

Université de Montréal

**Facteurs personnels, familiaux et environnementaux associés aux symptômes de  
somatisation chez les victimes d'agression sexuelle d'âge scolaire**

*Par*

Hina Raza

École de santé publique de l'Université de Montréal

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise  
en santé publique, option recherche

Janvier 2022

© Hina Raza, 2022



Université de Montréal

École de santé publique

---

*Ce mémoire intitulé*

**Facteurs personnels, familiaux et environnementaux associés aux symptômes de somatisation chez les victimes d'agression sexuelle d'âge scolaire**

*Présenté par*

**Hina Raza**

*A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes*

**Olivier Ferlatte**

Président-rapporteur

**Sylvana Côté**

Directrice de recherche

**Martine Hébert**

Codirectrice

**Eve Pouliot**

Membre du jury



## Résumé

La somatisation est la manifestation de symptômes physiques en réponse à une détresse psychologique. Chez les enfants victimes d'agression sexuelle (AS), la somatisation et les facteurs associés sont peu documentés dans la littérature. Puisque la somatisation peut diminuer la qualité de vie, il est important d'identifier les facteurs qui seraient des cibles d'interventions. L'étude a pour objectif d'examiner les caractéristiques de l'AS, ainsi que les facteurs personnels, familiaux et environnementaux associés aux symptômes somatiques dans cette population. L'échantillon comprend 655 enfants (68,9 % de filles;  $M = 8,96$ ,  $SD = 1,87$ ) ayant dévoilé une AS. Des modèles de régression linéaire hiérarchique ont été utilisés pour étudier les associations entre les caractéristiques de l'AS, les facteurs personnels, familiaux et environnementaux et les symptômes somatiques. Les interactions avec le sexe ont été testées. La majorité (80 %) des enfants avaient au moins un symptôme somatique. En contrôlant pour le sexe et l'âge, le stress lié au dévoilement de l'AS ( $B = 0,17$ , IC à 95 % [0,10, 0,25]), la détresse parentale ( $B = 0,22$ , IC à 95 % [0,14, 0,29]), le nombre d'évènements de vie stressants ( $B = 0,15$ , IC à 95 % [0,08, 0,23]) et la défavorisation sociale du quartier ( $B = 0,25$ , IC à 95 % [0,05, 0,45]), étaient indépendamment associés à plus de symptômes. Des interventions axées sur le contexte familial et environnemental peuvent être considérées pour atténuer les conséquences de l'AS sur les plaintes somatiques.

**Mots-clés :** Agression sexuelle d'enfant, maltraitance d'enfant, somatisation



## Abstract

Somatization is the manifestation of physical symptoms as a response to psychological distress. In children victims of sexual abuse (SA), somatization and the associated risk and protective factors are understudied. Given that somatic symptoms can lead to functional impairment and decreased health-related quality of life, identifying areas of intervention at all levels of the child's environment is essential. The study aimed to identify SA characteristics, personal, family, and environmental factors associated with somatic complaints among child victims of sexual abuse. The sample included 655 children (68.9% girls;  $M = 8.96$  years,  $SD = 1.87$ ) seeking services after SA disclosure. Hierarchical linear regression models were used to investigate the associations between SA characteristics, personal, family, and environmental factors, and somatic symptoms. Interactions with sex were systematically tested. In the sample, 80% of children reported at least one somatic symptom. After controlling for sex and age, stress related to the SA disclosure ( $B = 0.17$ , 95% CI [0.10, 0.25]), parental distress ( $B = 0.22$ , 95% CI [0.14, 0.29]), the number of stressful life events ( $B = 0.15$ , 95% CI [0.08, 0.23]) and neighborhood social deprivation ( $B = 0.25$ , 95% CI [0.05, 0.45]), were independently associated with increasing somatic complaints. Children therefore depend on the support of adults around them and on their entire social environment to mitigate the consequences of SA on somatic complaints. Interventions focused on family and environmental factors should be considered to support this vulnerable population.

**Keywords** : Child sexual abuse, child maltreatment, somatic complaints



# Table des matières

Résumé.....	5
Abstract.....	7
Table des matières.....	9
Liste des tableaux.....	13
Liste des figures.....	15
Liste des sigles et abréviations.....	17
Remerciements.....	19
Chapitre 1 – Introduction.....	21
Chapitre 2 – Recension des écrits.....	25
2.1 Agression sexuelle chez l’enfant.....	25
2.1.1 Définition de l’AS.....	25
2.1.2 Épidémiologie.....	26
2.2 Conséquences psychologiques et physiques de l’AS.....	27
2.3 Facteurs de risque et de protection à la suite de l’AS.....	28
2.3.1 Caractéristiques de l’AS.....	28
2.3.2 Facteurs personnels.....	30
2.3.3 Facteurs familiaux.....	30
2.3.4 Facteurs environnementaux.....	31
2.4 La somatisation.....	32
2.5 La somatisation chez les victimes d’AS.....	34
2.6 Pertinence du mémoire.....	35
Chapitre 3 - Cadre conceptuel.....	37

Chapitre 4 – Méthodologie .....	41
4.1 Échantillon .....	42
4.2 Considérations éthiques .....	42
4.3 Mesures .....	43
Variable dépendante.....	43
La somatisation .....	43
Variables indépendantes .....	43
Caractéristiques sociodémographiques et caractéristiques de l’AS.....	43
Caractéristiques sociodémographiques .....	43
Sévérité de l’AS .....	44
Stress lié au dévoilement de l’AS .....	44
Facteurs personnels .....	44
Traumas interpersonnels .....	44
Estime de soi .....	45
Stratégies d’adaptation ou de coping .....	45
Symptômes d’anxiété.....	45
Symptômes de dépression.....	45
Facteurs familiaux.....	46
Attachement .....	46
Soutien social .....	46
Détresse psychologique du parent non-agresseur .....	46
Nombre d’évènements de vie stressants .....	47
Facteurs environnementaux .....	47
Indice de défavorisation matérielle et sociale.....	47
4.4 Analyses statistiques .....	48

Chapitre 5 – Article.....	51
Abstract .....	52
Introduction.....	53
Methods.....	56
Results.....	61
Discussion .....	69
Conclusion .....	72
References.....	74
Chapitre 6 – Discussion .....	83
6.1 Sommaire et interprétation des résultats .....	83
6.2 Forces et limites de l’étude .....	85
6.3 Implications pour la pratique en santé publique .....	86
6.4 Pistes de recherche futures.....	89
Chapitre 7 – Conclusion.....	91
Références bibliographiques.....	93
Annexe A : Approbation comité d’éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine.....	107
Annexe B : Approbation comité institutionnel d’éthique de la recherche avec les êtres humains de l’Université du Québec à Montréal .....	110
Annexe C : Formulaire de consentement des parents.....	114
Annexe D : Questionnaire du parent.....	118
Annexe E : Questionnaire de l’enfant.....	127
Annexe F : Tableau supplémentaire .....	133



## Liste des tableaux

Tableau 1. –	Table 1. <i>Sociodemographic and Sexual Abuse Characteristics of Participants ...</i>	62
Tableau 2. –	Table 2. <i>Means and Standard Deviations for the Study Variables, by Sex .....</i>	63
Tableau 3. –	Table 3. <i>Univariable Associations Between Sexual Abuse (SA), Child, Family and Environmental Factors and Somatization .....</i>	65
Tableau 4. –	Table 4. <i>Multivariable Associations Between Sexual Abuse (SA), Child, Family and Environmental Factors and Somatization .....</i>	68
Tableau 5. –	<i>Supplementary Table 1. Characteristics of Somatic Symptoms, by Sex .....</i>	133



## Liste des figures

Figure 1. –	Modèle transactionnel de Spaccarelli (1994).....	38
Figure 2. –	Cadre conceptuel proposé par Beck (2008) : modèle de travail pour l'étude des symptômes de somatisation pendant l'enfance et l'adolescence .....	39



## Liste des sigles et abréviations

AS : Agression sexuelle

CBCL : *Child Behavior Checklist*

CSA: *Child sexual abuse* (agression sexuelle envers un enfant)

CHU : Centre hospitalier universitaire

CI : *Confidence interval* (intervalle de confiance)

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

M : *Mean* (moyenne)

SD : *Standard deviation* (écart-type)

SPT : Stress post-traumatique

TSPT : Trouble de stress post-traumatique



## **Remerciements**

Merci à Martine Hébert et à Sylvana Côté pour leur supervision, et de m'avoir accueillie dans leur laboratoire de recherche. Un immense merci à Laetitia Mélissande Amédée qui a été une mentore exceptionnelle pour la réalisation de ce projet. Merci à Massimiliano Orri et Pascale Domond pour leurs contributions et leur disponibilité durant les derniers mois. Merci aux membres du jury pour leur révision.

Merci à ma famille et à mes amis pour leur encouragements et particulièrement un grand merci à Alexandrine Bisson, Vincent Beaudet-Lagacé et Marie-Eve Pilote. Finalement, un grand merci à mon mari qui m'encourage et me soutient dans tous mes projets!



## Chapitre 1 – Introduction

L'agression sexuelle (AS) envers l'enfant est une problématique de santé publique majeure en raison de sa prévalence élevée et de ses conséquences négatives sur la santé des enfants (Letourneau et al., 2014). Mondialement, on estime qu'environ 8 % à 31 % des filles et 3 % à 17 % des garçons ont vécu une AS avant l'âge de 18 ans (Barth et al., 2013). L'AS est associée à des difficultés psychologiques telles que le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et les problèmes de comportement intériorisés (p. ex. anxiété, dépression) et extériorisés (p. ex. agressivité, non-respect des règles) (Hébert, Langevin, et al., 2018; Lewis et al., 2016; Vachon et al., 2015). Les études montrent également que l'AS est associée à des problèmes de santé physique. Des recensions systématiques rapportent que les adultes victimes d'AS ont une mauvaise perception de leur état de santé, plus de douleur, de problèmes cardiorespiratoires et gastro-intestinaux, souffrent davantage d'obésité que les adultes non victimes d'AS (Irish et al., 2010; Paras et al., 2009). De plus, comparativement aux adultes non victimes d'AS, les adultes victimes souffrent plus de symptômes de somatisation (Irish et al., 2010; Paras et al., 2009). La somatisation est considérée comme étant une manifestation physique d'une détresse psychologique ou émotionnelle (Saunders et al., 2020). Il s'agit de symptômes physiques qui sont incompatibles ou disproportionnés par rapport à l'histoire médicale, à l'examen physique, aux analyses de laboratoire et aux autres investigations (Malas et al., 2017). Les souffrances physiques et psychologiques qui découlent d'une AS nécessitent une prise en charge soutenue et complexe du réseau de la santé et entraînent ainsi des coûts de santé plus élevés pour les victimes, en comparaison avec la population générale. (Daigneault, Vézina-Gagnon, et al., 2017; Letourneau et al., 2018).

