (2003). Age and gender specific sexual behaviors in children. *Child Abuse & Neglect*, 27(6), 579-605.
[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00102-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00102-9)
- Sawyer, G. K., & Hansen, D. J. (2014). Heterogeneous Symptom Patterns of Sexually Abused Children in Treatment: Understanding the Complexity of the Problem. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(8), 900-917.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2014.964439>
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Cohen, J. A. (2000). Treatment of sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.9.1040>
- Sickmund, M. (2014). Law enforcement and juvenile crime. Dans C. Puzanchera (Éd.), *Juvenile Offenders and Victims: 2014 National Report*. National Center for Junevile Justice. <https://www.ojjdp.gov/ojstatbb/nr2014/downloads/chapter5.pdf>
- Silovsky, J. F., & Niec, L. (2002). Characteristics of Young Children with Sexual Behavior Problems: A Pilot Study. *Child Maltreatment*, 7(3), 187-197.
<https://doi.org/10.1177/1077559502007003002>

- Silovsky, J. F., Niec, L., Bard, D., & Hecht, D. B. (2007). Treatment for Preschool Children With Interpersonal Sexual Behavior Problems : A Pilot Study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 378-391.
<https://doi.org/10.1080/15374410701444330>
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, Appraisal, and Coping in Child Sexual Abuse : A Theoretical and Empirical Review. *Psychological Bulletin*, 116(2), 340-362.
- St-Amand, A., Silovsky, J. F., & Saint-Jacques, M.-C. (2011). Comprendre les enfants aux comportements sexuels problématiques et intervenir auprès d'eux : Bilan des connaissances. *Canadian Social Work Review*, 28(2), 225-253.
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse : Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101.
<https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Szanto, L., Lyons, J. S., & Kisiel, C. (2012). Childhood Trauma Experience and the Expression of Problematic Sexual Behavior in Children and Adolescents in State Custody. *Residential Treatment For Children & Youth*, 29(3), 231-249.
<https://doi.org/10.1080/0886571X.2012.702519>
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Predictors of Problematic Sexual Behavior Among Children With Complex Maltreatment Histories. *Child Maltreatment*, 13(2), 182-198.
<https://doi.org/10.1177/1077559508316043>
- Théorêt, M. (2006). La résilience, de l'observation du phénomène vers l'appropriation du concept par l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 31(3), 633-658.
<https://doi.org/10.7202/013913ar>

- Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2013). A Developmental Psychopathology Perspective on Child Maltreatment. *Child Maltreatment*, 18(3), 135-139.
<https://doi.org/10.1177/1077559513500380>
- Tougas, A.-M., Boisvert, I., Tourigny, M., Lemieux, A., Tremblay, C., & Gagnon, M. M. (2016). Psychosocial Profile of Children Having Participated in an Intervention Program for Their Sexual Behavior Problems : The Predictor Role of Maltreatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(2), 127-141.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1120258>
- Tourigny, M., Daignault, 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*. 119.
- Tremblay, C., Marchand, V., Bégin, H., Bêty, C., & Beaulieu, I. (2007). *Comportements sexuels problématiques chez les jeunes en difficulté : Dépistage et intervention*. Centres jeunesse de Lanaudière.
- Tremblay, M.-J., Daignault, I. V., Fontaine, N. M. G., Boisvert, I., & Tourigny, M. (2020). School-aged children with sexual behavior problems_ Untangling the relationship between externalizing behavior problems and non-sexual victimization on the variety and severity of sexual behaviors | Elsevier Enhanced Reader. *Child Abuse & Neglect*, 107.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104490>
- Trickett, P. K. (2006). Defining child sexual abuse. Dans *Child abuse and neglect : Definitions, classifications, and a framework for research* (p. 129-148). Paul H. Brookers Publishing Co.