Chez les enfants, la somatisation est un problème de santé fréquent qui génère de multiples visites et investigations médicales (Andresen et al., 2011; Silber, 2011). Les symptômes fréquemment rapportés sont les maux de tête, les douleurs abdominales, les vomissements, la fatigue, les étourdissements, les douleurs thoraciques et l'insomnie (Beck, 2008; Elliott et al., 2020).

Dans la population générale, les études démontrent que des facteurs contextuels sur plusieurs niveaux (personnel, familial, social et environnemental) peuvent influencer la survenue de symptômes de somatisation (Beck, 2008; Beutel et al., 2020; Malas et al., 2017). De plus, des

événements de vie adverses ont également été associés à ces symptômes. Une étude chez les adolescents a démontré que les événements de vie stressants, notamment le fait de vivre de la maltraitance, prédisaient les symptômes de somatisation en contrôlant pour l'âge, l'anxiété, la dépression et le statut socio-économique (Bonvanie et al., 2017). Une recension systématique et une méta-analyse a démontré qu'avoir vécu une AS était associé à de multiples diagnostics de troubles somatiques au cours de la vie (Paras et al., 2009). De plus, une récente étude de cohorte populationnelle a démontré que la maltraitance envers les enfants, notamment l'AS, était associée à une probabilité plus élevée de somatisation, et était un facteur de risque pour la réduction de la qualité de vie liée à la santé à l'âge adulte (Piontek et al., 2021).

Bien que quelques études aient examiné la somatisation chez les adolescents victimes d'AS, la majorité des travaux sur le sujet ont été menées auprès de populations adultes. Des études auprès d'échantillons d'enfants d'âge scolaire, ainsi que des recherches qui explorent les facteurs contextuels impliqués sont nécessaires pour aider à mieux définir et à comprendre ce phénomène dans cette population (Duncan et al., 2019; Lanier et al., 2010; Paras et al., 2009). Puisque les enfants d'âge scolaire peuvent être plus vulnérables à l'adversité à ce stade de leur développement, et que la somatisation peut être associée à des troubles fonctionnels, à l'absentéisme scolaire et peut avoir des impacts psychologiques et sociaux à long terme, il est important de bien identifier des domaines d'intervention possibles (Janssens et al., 2014; Malas et al., 2017; Mulvaney et al., 2006).

Dans la littérature scientifique, les auteurs proposent que les facteurs spécifiques à l'AS, la réaction de l'enfant face au stress, ses relations interpersonnelles et son environnement, peuvent agir comme des facteurs de risque ou de protection contre les conséquences associées à l'AS (Boisjoli et al., 2019; Domhardt et al., 2015; Hébert, Daspe, et al., 2018; Yancey et Hansen, 2010). Bien que ces facteurs de risque aient été largement étudiés dans le domaine de l'AS (Yancey et al., 2013) l'influence du contexte environnemental et de la communauté, telle que le niveau de défavorisation des quartiers est moins bien documentée (Zielinski et Bradshaw, 2006). En effet, de nombreuses études ont exploré les facteurs de protection sur les plans personnels et familiaux en négligeant les facteurs communautaires (Afifi et MacMillan, 2011). Pourtant, des études ont démontré que les communautés et les quartiers peuvent jouer un rôle important dans l'adaptation des enfants victimes de maltraitance (Zielinski et Bradshaw, 2006). Plus précisément, le contexte communautaire et le fait de vivre dans des quartiers défavorisés pourraient influencer les groupes

de pairs, l'environnement scolaire, les ressources communautaires et de santé et, par le fait même, influencer les conséquences liées à l'AS (Domhardt et al., 2015; Zielinski et Bradshaw, 2006).

L'objectif de ce mémoire est de quantifier les associations entre les facteurs socio-écologiques et la somatisation chez les enfants d'âge scolaire victimes d'AS. Plus précisément, cette étude vise à examiner les caractéristiques de l'AS, les facteurs personnels, les facteurs familiaux et les facteurs environnementaux associés aux symptômes de somatisation chez cette population.

Dans ce mémoire par article scientifique, une recension des écrits sera présentée suivie d'une analyse des cadres conceptuels servant d'appuis pour la conduite de cette recherche. Ensuite, une description de la méthodologie sera abordée suivie de l'article scientifique qui a été soumis à une revue scientifique. Le mémoire se terminera par une discussion et une conclusion complémentaires à l'article.



## **Chapitre 2 – Recension des écrits**

### **2.1 Agression sexuelle chez l'enfant**

L'AS envers les enfants est une problématique de santé publique mondialement répandue (Stoltenborgh et al., 2011) et associée à des difficultés psychologiques, telles que le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et les problèmes de comportements intériorisés et extériorisés (Lewis et al., 2016; Yancey et al., 2011). De plus, les conséquences d'une AS pendant l'enfance peuvent se perpétuer à travers les générations en ayant des effets négatifs dans plusieurs domaines de la vie des victimes, notamment sur la santé, l'éducation, l'emploi, la criminalité et l'économie (Baril et Laforest, 2018). Les répercussions peuvent même se faire ressentir à plus grande échelle, soit au niveau de leur famille, leur communauté et même dans la société (Baril et Laforest, 2018).

#### **2.1.1 Définition de l'AS**

Il n'existe pas de définition universelle de l'AS (Mathews et Collin-Vézina, 2019), puisque cela peut dépendre du cadre considéré (politique, légal, scientifique), du pays et de l'âge légal de consentement par exemple. Au Québec, la définition généralement acceptée est celle du ministère de la Santé et des Services Sociaux et cette dernière sera utilisée dans ce mémoire (Gouvernement du Québec, 2001). Selon cette définition :

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

Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), une AS peut être avec contact physique (rapport sexuel avec pénétration, attouchements) ou sans contact physique (harcèlement, exposition à des actes sexuels, exhibition, incitation à commettre des actes sexuels, enregistrements visuels de nature sexuelle) (2021). De plus, au Canada, selon le Code criminel, un élément

important dans la définition de l'AS est le consentement (Secrétariat à la condition féminine, 2016). Une personne ne peut donner son consentement si elle est en situation d'incapacité de formuler un consentement, en situation de dépendance ou si elle a moins de 16 ans (Institut national de santé publique du Québec, 2021).

### **2.1.2 Épidémiologie**

Dans le monde, il est estimé qu'environ 8 % à 31 % des filles et 3 % à 17 % des garçons ont vécu une AS avant l'âge de 18 ans (Barth et al., 2013). Au Québec environ 10 % des hommes et 20 % des femmes rapportent avoir été victimes d'une AS avant l'âge de 18 ans, ce qui représente environ 14 % de la population (Tourigny et al., 2006). Par contre, en raison du manque de consensus sur la définition de ce qui constitue une AS, sa prévalence peut varier d'une étude à une autre (Mathews et Collin-Vézina, 2019). Il faut aussi tenir compte du fait que ce ne sont pas toutes les AS qui sont signalées aux autorités. En effet, une étude réalisée au Canada a rapporté que seulement 10,4 % des adultes ayant vécu une AS durant l'enfance ont été rencontrés par les services de la protection de la jeunesse (Afifi et al., 2015). Une des raisons peut être que dans certaines juridictions, les situations d'AS extrafamiliales (p. ex. un étranger, une connaissance de la famille, etc.) sont plutôt prises en charge par les corps policiers (Trocmé, 2010). En effet, ils ne sont pris en charge par les services de la protection de la jeunesse que si la sécurité de l'enfant est compromise. Ainsi certains enfants victimes d'AS, dont les parents ont pris les moyens pour assurer la sécurité (p. ex. s'assurer que l'enfant n'ait pas de contact avec l'agresseur, que l'enfant bénéficie de services, la collaboration avec les intervenants, etc.) n'ont donc pas été en contact avec les services de la protection de la jeunesse et donc ne sont pas comptabilisés dans leurs statistiques. Ensuite, certains enfants ne dévoilent l'AS que plus tard à l'âge adulte ou ne dévoileront jamais. En effet, une étude québécoise a démontré que 20 % des adultes de leur échantillon ayant été victimes d'AS à l'enfance n'avaient jamais fait de dévoilement (Hébert et al., 2009). Les situations d'AS chez les enfants peuvent être accompagnées de menaces ou de demandes de garder le secret ce qui peut retarder ou nuire au dévoilement (Schaeffer et al., 2011). De plus, dans les cas d'AS intrafamiliales, le risque de perturber les relations familiales et dynamiques familles peuvent aussi affecter le dévoilement (Ullman, 2003). Aussi, contrairement à d'autres formes de maltraitance, l'examen physique d'un enfant victime d'une AS est plus souvent normal, ce qui peut rendre la détection plus difficile (Fortin et Jenny, 2012). Au final, toutes ces raisons peuvent expliquer qu'il peut y avoir une sous-estimation du nombre de cas d'AS chez les enfants.

## **2.2 Conséquences psychologiques et physiques de l'AS**

Au niveau de la santé psychologique, il est bien décrit que les enfants victimes d'AS sont plus à risque de vivre un SPT et des symptômes de dissociation que des enfants non victimes et les enfants victimes de d'autres formes de trauma (Collin-Vezina et al., 2013). Les enfants victimes d'AS peuvent aussi vivre des problèmes émotionnels, des troubles de comportement intériorisés (dépression, anxiété) et des troubles de comportement extériorisés (agressivité, opposition) (Boisjoli et al., 2019). Les répercussions peuvent se ressentir dans toutes les sphères de leur vie. Notamment, les enfants victimes d'AS ont plus de difficulté de régulation émotionnelle (Hébert, Langevin, et al., 2018), sont plus à risque d'être victimisés par leurs pairs, (Hébert et al., 2016) et une étude a même démontré que l'AS peut avoir un impact négatif sur l'adaptation scolaire (Daignault et Hébert, 2009). Par contre, certains enfants, environ le tiers, n'auront pas de symptômes apparents (Kendall-Tackett et al., 1993; Putnam, 2003). Ceci peut s'expliquer par la grande variabilité dans les caractéristiques de l'AS qui peuvent mener à un large éventail de conséquences différentes selon les victimes (Collin-Vezina et al., 2013). Il se peut que les symptômes soient absents lors du dévoilement et n'apparaîtront qu'à un autre moment (Collin-Vezina et al., 2013). D'autres études ont trouvé que la variabilité dans la sévérité de l'AS, la précision des mesures utilisées pour détecter des symptômes et les stratégies d'adaptation de type évitement utilisés par les victimes peuvent masquer le niveau de détresse (Finkelhor et Berliner, 1995; Kendall-Tackett et al., 1993; Putnam, 2003). Finalement, certains enfants asymptomatiques pourraient être plus résilients que ceux ayant plus de symptômes (Kendall-Tackett et al., 1993; Putnam, 2003). L'analyse des facteurs pouvant influencer sur les conséquences associées à l'AS est donc importante pour bien saisir la diversité des profils chez les enfants victimes.

Au niveau des problèmes de santé physique, une étude populationnelle menée au Canada a démontré que les personnes victimes de toute forme de maltraitance durant l'enfance, incluant les AS, avaient plus de problèmes de santé à l'âge adulte, tels que des maladies cardiaques, pulmonaires, gastro-intestinales, des cancers et même l'obésité (Afifi et al., 2016). Plusieurs études tentent de faire le lien entre la maltraitance, toutes formes confondues, et les problèmes de santé physique. Une explication possible serait que les enfants qui vivent de la maltraitance auraient une plus grande réponse au stress (Jaffee et Christian, 2014). L'exposition au trauma affecterait l'axe hypothalamo-hypophysaire et causerait une sécrétion accrue de cortisol, ce qui amènerait des répercussions sur le plan physiologique, notamment au niveau de la santé cardiovasculaire

(Kendall-Tackett et Klest, 2009). Certaines études ont aussi fait des liens entre l'AS et des problèmes de sommeil (Hébert et al., 2017; Langevin et al., 2017). Une étude récente menée auprès d'un échantillon représentatif d'adolescents québécois a noté une association entre l'AS et un risque augmenté de détresse psychologique, une plus grande utilisation de services de santé mentale et des comportements à risque (alcool, drogues et cannabis) (Hébert et al., 2019). Ces comportements à risque peuvent rendre les individus plus propices à développer des problèmes de santé physique (Irish et al., 2010). Finalement, une étude réalisée au Québec portant sur des enfants et adolescents victimes d'AS a démontré une plus grande utilisation des soins de santé pour des problèmes de santé physique et psychologique (Daigneault, Hébert, et al., 2017).

## **2.3 Facteurs de risque et de protection à la suite de l'AS**

Dans la littérature portant sur les enfants victimes d'AS, les auteurs proposent que les caractéristiques de l'AS, les facteurs liés à l'enfant (personnels), les facteurs familiaux et les facteurs environnementaux puissent agir comme des facteurs de risque ou de protection contre les conséquences de l'AS (Boisjoli et al., 2019; Domhardt et al., 2015; Hébert, Daspe, et al., 2018; Yancey et Hansen, 2010).

### **2.3.1 Caractéristiques de l'AS**

Plusieurs études ont exploré l'influence des caractéristiques de l'AS, notamment la durée, la sévérité et la relation avec l'agresseur, sur les conséquences subies.

Tout d'abord, par rapport à la chronicité de l'AS, les études démontrent que plus l'AS est chronique ou plus les épisodes d'AS sont fréquents, plus il y aura de conséquences négatives (Yancey et Hansen, 2010). En effet, une étude a démontré que dans un échantillon d'enfants d'âge scolaire, la chronicité de l'AS était associée à plus de comportements sexualisés, de symptômes d'anxiété et de dépression et de comportements d'agressivité que chez un groupe contrôle (Hébert, Tremblay, et al., 2006)

Ensuite, bien que certaines études aient identifié que les AS plus sévères étant liées à davantage de conséquences chez les victimes, d'autres n'ont pas identifié ces liens (Yancey et Hansen, 2010). Certaines études menées auprès de populations adolescentes ont trouvé des associations entre la sévérité de l'agression et la survenue de plus de symptômes de somatisation (Bonvanie et al., 2015; Duncan et al., 2019). Par contre, il n'est pas rare, dans la littérature, de ne pas trouver de lien entre

la sévérité de l'AS et les symptômes de somatisation. Des travaux antérieurs suggèrent que l'impact relatif de la sévérité de l'agression peut dépendre d'autres caractéristiques, telles que la relation avec l'agresseur et la fréquence ou la durée de l'agression (Yancey et al., 2013). Une autre explication potentielle de ces résultats pourrait être que les enfants d'âge scolaire, en raison de leur niveau de développement, ont plus de difficulté à décrire les caractéristiques de l'AS que les adolescents, ou ne parviennent pas à rapporter tous les détails impliqués (Charest et al., 2019). Finalement, tout comme la définition de ce qui constitue une AS n'est pas universelle (Mathews et Collin-Vézina, 2019), la définition de ce qui qualifie une AS de sévère peut varier selon les études (Yancey et Hansen, 2010). Cela peut donc contribuer à la variabilité dans la littérature quant à l'association entre la sévérité de l'AS et les conséquences subies.

En ce qui concerne le lien entre l'enfant et l'agresseur, les études démontrent des résultats différents selon que l'agression soit intra ou extrafamiliale. Certains auteurs notent qu'une agression intrafamiliale aura un plus grand effet sur l'enfant, par contre, comme le soulignent Kendall-Tackett et al. (1993) il est important de noter qu'un lien intrafamilial ne témoigne pas nécessairement du lien d'attachement entre deux individus (Yancey et Hansen, 2010). De plus, certains auteurs ont émis l'hypothèse que les conséquences de l'AS pourraient être le résultat d'une combinaison de plusieurs facteurs, soit les événements stressants de la vie, le stress après le dévoilement de l'AS, et l'agression elle-même (Hecht et Hansen, 2001).

En lien avec le dévoilement de l'AS, il est reconnu dans la littérature que le dévoilement d'une AS est un processus complexe qui prend rarement la forme d'une déclaration unique (Tener et Murphy, 2014). Les études démontrent qu'une grande proportion des adultes victimes d'AS durant l'enfance n'ont jamais dévoilé ou ont retardé leur dévoilement d'AS (Hébert et al., 2009; Jonzon et Lindblad, 2004). En effet, une étude québécoise a démontré que plus de la moitié des adultes de leur échantillon ont attendu au moins 5 ans avant de dévoiler une situation d'AS (Hébert et al., 2009). Plusieurs raisons peuvent influencer un enfant à dévoiler une situation d'AS. Selon une recension systématique des écrits, les facteurs qui influencent un dévoilement comprennent la peur de ce qui va se passer suite au dévoilement, les réactions des autres comme la peur de l'incrédulité et les émotions et l'impact de l'agression (honte, gêne, culpabilité, responsabilité, mauvaise perception de soi) (Morrison et al., 2018). D'autres facteurs qui influencent le dévoilement d'une situation d'AS sont d'avoir une occasion de dévoiler, l'inquiétude pour soi-même et pour les autres, et les

sentiments envers l'agresseur (Morrison et al., 2018). Suite au dévoilement, les enfants et familles passeront à l'étape des procédures médicales et judiciaires. Il a été démontré que participer à plusieurs entrevues, être peu familier avec le système judiciaire et vivre de la stigmatisation peut contribuer à augmenter le stress des enfants suite au dévoilement (Ghetti et al., 2002). De plus, le dévoilement de l'AS peut entraîner le risque de perturber les relations et la dynamique familiale, surtout s'il s'agit d'un agresseur intrafamilial (Ullman, 2003). Enfin, si le dévoilement de l'AS est suivi de réactions négatives, comme un manque de soutien ou le fait de ne pas être cru, cela peut entraîner une série de problèmes d'adaptation, entraînant ainsi plus de stress (Ullman, 2003).

### **2.3.2 Facteurs personnels**

En ce qui concerne les facteurs spécifiques à l'enfant, les stratégies d'adaptation sont des comportements ou des pensées qu'utilisent les individus pour faire face à des stressseurs (Lazarus et Folkman, 1984). Les stratégies d'adaptation peuvent être divisées en deux grandes catégories, soit les stratégies de type approche (p. ex. la recherche de soutien social, résolution de problèmes) et les stratégies de type évitement (p. ex. la distanciation, la distraction) (Hébert, Daspe, et al., 2018). Des études ont révélé que face à l'adversité, les stratégies d'adaptation de type approche sont généralement liées à un meilleur ajustement, par opposition aux stratégies d'adaptation d'évitement qui sont généralement liées à davantage de symptômes (Boxer et Sloan-Power, 2013; Causey et Dubow, 1992). Ainsi, plus les stratégies d'adaptation de type approche sont utilisées par rapport aux stratégies d'adaptation de type évitement, plus efficace et plus positive sera l'adaptation au stress. De même, une étude portant sur les trajectoires d'enfants d'âge scolaire victimes d'AS a démontré que les enfants résilients s'appuyaient davantage sur des stratégies d'adaptation de type approche, que de type évitement, et avaient une plus grande estime de soi, lorsque comparés aux enfants ayant plus de détresse (Hébert, Parent, et al., 2006). Il est important de noter que dans la littérature il pourrait avoir une association positive entre les stratégies de type approche et davantage de symptômes. Une explication pourrait être que certains enfants avec plus de symptômes pourraient utiliser des stratégies de type d'approche pour tenter de faire face aux stressseurs (Hébert, Daspe, et al., 2018).