- Troc  , N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., Tonmyr, L., Blackstock, C., Barter, K., Turcotte, D., & Cloutier, R. (2005). *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect, 2003 : Major Findings*. Minister of Public Works and Government Services Canada.
<http://www.deslibris.ca/ID/202157>
- Trousse média sur les agressions sexuelles*. (2020, novembre 4). INSPQ.
<https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/sources>
- Turgeon, L., & Chartrand,   . (2003). Reliability and Validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in a French-Canadian Sample. *Psychological Assessment*, 15(3), 378. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.3.378>
- U.S. Department of Health and Human Services. (1993). *National Survey of Current & Former Foster Parents*.
https://www.ndacan.cornell.edu/datasets/pdfs_user_guides/Dataset079UsersGuide.pdf
- Vizard, E. (2006). Sexually Abusive Behaviour by Children and Adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(1), 2-8. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00375.x>
- Wherry, J. N., Jolly, J. B., Feldman, J., Adam, B., & Manjanatha, S. (1996). Child Sexual Behavior Inventory Scores for Inpatient Psychiatric Boys : An Exploratory Study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 4(3), 95-105.
https://doi.org/10.1300/J070v04n03_07
- Wolfe, V. V. (2007). Child sexual abuse. Dans *Assessment of childhood disorders, 4th ed* (p. 685-748). Guilford Press.

ANNEXE 1 – Formulaire de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

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

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

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

Madame, Monsieur,

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

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

EN QUOI CONSISTE LA PARTICIPATION AU PROJET?

Le projet comprend quatre volets différents:

- 1) Collecte de données effectuée directement auprès des participants

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

2) Dossiers cliniques et services filmés du CEMV

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

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

Votre participation à ce volet consiste à autoriser que l'équipe de chercheuses 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 Jeunesse). La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code numérique pour identifier les questionnaires, les informations recueillies dans le dossier clinique ainsi que les enregistrements audio et vidéo. Seuls l'équipe de chercheuses et leurs assistantes auront accès aux formulaires de consentement. Ces personnes sont toutefois tenues au respect de la confidentialité des informations consultées. En plus des chercheuses impliquées dans ce projet, des étudiants/es de maîtrise et de doctorat (supervisés/es par ces chercheuses) pourraient avoir accès au fichier de traitement statistique des données dénominalisées. Ainsi, ces données pourraient faire l'objet d'une utilisation secondaire, ce qui ne permettrait d'aucune façon

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

l'identification des participants/es. Les résultats des recherches effectuées avec ces données ne permettront pas non plus d'identifier les personnes participantes. Les résultats seront diffusés dans des articles de revues scientifiques, des présentations lors de congrès et colloques, et des mémoires (maîtrise) et thèses (doctorat). Les questionnaires et les informations recueillies dans le dossier clinique seront conservés 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: belanger.m@uqam.ca.

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

CONSENTEMENT ET ASSENTIMENT - SIGNATURES

En signant le présent formulaire, je certifie que:

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

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

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

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

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

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

Nom et prénom du parent/tuteur (Lettres moullées) Consentement du parent/tuteur (Signature) Date (j/jmm/aaaa)

Nom et prénom de l'enfant (Lettres moullées) Assentiment de l'enfant (Signature) (si capable de comprendre la nature du projet) Date (j/jmm/aaaa)

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

Date de naissance de l'enfant (j/jmm/aaaa) Age de l'enfant: _____

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

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

Adresse Numéro Rue Appartement

Municipalité Province Code postal

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

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

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

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

Nom de la personne qui a obtenu le consentement (Lettres moullées) Signature de la personne qui a obtenu le consentement Date (j/jmm/aaaa)

ANNEXE 2 – Certificat éthique



N° de certificat
CERAS-2016-17-284-D-2

Comité d'éthique de la recherche – Société et culture

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE - 2^e renouvellement -

Le Comité d'éthique de la recherche – Société et culture, selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal

Projet	
Titre du projet	The Socio-Judiciary Service Trajectory of Sexual Abused Children: Identifying Circumstances that Promote Efficient Coordination, Children's Recovery, and that Facilitate Legal Actions
Chercheuses requérantes	Isabelle Daignault , Professeure agrégée FAS - École de criminologie, Université de Montréal Mireille Cyr , Professeure titulaire, FAS - Département de psychologie Denis Lafortune , Professeur titulaire, FAS - École de criminologie Jade St-Hilaire , Étudiante à la maîtrise en criminologie, Université de Montréal
Autres collaboratrices	Martine Hébert (Université du Québec à Montréal); Delphine Vézina-Collin (Université McGill)
Modifications	18 janv. 2021: ajout d'une étudiante
Financement	
Organisme	CRSH
Programme	Développement savoir
Numéro de compte	(430-2015-01209) RNH00576
Chercheur principal	Isabelle Daignault (Université de Montréal)
No de compte	RNH00576

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CER-SC qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CER-SC. Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du Comité.

Comité d'éthique de la recherche -
Société et culture
Université de Montréal

17 février 2021

Date de délivrance du

renouvellement

16 février 2017

Date du certificat initial

1^{er} mars 2022

Date du prochain suivi

1^{er} mars 2022

Date de fin de validité

*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat

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

adresse civique
3333, Queen Mary
Local 220-2
Montréal QC H3V 1A2
www.cerep.umontreal.ca

Téléphone : 514-343-6111#5925
cerep@umontreal.ca

ANNEXE 3 – Analyses exploratoires des caractéristiques sociodémographiques de l'enfant et sa famille selon la présence ou l'absence de CSI et CSP

CHI-CARRÉ							
	Échantillon	Aucun CSI et CSP	CSI	CSP	x ²	ddl	p
	(N=372)	(N=228)	(N=83)	(N=61)			
Sexe de l'enfant					23,279	2	0,0001
Fille	252 (67,7%)	173 (75,9%)	52 (62,7%)	27 (44,3%)			
Garçon	120 (32,2%)	55 (24,1%)	31 (37,3%)	34 (55,7%)			
Type de famille					11,246	6	0,081
Famille d'origine	62 (16,7%)	44 (19,4%)	9 (10,8%)	9 (14,8%)			
Famille monoparentale	145 (39,0%)	94 (41,4%)	35 (42,2%)	16 (26,2%)			
Famille recomposée	86 (23,1%)	49 (21,6%)	18 (21,7%)	19 (31,1%)			
Famille d'accueil et autres	78 (21,0%)	40 (17,6%)	21 (25,3%)	17 (27,9%)			
Revenu annuel					4,982	6	0,679
19 999\$ et moins	108 (29,0%)	64 (29,4%)	25 (32,1%)	19 (35,8%)			
20 000\$ à 39 999\$	95 (25,5%)	62 (28,4%)	21 (26,9%)	12 (22,6%)			
40 000\$ à 59 999\$	72 (19,4%)	41 (18,8%)	17 (21,8%)	14 (26,4%)			
60 000\$ et plus	74 (19,9%)	51 (23,4%)	15 (19,2%)	8 (15,1%)			
Occupation de la mère					9,175	6	0,164
Aux études	36 (9,7%)	19 (8,6%)	10 (12,7%)	7 (12,1%)			
Emploi rémunéré	141 (37,9%)	99 (44,8%)	26 (32,9%)	16 (27,6%)			
Sans emploi	173 (46,5%)	100 (45,2%)	40 (50,6%)	33 (56,9%)			
Autre occupation	8 (2,2%)	3 (1,4%)	3 (3,8%)	2 (3,4%)			
Scolarité de la mère					5,118	8	0,745
Études primaires	11 (3,0%)	7 (3,2%)	2 (2,6%)	2 (3,7%)			
Études secondaires	137 (36,8%)	79 (35,9%)	31 (40,3%)	27 (50,0%)			
Études collégiales	138 (37,1%)	93 (42,3%)	30 (39,0%)	15 (27,8%)			
Baccalauréat	54 (14,5%)	35 (15,9%)	11 (14,3%)	8 (14,8%)			
Maîtrise ou doctorat	11 (3,0%)	6 (2,7%)	3 (3,9%)	2 (3,7%)			
ONEWAY ANOVA							
	Moyenne (É-T)				F	ddl	p
Âge de l'enfant	9,4 (2,2)	9,4 (2,1)	9,1 (2,4)	9,5 (2,3)	0,788	2	0,455
Âge de la mère	38,5 (7,7)	38,6 (7,5)	38,8 (8,2)	37,7 (7,8)	0,382	2	0,683
K-WALLIS							
	Moyenne (É-T)	Rang moyen		H	ddl	p	
Nombre d'enfants dans la famille	3,18 (1,8)	177,6	188,4	220,9	8,327	2	0,101