### **2.3.3 Facteurs familiaux**

En ce qui concerne les facteurs familiaux, de nombreuses études ont établi que le soutien du parent non-agresseur est un facteur important pour aider à mitiger les conséquences de l'AS sur les enfants

(Elliott et Carnes, 2001; Lovett, 2004). Plusieurs études ont révélé que la présence d'un parent disponible et soutenant peut influencer sur l'ampleur des conséquences à la suite de la maltraitance des enfants (Afifi et MacMillan, 2011; Cicchetti, 2013). Par contre, certaines études ont trouvé des résultats variables ou de faibles associations entre la mesure du soutien parental et les conséquences d'une AS (Wamser-Nanney, 2017). Plusieurs raisons peuvent expliquer la disparité des résultats, notamment les différences méthodologiques liées à la mesure du soutien des parents non-agresseurs, la diversité des outils d'évaluation, l'absence de consensus sur la manière de mesurer le soutien et la possibilité d'une variabilité dans le degré de soutien des parents non-agresseur dans les échantillons (Hébert, Daspe, et al., 2018). Pour contrer cette difficulté, certains auteurs ont suggéré que l'attachement au parent non-agresseur pourrait être une mesure plus à même de contribuer à la prédiction des conséquences associées à l'AS (Lamb et Lewis, 2004). En effet, la qualité de l'attachement au parent peut avoir un impact significatif sur l'adaptation de l'enfant face à l'adversité, et donc agir comme facteur de protection (DeKlyen et Greenberg, 2016). La sécurité de l'attachement au parent serait un facteur influençant les comportements intériorisés chez les enfants victimes d'AS (Charest et al., 2019). Une recension des écrits explorant la résilience à la suite de maltraitance envers les enfants, incluant l'AS, a également révélé qu'un environnement familial stable et des relations de soutien étaient liés à la résilience dans toutes les études répertoriées (Afifi et MacMillan, 2011). Des études ont suggéré que le fait de se sentir soutenu dans un environnement bienveillant et stable peut aider à une meilleure adaptation et à un meilleur fonctionnement à la suite d'expériences de maltraitance (Afifi et MacMillan, 2011). Il est aussi intéressant d'étudier l'attachement au père et à la mère de façon distincte, puisque les effets peuvent être différents. En effet, bien que les deux parents puissent ressentir une détresse suivant l'AS de leur enfant, les études suggèrent que les mères ressentent une plus grande détresse après le dévoilement de l'agression de leur enfant; ce qui pourrait avoir pour effet d'amener le père à être plus disponible et s'impliquer davantage à la suite des événements (Boisjoli et al., 2019; Cyr et al., 2016).

### **2.3.4 Facteurs environnementaux**

De nombreuses études ont exploré sur les plans personnels et familiaux, les facteurs de protection associés à la maltraitance. Bien que tous ces facteurs de risque aient été étudiés dans le domaine de l'AS chez les enfants (Yancey et al., 2013), l'influence du contexte communautaire, comme le niveau de défavorisation des quartiers, est moins documentée (Zielinski et Bradshaw, 2006). Au

niveau du statut socio-économique, la littérature a démontré qu'un faible statut socio-économique est associé à de moins bons résultats développementaux chez les enfants qui ont été victimes d'abus ou de négligence (Zielinski et Bradshaw, 2006). Le contexte économique tel que l'instabilité de l'emploi peut augmenter le stress parental et, ainsi, affecter négativement la qualité de la relation parent-enfant (Zielinski et Bradshaw, 2006). Cependant, il y a eu moins d'attention dans la littérature sur les variables au niveau de la communauté (Afifi et MacMillan, 2011). Pourtant, dans la population générale, il est reconnu que la communauté peut influencer le développement et les trajectoires des enfants, à travers les différentes ressources institutionnelles, les relations de soutien disponibles et les diverses normes en place (Leventhal et Brooks-Gunn, 2000). Une recension de 37 études explorant la résilience chez les victimes d'AS pendant l'enfance a conclu que le soutien social provenant de diverses sources, telles que la famille et l'environnement social plus large, agissait comme un facteur de protection contre les conséquences de l'AS (Domhardt et al., 2015). Il y a donc un besoin dans la recherche d'identifier, au-delà du statut socio-économique, comment les communautés et les différents facteurs qui y sont inhérents peuvent influencer les conséquences que vivent les enfants victimes de maltraitance, incluant les victimes d'AS (Zielinski et Bradshaw, 2006).

## **2.4 La somatisation**

La somatisation figure parmi les nombreuses conséquences de l'AS. Il s'agit d'un problème de santé qui peut entraver le fonctionnement dans plusieurs sphères de développement de l'enfant et qui peut se traduire en difficultés chroniques. La somatisation réfère à la présence de symptômes physiques qui sont incompatibles ou disproportionnés par rapport à l'histoire médicale, à l'examen physique et aux investigations cliniques (Malas et al., 2017). Chez les enfants, on estime que la somatisation représente environ 10 % à 15 % des visites en pédiatrie de première ligne (Rask et al., 2013). Les symptômes fréquemment rapportés sont les céphalées, les douleurs abdominales, les vomissements, la fatigue, les étourdissements, les douleurs thoraciques et l'insomnie (Beck, 2008; Elliott et al., 2020). La somatisation peut grandement affecter la qualité de vie des enfants. Les études ont notamment rapporté des impacts sur l'absentéisme scolaire, sur les relations avec les pairs et avec la famille, et sur l'isolement social (Ibeziako et al., 2019; Malas et al., 2017). La somatisation peut donc affecter les trajectoires développementales des enfants (Ibeziako et al., 2019; Malas et al., 2017). De plus, les enfants qui présentent des symptômes de somatisation vivent

plus d'investigations telles des examens médicaux parfois invasifs et plus de consultations avec des spécialistes (Ibeziako et al., 2019). Les conséquences engendrées par une AS peuvent donc contribuer à une augmentation du fardeau financier sur les familles et sur le système de la santé (Essau et al., 2013). En outre, il y a parfois des délais dans la reconnaissance et l'acceptation qu'il s'agit plutôt d'une manifestation physique d'une détresse psychologique, ce qui a pour conséquence d'entraîner des retards dans la prise en charge (Saunders et al., 2020).

Dans la population générale, la somatisation est le résultat d'une interaction complexe entre différents facteurs bio-psycho-sociaux (Beck, 2008). Des facteurs au niveau personnel, social et environnemental peuvent influencer la survenue de symptômes de somatisation (Beck, 2008). Au niveau personnel, des facteurs tels que l'âge et le sexe peuvent affecter les symptômes fonctionnels chez les enfants et les adolescents (Beck, 2008). En effet, les études suggèrent que les filles ont tendance à être plus à risque de symptômes de somatisation comparativement aux garçons en raison de leur tendance à exprimer des comportements plus intériorisés par rapport à extériorisés (Malas et al., 2017). Au niveau de l'âge, la majorité des études indiquent qu'avant la puberté, les taux de prévalence des symptômes somatiques fonctionnels sont similaires entre les garçons et les filles, puis après la puberté, les symptômes sont plus communs chez les filles (Ibeziako et Bujoreanu, 2011; Malas et al., 2017). Toujours au niveau des facteurs personnels, des études ont rapporté que les enfants qui présentent des symptômes de somatisation utilisent des stratégies d'adaptation moins efficaces (Malas et al., 2017). Cela peut être dû au fait que les stratégies d'adaptation peuvent affecter la régulation émotionnelle et l'adaptation au stress (Beck, 2008; Malas et al., 2017). En effet, les enfants ayant recours à des stratégies d'adaptation intériorisées peuvent avoir des difficultés à exprimer leurs émotions, ce qui peut entraîner des symptômes physiques (Malas et al., 2017). Plusieurs chercheurs ont étudié la relation qui existe entre la santé mentale et la somatisation. Une étude chez les adolescents a indiqué que l'anxiété et la dépression étaient des facteurs de risque pour la survenue de symptômes somatiques (Janssens et al., 2010). L'anxiété pourrait ainsi amener l'individu à se concentrer davantage sur les sensations corporelles, ce qui pourrait entraîner une intensité accrue de ses symptômes (Janssens et al., 2010). De façon similaire, les symptômes de dépression pourraient mener à la rumination, et ainsi augmenter la préoccupation concernant les sensations corporelles (Janssens et al., 2010). Une autre étude a révélé que l'estime de soi était un médiateur entre l'anxiété, la dépression et les plaintes somatiques (Terwogt et al., 2006).

Enfin, sur les plans social et environnemental, un moins bon soutien social, une faible scolarité et un faible statut socio-économique ont été associés à des plaintes somatiques chez les enfants et chez les adultes (Beck, 2008; Beutel et al., 2020). Tous ces facteurs peuvent contribuer à augmenter le stress et l'anxiété chez l'enfant (Beck, 2008). En conséquence, cela peut avoir un impact sur les capacités d'adaptation de l'enfant et contribuer à l'apparition de symptômes somatiques (Beck, 2008). De plus, des événements de vie adverses ou stressants ont également été associés à la somatisation. En effet, une étude menée auprès d'un échantillon d'adolescents a révélé que les événements de vie négatifs, comme une séparation, une maladie ou une agression, prédisaient les symptômes somatiques fonctionnels en contrôlant l'âge, l'anxiété, la dépression et le statut socio-économique (Bonvanie et al., 2017).

## **2.5 La somatisation chez les victimes d'AS**

Les études démontrent une association entre l'AS et la somatisation. En effet, une recension systématique et une méta-analyse a révélé qu'une histoire d'AS était associée à de multiples diagnostics de troubles somatiques au courant de la vie (Paras et al., 2009). Une méta-analyse a révélé que les adultes avec une histoire d'AS durant l'enfance rapportaient plus de problèmes de santé physique liés à la somatisation, et une moins bonne perception de leur santé que des adultes n'ayant pas vécu d'AS (Irish et al., 2010). Les auteurs ont aussi noté plus de symptômes gastro-intestinaux chez les adultes ayant une histoire d'AS ainsi que possiblement plus de douleur pelvienne chronique (Irish et al., 2010). De plus, une étude de cohorte a révélé que la maltraitance chez les enfants, et plus particulièrement l'AS, était associée à une probabilité plus élevée de diagnostic de trouble de somatisation et à un facteur de risque de réduction de la qualité de vie liée à la santé à l'âge adulte (Piontek et al., 2021). Cependant, les facteurs spécifiques associés à la survenue de plaintes somatiques chez les victimes d'AS sont peu documentés. Quelques études ont démontré que les caractéristiques de l'AS peuvent avoir une influence sur la sévérité des symptômes somatiques. Par exemple, une étude portant sur des adolescents victimes d'AS a rapporté que la sévérité de l'agression (AS impliquant un contact physique) était associée à plus de symptômes de somatisation en contrôlant l'âge, le sexe et le statut socio-économique (Bonvanie et al., 2015). De même, une étude menée en Nouvelle-Zélande auprès d'une cohorte de 408 adultes a identifié une forte association entre la sévérité de l'AS (tentative ou pénétration complète) et des symptômes médicalement inexplicables en contrôlant pour des événements de vie adverses, des

troubles psychiatriques comorbides, le fonctionnement familial et les caractéristiques individuelles (Duncan et al., 2019). De plus, une étude auprès d'un échantillon d'adolescentes a décrit une augmentation des symptômes somatiques à la suite d'une AS ainsi qu'une augmentation des symptômes après des agressions violentes (impliquant des violences physiques ou des armes) (Casanovas et al., 2021). Ces auteurs ont également trouvé une association entre les troubles anxieux et les troubles dépressifs majeurs avec symptômes de somatisation (Casanovas et al., 2021).

## **2.6 Pertinence du mémoire**

En somme, la littérature en lien avec la somatisation chez les victimes d'AS d'âge scolaire est limitée; la majorité des études sur le sujet portent sur les adultes. Bien que certaines études ont porté sur les adolescents, les enfants d'âge scolaire de 6 à 12 ans sont moins représentés dans les études. Il est bien reconnu qu'étudier des groupes d'âges spécifiques plutôt que de regrouper les enfants, adolescents et adultes ensemble dans les échantillons permet de mieux discerner les différentes spécificités développementales propres à chaque groupe (Villeneuve Cyr et Hébert, 2011). La littérature actuelle sur la somatisation ne permet pas de faire cette distinction. Pourtant, au Québec, le groupe des enfants et adolescents représente près de la moitié (45.6 %) des victimes d'AS et le groupe d'enfants de 6 à 11 ans représente près de 20 % des cas chez les mineurs (Ministère de la Sécurité publique, 2021).

De plus, les études démontrent que les conséquences sur la santé mentale d'une AS durant l'enfance sont susceptibles de se poursuivre à l'âge adulte (Cutajar et al., 2010). En effet, la somatisation durant l'enfance nécessite une prise en charge soutenue et complexe du réseau de la santé qui est associée à un besoin futur de soins de santé (Saunders et al., 2020). De plus, les symptômes de somatisation peuvent grandement affecter le fonctionnement et la qualité de la vie des enfants (Saunders et al., 2020). Les troubles impliquant des symptômes somatiques sont associés à des perturbations au niveau académique, des relations avec les pairs, des loisirs et du fonctionnement familial et peuvent ultimement affecter négativement la trajectoire développementale des enfants (Ibeziako et al., 2019). L'enfance est une période durant laquelle l'enfant façonne ses sentiments de sécurité et sa vision des relations (Baril et Laforest, 2018). Les enfants d'âge scolaire sont donc particulièrement vulnérables aux conséquences engendrées par l'AS incluant les symptômes de

somatisation. Il est donc très important d'étudier la somatisation pour prévenir les répercussions à long terme.

Malgré que l'influence des facteurs communautaires, comme que la défavorisation, sur les conséquences de la maltraitance envers les enfants soit bien documentée dans la littérature, cette association avec les symptômes de somatisation chez les victimes d'AS est moins explorée dans les études. L'étude des variables communautaires permettrait d'élargir l'identification de facteurs susceptibles d'être des cibles d'interventions par les différents acteurs communautaires et politiques.

Au final, ce projet permettra d'explorer la somatisation chez les enfants d'âge scolaire victimes d'AS. Les résultats de l'étude permettront d'identifier les facteurs à tous les niveaux de l'environnement de l'enfant associés à ces symptômes. L'identification de ces facteurs permettrait d'ouvrir la voie pour de futurs projets de recherche dans le but éventuel d'optimiser les services offerts aux enfants et à leur famille pour atténuer les conséquences de l'AS.

## Chapitre 3 - Cadre conceptuel

En somme la littérature scientifique fait état de plusieurs facteurs qui sont liés aux conséquences de l'AS et aux symptômes somatiques. Différents modèles conceptuels peuvent guider l'exploration de ces facteurs et leur contribution à la prédiction de la somatisation chez les enfants d'âge scolaire victimes d'AS.

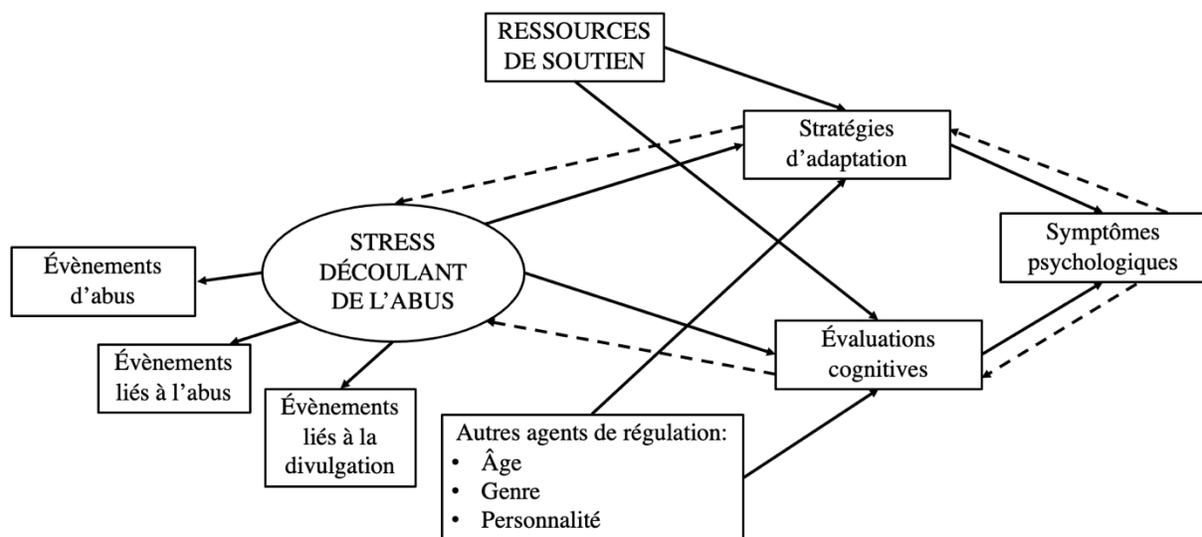
La théorie écologique du développement humain peut être utilisée pour comprendre la maltraitance et ses conséquences, car elle prend en compte l'interaction de facteurs à différents niveaux de l'environnement (Bronfenbrenner, 1977). Cette théorie reconnaît que les enfants se développent dans plusieurs contextes sociaux et qu'ils sont influencés par les interactions et les transactions entre ces différents niveaux de l'environnement, soit le microsystème, le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème (Bronfenbrenner, 1977). De nombreux modèles basés sur le modèle écologique de Bronfenbrenner (1977) ont été utilisés dans le domaine de la santé publique pour comprendre et prévenir la violence comme le modèle *Circles of Influence*, par exemple, qui considère les niveaux de l'individu et des relations interpersonnelles, le niveau communautaire et, finalement, le niveau sociétal (Powell et al., 1999). Ensuite, Bronfenbrenner (1995) a modifié le modèle écologique pour prendre en compte des facteurs plus proximaux à l'individu. Ce modèle bioécologique rajoute l'élément de l'ontosystème et le chronosystème. L'ontosystème comprend les caractéristiques et les compétences de la personne et donc l'interaction des différentes composantes de la personnalité d'un individu. Le chronosystème comprend le système du temps et la série d'évènements vécus par les individus. C'est donc à travers l'interaction de tous ces différents environnements que l'enfant se développe. D'autres modèles ont examiné plus spécifiquement comment le contexte peut avoir une influence sur les conséquences de la maltraitance. Ces modèles explorent notamment comment les familles, les pairs, les écoles et les quartiers peuvent modérer l'impact de la maltraitance sur l'adaptation de l'enfant (Zielinski et Bradshaw, 2006).

Dans la littérature sur l'AS, les auteurs s'accordent pour dire que des facteurs spécifiques à l'AS (p. ex. sévérité, dévoilement), à l'enfant (p. ex. stratégies d'adaptation), à la relation avec ses parents (p. ex. soutien parental, attachement) et à son environnement (p. ex. statut socio-économique)

peuvent agir comme facteurs de risque ou de protection en lien avec les conséquences de l'AS (Boisjoli et al., 2019; Domhardt et al., 2015; Hébert, Daspe, et al., 2018; Yancey et Hansen, 2010).

Afin de mieux comprendre les facteurs qui influencent le développement de conséquences à la suite d'une AS, le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994) (Figure 1) prend en compte différents éléments qui peuvent affecter l'adaptation de l'enfant.

Figure 1. – Modèle transactionnel de Spaccarelli (1994)



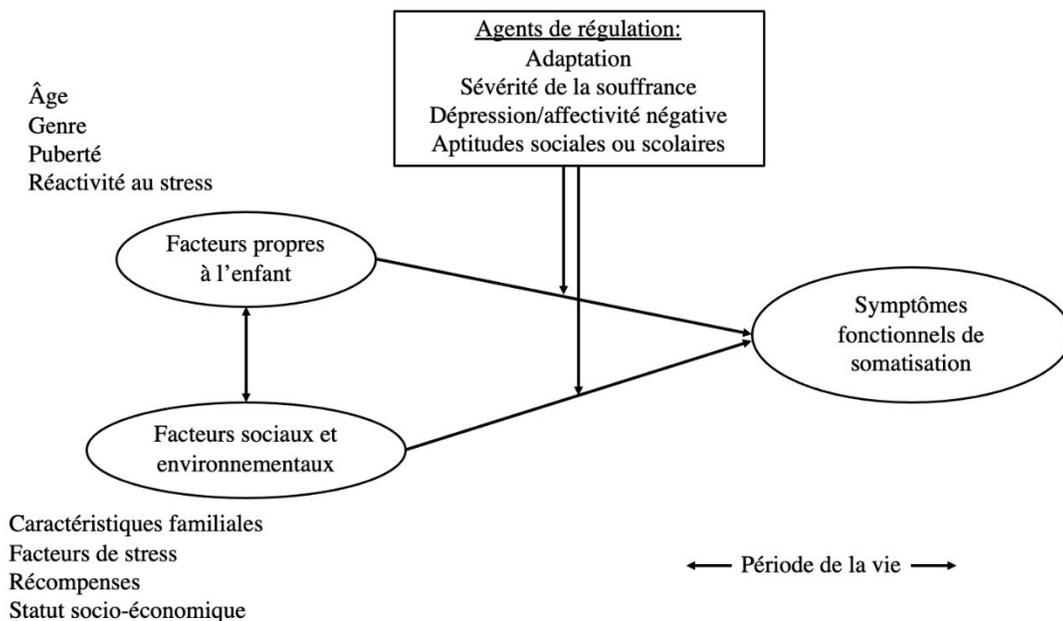
*Note.* Figure tirée de l'article original paru en anglais sous le nom de « Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: a theoretical and empirical review », par S. Spaccarelli, 1994, *Psychological Bulletin*, 116(2), p. 344, figure 1, <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.2.340>. Copyright © 1994, American Psychological Association. Traduite et reproduite avec autorisation. L'American Psychological Association n'est pas responsable de la qualité ou de l'exactitude de cette traduction. Cette traduction ne peut être reproduite ou distribuée sans autorisation écrite préalable. Traduite par Caroline Mangerel, traductrice agréée.