Note. 1 Groupe Aucun CSI et CSP se distingue du groupe CSP

ANNEXE 4 – Analyses exploratoires des caractéristiques de l'enfant, des stresseurs affectant la capacité parentale, des expériences de vie adverses, des caractéristiques de l'AS et du soutien perçu selon la présence ou l'absence de CSI et CSP

CHI-CARRÉ							
	Échantillon	Aucun CSI et CSP	CSI	CSP	x ²	ddl	p
	(N=372)	(N=228)	(N=83)	(N=61)			
Dissociation					19,167	2	0,000³
Non clinique	272 (73,1%)	185 (82,2%)	48 (59,3%)	39 (66,1%)			
Clinique	93 (25,0%)	40 (17,8%)	33 (40,7%)	20 (33,9%)			
Dépression					5,634	2	0,060
Non clinique	302 (81,2%)	195 (88,6%)	59 (77,6%)	48 (84,2%)			
Clinique	51 (13,7%)	25 (11,4%)	17 (22,4%)	9 (15,8%)			
État de stress post-traumatique					2,093	2	0,351
Non clinique	220 (62,9%)	139 (63,8%)	41 (56,2%)	40 (67,8%)			
Clinique	130 (37,1%)	79 (36,2%)	32 (43,8%)	19 (32,2%)			
Médication					18,945	2	0,000²
Non	263 (70,7%)	179 (78,5%)	45 (54,2%)	39 (63,9%)			
Oui	109 (29,3%)	49 (21,5%)	38 (45,8%)	22 (36,1%)			
Violence intergénérationnelle					4,087	2	0,130
Non vécue	174 (46,8%)	111 (48,7%)	31 (37,3%)	32 (52,5%)			
Vécue	198 (53,2%)	117 (51,3%)	52 (62,7%)	29 (47,5%)			
Abus physique					1,707	2	0,426
Non vécue	227 (61,0%)	145 (63,6%)	48 (57,8%)	34 (55,7%)			
Vécue	145 (39,0%)	83 (36,4%)	35 (42,2%)	27 (44,3%)			
Abus psychologique					5,024	2	0,081
Non vécue	225 (60,5%)	147 (64,5%)	48 (57,8%)	30 (49,2%)			
Vécue	147 (39,5%)	81 (35,5%)	35 (42,2%)	31 (50,8%)			
Négligence					3,225	2	0,199
Non vécue	263 (70,7%)	168 (73,7%)	57 (68,7%)	38 (62,3%)			
Vécue	109 (29,3%)	60 (23,6%)	26 (31,3%)	23 (37,7%)			
Exposition VC					7,625	2	0,022³
Non vécue	188 (50,5%)	128 (56,1%)	36 (43,4%)	24 (39,3%)			
Vécue	184 (49,5%)	100 (43,9%)	47 (56,6%)	37 (60,7%)			
Autre AS					3,718	2	0,156
Non vécue	311 (83,6%)	197 (86,4%)	67 (80,7%)	47 (77,0%)			
Vécue	61 (16,4%)	31 (13,6%)	16 (19,3%)	14 (23,0%)			
Polyvictimisation					6,438	2	0,040¹
Non	246 (66,1%)	161 (70,6%)	52 (62,7%)	33 (54,1%)			
Oui	126 (33,9%)	67 (29,4%)	31 (37,3%)	28 (45,9%)			
Dossier actif LPJ					14,715	2	0,001 ¹
Non	162 (43,5%)	110 (48,2%)	39 (47,0%)	13 (21,3%)			
Oui	210 (56,5%)	118 (51,8%)	44 (53,0%)	48 (78,7%)			
Placement					7,643	2	0,022 ²
Non	291 (78,2%)	189 (82,9%)	58 (69,9%)	44 (72,1%)			
Oui	81 (21,8%)	39 (17,1%)	25 (30,1%)	17 (27,9%)			
Gravité de l'AS					7,366	4	0,118
Moins grave	27 (7,3%)	21 (9,3%)	4 (4,9%)	2 (3,4%)			
Grave	94 (25,3%)	65 (28,9%)	17 (21,0%)	12 (20,7%)			
Très grave	243 (65,3%)	139 (61,8%)	60 (74,1%)	44 (75,9%)			
Durée de l'AS					9,688	4	0,046^{1,4}
Épisode unique	77 (20,7%)	48 (22,0%)	21 (26,6%)	8 (14,5%)			
Quelques événements	138 (37,1%)	83 (38,1%)	24 (30,4%)	31 (56,4%)			
Répétitif ou chronique	137 (36,8%)	87 (39,9%)	34 (43,0%)	16 (29,1%)			
Agression intrafamiliale					0,849	2	0,654
Non	106 (28,5%)	62 (27,3%)	25 (30,9%)	19 (32,8%)			
Oui	260 (69,9%)	165 (72,7%)	56 (69,1%)	39 (67,2%)			