Ce modèle transactionnel considère trois catégories de facteurs qui ont une influence sur le fonctionnement psychologique des victimes suite à une AS. La première catégorie comprend le stress découlant de l'abus. Cette catégorie regroupe les évènements de l'abus (p. ex. durée, coercition, abus de confiance), les évènements liés à l'abus (p. ex. changements dans la dynamique familiale, isolement) et les évènements liés à la divulgation de l'AS (p. ex. réactions après le dévoilement, procédures judiciaires) (Spaccarelli, 1994). Ensuite, la deuxième catégorie comprend

les facteurs personnels, comme la personnalité, l'âge et le genre. La troisième catégorie regroupe les facteurs environnementaux comme le soutien parental et le soutien social. Ces trois grandes catégories de facteurs vont ensuite avoir un impact sur les symptômes psychologiques des victimes à travers deux médiateurs. Ces médiateurs sont les stratégies d'adaptation (p. ex. stratégie d'adaptation de type évitement ou recherche de soutien social) et les évaluations cognitives (p. ex. la perte d'estime de soi, le sentiment de culpabilité ou la perception d'une menace pour les relations). Finalement, en proposant des liens bidirectionnels, ce modèle tient compte des interactions et transactions entre les différents éléments impliqués (Spaccarelli, 1994).

En lien avec les symptômes de somatisation, le cadre conceptuel proposé par Beck (2008) (Figure 2) reflète bien l'importance et les interactions entre les différents niveaux de l'environnement de l'enfant sur la survenue de symptômes de somatisation.

Figure 2. – Cadre conceptuel proposé par Beck (2008) : modèle de travail pour l'étude des symptômes de somatisation pendant l'enfance et l'adolescence



*Note.* Figure tirée de l'article original paru en anglais sous le nom de « A developmental perspective on functional somatic symptoms », par E. Beck, 2008, *Journal of Pediatric Psychology*, 33(5), p. 554, figure 1, <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm113>. Copyright © 2007, Oxford University Press. Traduite et reproduite avec autorisation. Oxford University Press n'est pas responsable de la qualité ou de l'exactitude de cette traduction. Cette traduction ne peut être reproduite ou distribuée sans autorisation écrite préalable. Traduite par Caroline Mangerel, traductrice agréée.

Selon Beck (2008), la survenue de symptômes fonctionnels de somatisation est le résultat d'une interaction complexe entre deux grandes catégories de facteurs et des agents de régulation. La première catégorie inclut les facteurs propres à l'enfant soit l'âge, le genre, la puberté et la réactivité au stress. Ensuite, la deuxième catégorie comprend les facteurs sociaux et environnementaux. Cette catégorie regroupe les caractéristiques familiales, le soutien social, le statut socio-économique, la détresse psychologique des parents et les événements de vie adverse. Ensuite par le biais d'agents de régulation, ces deux grandes catégories auront un impact sur la survenue de symptômes de somatisation. Les agents de régulation comprennent les stratégies d'adaptation, la sévérité de la souffrance, l'état émotionnel de l'enfant comme une humeur dépressive ou une affectivité négative et les aptitudes sociales ou scolaires de l'enfant.

En tenant compte de ces cadres bien établis, nous avons choisi d'étudier la somatisation chez les enfants d'âge scolaire victime d'AS en considérant tous les niveaux de l'environnement. Tout d'abord, tel que décrit par le modèle bioécologique de Bronfenbrenner (1995), le développement de l'enfant est influencé par des interactions et transactions qui ont lieu dans différents niveaux de l'environnement. Il est donc important de prendre en compte tous les niveaux de l'environnement, incluant les facteurs proximaux tels que décrits dans le modèle pour mieux étudier les conséquences d'une AS. Deuxièmement, le modèle de Spaccarelli (1994) prend en compte la variabilité des déterminants susceptibles d'avoir une influence sur les symptômes des victimes. Pour étudier la somatisation, qui est une des conséquences d'une AS, il est donc essentiel de prendre en compte les facteurs propres à l'évènement de l'AS tels que décrits par le modèle. Finalement, le modèle de Beck (2008) propose deux grandes catégories de facteurs qui, à travers des agents de régulation, auront un impact sur la survenue des symptômes de somatisation. Il serait donc pertinent dans la cadre de ce mémoire d'étudier l'impact de ces agents de régulation sur la survenue de symptômes de somatisation dans la population victime d'AS. En combinant les trois modèles, la somatisation chez les victimes d'AS sera abordée en incluant les caractéristiques de l'AS, les facteurs personnels, les facteurs familiaux et finalement, les facteurs environnementaux.

## Chapitre 4 – Méthodologie

Ce projet de recherche fait partie du projet longitudinal « Trajectoires de développement et parcours de rétablissement et de résilience chez les enfants victimes d'AS », et a été financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (chercheure principale : Martine Hébert). Le projet a été préalablement approuvé par le comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine (voir Annexe A) et le comité institutionnel d'éthique de la recherche avec les êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (voir Annexe B). Les parents et enfants ont été recrutés dans quatre centres offrant des services et soins spécialisés aux victimes d'AS et à leurs parents au Québec, soit la Clinique pédiatrique sociojuridique du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine à Montréal, le Centre d'expertise Marie-Vincent à Montréal, le Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille en Outaouais ainsi qu'à Parents-Unis Repentigny (Lanaudière).

Lors de la première visite dans chacun des centres, les parents ont été invités à participer à l'étude. Des assistants et des assistantes de recherche ont expliqué la nature de l'étude et les parents et les enfants ont été informés qu'ils pouvaient refuser de participer ou se retirer de l'étude à tout moment, ce qui n'affecterait pas les services fournis dans les centres. Le consentement écrit a été obtenu par tous les adultes, et le consentement verbal a été obtenu des enfants (voir Annexe C). Les parents non-agresseurs et les enfants remplissent les questionnaires de manière individuelle ou avec l'aide d'un assistant ou assistante de recherche au besoin. Les données dans le cadre du projet longitudinal ont été collectées à trois temps distincts, à la première visite (Temps 1), 6 mois plus tard (Temps 2) et un an et demi après la visite initiale (Temps 3). À nouveau, les parents et les enfants remplissent les questionnaires à l'aide des assistants et des assistantes de recherche au besoin. Une compensation financière de 20CAD a été remise aux parents à chaque visite pour défrayer les coûts de déplacement et/ou les frais de gardiennage. Dans le cadre du présent projet, seules les données du Temps 1 sont utilisées.

L'objectif de ce projet de maîtrise est de quantifier les associations entre les facteurs socio-écologiques et la somatisation chez les enfants d'âge scolaire victimes d'AS. Plus précisément, cette étude vise à examiner les caractéristiques de l'AS, les facteurs personnels, les facteurs familiaux et les facteurs environnementaux associés aux symptômes de somatisation chez cette

population. Il s'agit d'une étude transversale, sur les données recueillies au lors de la première rencontre (Temps 1). Un devis transversal est choisi pour explorer les facteurs associés à la somatisation avant une potentielle intervention clinique.

## **4.1 Échantillon**

Un total de 655 enfants âgés de 6 à 12 ans qui ont sollicité des services après le dévoilement d'une AS de 2006 à 2017 sont inclus dans cette étude. Les critères d'inclusion pour cette étude étaient que l'enfant ait révélé une AS, et que le cas ait été considéré fondé par l'équipe multidisciplinaire du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine ou par les services de protection de l'enfance. L'AS est considérée fondée si la prépondérance des preuves indique qu'il y a eu agression sexuelle. L'enfant devait aussi être accompagné d'un parent non agresseur et parler anglais ou français. Les critères d'exclusion étaient que l'enfant ne parle ni anglais ni français ou ait un retard de développement important rendant difficile la passation des mesures.

## **4.2 Considérations éthiques**

Le recrutement des enfants et des parents requiert certaines considérations éthiques, notamment une attention particulière sur les principes de respect de l'autonomie et du principe de la non-malfaisance. Tout d'abord, en lien avec le principe de l'autonomie, lors de la première rencontre, les parents et l'enfant sont informés que leur participation à l'étude est volontaire. Ils sont informés qu'ils peuvent interrompre leur participation à tout moment, sans aucune conséquence sur les services reçus dans les centres d'interventions spécialisés. Ensuite, avant de débiter, les assistantes et les assistants de recherche expliquent aux parents et aux enfants la nature confidentielle de l'étude et qu'un numéro de participation leur est attribué. Finalement, les questionnaires remplis et les données recueillies ont été anonymisés et gardés dans un endroit sous clé et sécurisé.

En lien avec le principe de non-malfaisance, la nature du sujet de recherche nécessite que des précautions soient prises pour éviter le risque de retraumatisme. Les données en lien avec les caractéristiques de l'AS sont recueillies à l'aide du dossier clinique de l'enfant. L'enfant n'a pas à décrire ce qu'il a vécu ou de parler du dévoilement d'AS. Des mesures ont été prises pour accompagner et diriger le parent et l'enfant vers des ressources psychologiques appropriées s'il y avait besoin. Les assistantes et les assistants de recherche ont été formés pour reconnaître un risque suicidaire. Si des idéations suicidaires sont détectées, l'intervenant clinique est informé et la

personne est prise en charge avec les ressources appropriées. De plus, durant les rencontres, une liste de ressources est remise aux parents. Finalement, les assistantes et les assistants de recherche sont également formés par rapport aux procédures de signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

### **4.3 Mesures**

Les données sont recueillies à l'aide de questionnaires complétés par les parents (voir Annexe D) et les enfants (voir Annexe E) ainsi qu'à partir du dossier clinique ou médical de l'enfant, selon le site de collecte.

#### **Variable dépendante**

##### *La somatisation*

La somatisation a été mesurée à l'aide du *Child Behavior Checklist (CBCL) – Form for Age 6-18* (Achenbach et Rescorla, 2001). Ce questionnaire est une échelle largement utilisée et administrée aux parents pour évaluer les problèmes de comportement chez les enfants. Les parents ont été invités à évaluer les symptômes somatiques de leur enfant sur une échelle de 3 points (0 = jamais vrai, 1 = un peu ou parfois vrai, 2 = souvent ou toujours vrai). Il y a onze items qui composent la sous-échelle de la somatisation du CBCL, soit les cauchemars, la constipation, les vertiges, la fatigue, les douleurs, les maux de tête, les nausées, les problèmes oculaires, les problèmes de la peau, les douleurs abdominales ou crampes et les vomissements. Les éléments ont été additionnés pour obtenir le score de somatisation final, qui a été converti en scores *T* basés sur des échantillons normatifs. Les scores *T* supérieurs à 70 sont considérés comme cliniquement significatifs pour la sous-échelle de somatisation (Achenbach et Rescorla, 2001)

#### **Variables indépendantes**

##### *Caractéristiques sociodémographiques et caractéristiques de l'AS*

##### *Caractéristiques sociodémographiques*

Les parents accompagnateurs ont rempli un questionnaire sociodémographique. Celui-ci a permis de recueillir des informations relatives à l'âge de l'enfant et du parent, le sexe de l'enfant et du

parent, la composition familiale, le niveau de scolarité de l'enfant et du parent, le revenu brut familial et l'origine ethnique de la famille.

#### *Sévérité de l'AS*

Les caractéristiques liées à l'AS ont été recueillies par les intervenants et compilées dans les dossiers cliniques de l'enfant à l'aide d'une adaptation française (Hébert et Cyr, 2010) du formulaire *History of Victimization* (Wolfe et al., 1987). Des données ont été recueillies sur la sévérité de l'AS (codée 0 s'il s'agissait d'un contact par-dessus les vêtements, 1 s'il s'agissait d'un contact physique sous les vêtements et 2 s'il s'agissait d'un contact physique avec pénétration), sur la fréquence de l'agression (codé à 0 pour un seul épisode, 1 pour plusieurs épisodes d'une durée inférieure à 6 mois et 2 pour des épisodes répétitifs ou chroniques d'une durée supérieure à 6 mois) et sur la relation entre la victime et l'agresseur (codé 0 si la violence était extrafamiliale et 1 si intrafamiliale). Ces informations ont été utilisées pour calculer un score composite de sévérité de l'AS (score de 0 à 5).

#### *Stress lié au dévoilement de l'AS*

Le stress lié au dévoilement de l'AS (p. ex. examen médical ou rencontre avec un médecin, rencontre avec un policier, témoignage en cour, etc.) a été mesuré à l'aide d'une adaptation (Hébert et Cyr, 2005) du *Source of Stress Inventory/Life Events Checklist* (Chandler, 1981; Johnson et McCutcheon, 1980). À partir d'une série de 9 items, les participants ont répondu en utilisant une échelle de 0 à 2 (0 = pas vécu, 1 = pas de stress à peu de stress et 2 = beaucoup de stress), pour un score total allant de 0 à 18. La cohérence interne de cette échelle était  $\alpha = ,58$ .

#### Facteurs personnels

##### *Traumas interpersonnels*

Un score cumulatif de traumas interpersonnels (violence physique, violence psychologique, négligence, exposition à la violence interpersonnelle familiale ou à un autre épisode de violence sexuelle) a également été calculé pour refléter l'absence ou la présence d'autres formes de maltraitance à l'aide d'une adaptation française (Hébert et Cyr, 2010) du formulaire *History of Victimization* (Wolfe et al., 1987).

### *Estime de soi*

L'estime de soi a été mesurée à l'aide du *Self-Perception Profile for Children* (Harter, 1985). Deux descriptions ont été présentées à l'enfant en lui demandant de choisir celle qui lui ressemblait le plus. Ensuite, l'enfant devait indiquer si la description était « en quelque sorte vraie pour moi » ou « vraiment vraie pour moi ». Les items ont ensuite été notés sur une échelle de 1 à 4, et additionnés pour un score total allant de 6 à 24. Les scores les plus élevés signifient une compétence perçue plus élevée. La cohérence interne de cette échelle était  $\alpha = ,69$ .

### *Stratégies d'adaptation ou de coping*

Les stratégies d'adaptation ont été mesurées à l'aide du *Self-Report Coping Scale* (Causey et Dubow, 1992). Ce questionnaire est basé sur la conceptualisation de Roth et Cohen (Roth et Cohen, 1986), soit les stratégies d'approche (résolution de problèmes et recherche de soutien) et les stratégies d'évitement (intériorisation, externalisation et distanciation). Face à un élément décrivant comment ils se sont adaptés à ce qui s'est passé, les enfants ont répondu sur une échelle de cinq points (de 1 = jamais à 5 = toujours). Un score mesurant la proportion de stratégies de coping d'approche par rapport aux stratégies de coping d'évitement a été créé. Ce score continu varie de 0 = faible à 1 = proportion élevée de stratégies d'adaptation d'approche, ce qui peut être utilisé comme indicateur d'une meilleure adaptation. La cohérence interne des échelles était  $\alpha = ,79$  pour l'échelle d'adaptation d'approche,  $\alpha = ,72$  pour l'échelle d'adaptation d'évitement, et  $\alpha = ,81$  pour la proportion de stratégies d'approche par rapport à l'échelle d'évitement.

### *Symptômes d'anxiété*

Les symptômes d'anxiété chez l'enfant ont été mesurés à l'aide du *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (Reynolds et Richmond, 1978). La sous-échelle d'inquiétudes et d'hypersensibilités a été utilisée dans cette étude et contient 11 éléments. Les enfants ont sélectionné vrai = 1 ou faux = 0 pour chaque élément. Le score total varie entre 0 et 11. Un score plus élevé signifie plus de symptômes d'anxiété. La cohérence interne de cette échelle était  $\alpha = ,80$ .

### *Symptômes de dépression*

Les symptômes de dépression chez l'enfant ont été mesurés à l'aide d'une adaptation française (Saint-Laurent, 1990) du *Children's Depression Inventory* (Kovacs, 1985). Cette mesure a été complétée par l'enfant. Pour les besoins de cette étude, la version abrégée (*Children's Depression Inventory – Short Form*) qui contient 10 éléments évaluant les symptômes de dépression chez

l'enfant au cours des deux dernières semaines a été utilisée. Chaque élément est noté 0 = aucun symptôme, 1 = symptôme modéré et 2 = symptôme connu. Un score total allant de 0 à 20 est obtenu. Un score plus élevé indique des symptômes dépressifs plus élevés. La cohérence interne de cette échelle était  $\alpha = ,71$ .

## Facteurs familiaux

### *Attachement*

La perception de sécurité sur le plan de l'attachement envers la mère et le père a été mesurée à l'aide d'une adaptation française (Hébert, 2001) du *Security Scale* (Kerns et al., 1996). Cette échelle comprend 9 items évaluant : (a) que la figure parentale est engagée et disponible pour l'enfant, (b) la propension que l'enfant ira vers cette figure parentale dans des situations stressantes, et (c) la facilité à communiquer avec cette figure parentale. L'enfant a répondu à l'aide d'une échelle à quatre points utilisant le format de Harter (1982). La cohérence interne de cette échelle était  $\alpha = ,77$  pour l'attachement à la mère et  $\alpha = ,86$  pour l'attachement au père.

### *Soutien social*

Le soutien social perçu a été mesuré à l'aide d'une adaptation française (Hébert, 2006) du *Children's Impact of Traumatic Events Scale II* (Wolfe, 2002). La sous-échelle de soutien social de cette échelle comprend six items liés à la perception de l'enfant quant au soutien qu'il a reçu à la suite du dévoilement de l'AS. Un score de soutien général a été calculé à l'aide de trois éléments de la sous-échelle de soutien social. Un exemple d'élément de soutien social général est « la plupart des gens me croient quand je parle de ce qui s'est passé ». De même, trois autres éléments de cette sous-échelle mesuraient le soutien maternel perçu après le dévoilement (p. ex. « Si j'ai besoin de parler de ce qui s'est passé, ma mère m'écouterà »). Les participants ont évalué chaque élément à l'aide de l'échelle 0 = faux, 1 = parfois vrai et 2 = très vrai. La cohérence interne de cette échelle était  $\alpha = ,51$  pour le soutien général et  $\alpha = ,78$  pour le soutien maternel.

### *Détresse psychologique du parent non-agresseur*

La détresse psychologique du parent non-agresseur a été mesurée à l'aide du *Psychological Distress Scale of the Quebec Health Survey* (Prévillé et al., 1992), qui est une adaptation française et abrégée du *Psychiatric Symptom Index* (Ilfeld, 1976). Ce questionnaire comporte 14 items liés à la dépression, l'anxiété, la colère et les troubles cognitifs. Le parent répond à chaque élément en

utilisant une échelle de Likert allant de 0 = jamais à 3 = presque toujours. Un score total allant de 0 à 100 est obtenu. Plus le score est élevé, plus la détresse psychologique est grande. La cohérence interne de cette échelle était  $\alpha = ,93$ .

#### *Nombre d'évènements de vie stressants*

Le nombre d'évènements de vie stressants (p. ex. déménagement, séparation ou divorce des parents) a été mesuré à l'aide du *Source of Stress Inventory/Life Events Checklist* (Chandler, 1981; Johnson et McCutcheon, 1980). À partir d'une série de 16 items, les participants ont répondu 1 = oui ou 0 = non s'ils avaient vécu l'évènement au cours de la dernière année pour un score total allant jusqu'à 16.