ONEWAY ANOVA							
	Moyenne (É-T)				F	ddl	p
<i>Comportements extériorisés</i>	62,95 (10,46)	61,00 (10,30)	66,03 (10,40)	66,10 (9,48)	10,60	2	0,000³
<i>Comportements intériorisés</i>	62,07 (10,51)	61,84 (10,49)	62,84 (10,59)	61,90 (10,59)	0,27	2	0,762
<i>Anxiété</i>	50,42 (30,74)	47,78 (30,32)	55,89 (30,65)	53,38 (31,76)	2,29	2	0,103
<i>Stratégie d'extériorisation</i>	8,00 (3,85)	7,58 (3,71)	9,29 (4,07)	8,02 (3,81)	5,22	2	0,006²
<i>Stratégie d'intériorisation</i>	9,50 (4,26)	9,37 (4,29)	10,26 (4,20)	9,05 (4,19)	1,50	2	0,226
<i>Stress général</i>	5,75 (3,61)	5,64 (3,50)	5,95 (4,13)	5,92 (3,29)	0,28	2	0,755
<i>Stress dévoilement</i>	6,23 (2,81)	6,25 (2,79)	6,16 (2,87)	6,28 (2,92)	0,03	2	0,967
<i>Maltraitance</i>	1,74 (1,57)	1,56 (1,52)	1,92 (1,59)	2,16 (1,68)	4,34	2	0,014¹
<i>Soutien général perçu à la suite de l'AS</i>	4,24 (1,66)	4,47 (1,57)	3,92 (1,75)	3,82 (1,77)	5,24	2	0,006³
K-WALLIS							
	Moyenne (É-T)		Rang moyen		H	ddl	p
<i>Estime de soi</i>	18,98 (4,04)	187,95	170,08	160,59	4,13	2	0,127
<i>Soutien maternel perçu à la suite de l'AS</i>	5,36 (1,34)	174,82	165,87	153,36	3,75	2	0,153

Note. 1 Groupe Aucun CSI et CSP se distingue du groupe CSP

Note. 2 Groupe Aucun CSI et CSP se distingue du groupe CSI

Note. 3 Groupe Aucun CSI et CSP se distingue du groupe CSP et du groupe CSI

Note. 4 Seule la catégorie Quelques événements permet d'établir une distinction entre les groupes Aucun CSI/CSP et CSP