#### Facteurs environnementaux

##### *Indice de défavorisation matérielle et sociale*

La défavorisation du quartier a été représentée à l'aide de l'indice de défavorisation matérielle et sociale (Pampalon et al., 2012). Ce proxy écologique a d'abord été créé dans un contexte de manque d'information socio-économique dans les bases de données administratives, et est maintenant utilisé pour aider à la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec et au Canada (Gamache et al., 2019). L'indice est construit à partir de six indicateurs socio-économiques tirés des données du recensement de 2011. Il est basé sur les unités régionales des recensements canadiens (secteurs de dénombrement et aires de diffusion) et peut être lié aux codes postaux. Les six indicateurs sont combinés pour créer deux dimensions grâce à une analyse en composantes principales (Pampalon et al., 2012). L'indice de défavorisation matérielle est caractérisé par la proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires (ou équivalent), le taux d'emploi de la population et le revenu moyen de la population (Pampalon et al., 2012). L'indice de défavorisation sociale est caractérisé par la proportion de la population vivant seule, la proportion de la population séparée, divorcée ou veuve et la proportion de familles monoparentales (Pampalon et al., 2012). Tous ces indicateurs concernent les personnes de 15 ans et plus à l'exception de l'indicateur concernant la proportion de familles monoparentales. Ces indices de défavorisation sont basés sur les caractéristiques du quartier dans lequel vit l'enfant et ne représentent pas nécessairement la situation socio-économique personnelle de celui ou celle qui s'occupe de l'enfant. Pour cette étude, des quartiles des scores de défavorisation ont été choisis pour tenir compte des populations plus petites au niveau local (Gamache et al., 2019). Les aires de diffusion et leur population ont été

regroupées à l'aide des valeurs d'indice présentes dans les Réseaux territoriaux de services (territoires qui définissent l'organisation du réseau de la santé au Québec depuis 2015 avec la création des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux), dans le but de créer une référence locale, plutôt que nationale, de la défavorisation (Gamache et al., 2019). Les valeurs de l'indice social et de l'indice matériel sont triées du moins défavorisé au plus défavorisé puis regroupées en quartiles (25 % de la population). Trois niveaux de défavorisation sont alors définis comme : 1- le quartile des moins défavorisés (25 % de la population), 2- les deux quartiles médians (50 % de la population) et 3- les plus défavorisés (les derniers 25 % de la population ) (Gamache et al., 2019).

#### **4.4 Analyses statistiques**

Les variables continues ont été décrites en utilisant des moyennes (M) et des écarts-types (SD), ainsi que des médianes et des intervalles interquartiles. Les variables catégorielles ont été décrites en utilisant des fréquences et des pourcentages.

Pour les analyses statistiques, tout d'abord, des modèles de régression linéaire univariée ont été utilisés pour étudier les associations entre les caractéristiques de l'AS, les facteurs personnels, les facteurs familiaux, les facteurs environnementaux (variables indépendantes) et les symptômes de somatisation (variable dépendante). Les interactions avec le sexe ont également été rapportées pour chaque variable, et la signification statistique a été déterminée en utilisant la correction de Bonferroni. Ensuite, les facteurs associés à la somatisation ( $p < ,05$ ) ont été inclus dans un modèle de régression multivarié pour analyser leur association indépendante avec les symptômes de somatisation. Une approche hiérarchique a été utilisée, dans laquelle les caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge et le sexe ont été saisies dans la première étape, les caractéristiques de l'AS et les adversités dans la deuxième étape, les facteurs de l'enfant dans la troisième étape, les facteurs familiaux dans la quatrième étape, et enfin, les facteurs environnementaux dans la dernière étape. Nous avons testé si le  $R^2$  des modèles a augmenté de manière significative à chaque étape, ce qui indiquerait que les variables ajoutées contribuent à expliquer une partie significative de la variance de la somatisation. Les analyses ont été menées pour l'échantillon global et par sexe. Les interactions entre les sexes ont également été rapportées pour chaque variable.

Pour éviter la perte de participants, les données manquantes dans les variables indépendantes ont été imputées à l'aide d'imputations multiples par équation en chaîne. Cette méthode utilise les valeurs observées et les relations observées dans les données pour les autres participants afin d'imputer les données manquantes en créant plusieurs ensembles de données imputées (Azur et al., 2011; Schafer et Graham, 2002). Les modèles ont donc été estimés sur 50 ensembles de données imputées et leurs estimations regroupées.

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de R (version 4.1.0), et le package «mice» a été utilisé pour les imputations multiples. La valeur  $p < ,05$  a été considérée comme étant statistiquement significative.



## Chapitre 5 – Article

### **Personal, family, and environmental factors associated with somatic complaints in school-aged victims of sexual abuse**

Hina F. Raza<sup>1</sup>, M.D, Laetitia Méli ssande Amédée<sup>2</sup>, B.Sc., Pascale Domond<sup>1</sup>, Ph.D Massimiliano Orri<sup>3</sup>, Ph.D., Sylvana Côté<sup>1</sup>, Ph.D., Martine Hébert<sup>2</sup>, Ph.D.

**Author Affiliations :** <sup>1</sup> University of Montreal, Montreal, Canada; <sup>2</sup> Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada; <sup>3</sup> McGill University, Montréal, Canada.

**Correspondance :** Martine Hébert, Université du Québec à Montréal, Québec, H3C 3P8, Canada, (hébert.m@uqam).

**Author contributions :** HR had full access to all of the data in the study and takes responsibility for the integrity of the data and the accuracy of the data analysis. MH is the senior author. Study concept and design: HR MH LMA. Statistical expertise and support: MO. Analysis and interpretation of the data: HR MH SC MO. Drafting of the manuscript: HR. Critical revision of the manuscript for important intellectual content: HR LMA PD MO SC MH. Final approval of the manuscript to be published: HR LMA PD MO SC MH.

**Disclosures :** The authors have no financial relationships or conflicts of interest to disclose.

**Funding:** This research was supported by a grant awarded to Martine Hébert by the Canadian Institutes of Health Research (#110945).

**Status of the article:** Submitted to *Child Abuse & Neglect* for publication.

## Abstract

**Background:** Little is known about somatic complaints in school-aged children victims of sexual abuse (SA) and the associated risk factors. Given that somatic symptoms can lead to functional impairment and decreased health-related quality of life, identifying factors in the child's environment is essential.

**Objectives:** This study aims to identify personal, family, and environmental factors associated with somatic complaints among children victims of SA.

**Participants and Setting:** The sample included 655 children (68.9% girls;  $M = 8.96$  years,  $SD = 1.87$ ) seeking services after disclosure of SA.

**Methods:** Hierarchical linear regression models were used to investigate the associations between personal, family, and environmental factors, and somatic symptoms. Sex differences in the associations between risk factors and the level of somatic symptoms were systematically tested.

**Results:** Most children (80%) reported at least one somatic symptom ( $M$  girls = 2.34,  $SD = 2.07$  and  $M$  boys = 1.91,  $SD = 1.81$ ). After controlling for sex and age, stress related to SA disclosure ( $B = 0.17$ , 95% CI [0.10, 0.25]), parental distress ( $B = 0.22$ , 95% CI [0.14, 0.29]), the number of stressful life events ( $B = 0.15$ , 95% CI [0.08, 0.23]) and neighborhood social deprivation ( $B = 0.25$ , 95% CI [0.05, 0.45]) were independently associated with greater level of somatic complaints.

**Conclusion:** Stress related to SA disclosure, parental distress, the number of stressful life events, and neighborhood social deprivation may be important contributors to the level of somatic complaints in this population.

**Keywords:** Child sexual abuse, somatic complaints, protective factors.

## Introduction

Child sexual abuse (CSA) is a major public health problem due to its high prevalence and its severely negative consequences on child psychosocial functioning and health (Letourneau et al., 2014). Globally, it is estimated that approximately 8%-31% of girls and 3%-17% of boys experience sexual abuse (SA) before the age of 18 years (Barth et al., 2013). CSA is associated with psychological difficulties such as internalizing (e.g., anxiety, depression) and externalizing behavior problems (e.g., aggressiveness, rule-breaking) (Lewis et al., 2016). Studies also show that CSA is associated with physical health problems. Systematic reviews report that adults who were victims of CSA have a poor perception of their general health, more pain, more cardio-respiratory and gastrointestinal issues, suffer more from obesity, and report more symptoms of somatization compared to non-victimized adults (Irish et al., 2010; Paras et al., 2009). Empirical reports also reveal that victims of CSA have greater use of health care, generating more costs for the health care system than the general population (Daigneault, Vézina-Gagnon, et al., 2017; Letourneau et al., 2018).

Functional somatic symptoms are defined as physical symptoms that are inconsistent or disproportionate with the medical history, physical exam, laboratory, and other investigations (Malas et al., 2017). Common symptoms include pain, headaches, abdominal pain, vomiting, fatigue, dizziness or chest pain (Beck, 2008). In children, functional somatic symptoms are a frequent health problem, generating multiple medical visits and investigations (Silber, 2011). Somatization is estimated to represent approximately 10%-15% of pediatric primary care visits (Rask et al., 2013).

In the general population, functional somatic symptoms result from a complex multifactorial process, involving biological, psychological and social factors (Beck, 2008). Contextual factors at the individual, family, social and environmental levels can influence somatization (Beck, 2008; Beutel et al., 2020; Malas et al., 2017). At the individual level, the incidence of somatic complaints tends to be lower in younger children and affects girls more than boys (Beck, 2008). For example, it has been shown that girls, compared to boys, tend to be at higher risk of somatic complaints because of their tendency toward more internalizing behaviors (Malas et al., 2017). Studies have also found that children who experience somatic symptoms have less effective coping strategies (Malas et al., 2017). This may be because coping strategies can

affect emotional regulation and adaptation to stress (Beck, 2008; Malas et al., 2017). Indeed, children with internalizing coping styles may have difficulty expressing emotions resulting in physical symptoms (Bujoreanu et al., 2014; Malas et al., 2017). Additionally, several studies have explored the associations between psychopathology and somatization. A study with adolescents showed that anxiety and depression were risk factors for functional somatic symptoms (Janssens et al., 2010). Another study found self-esteem to be a mediator between anxiety, depression and somatic complaints (Terwogt et al., 2006). At the social and environmental levels, lower levels of social support, education, and socioeconomic status have been associated with somatic complaints in children and adults (Beck, 2008; Beutel et al., 2020). These factors may interact and contribute to heightened stress and anxiety and thus affect the child's coping and the subsequent development of functional somatic symptoms (Beck, 2008). Indeed, adverse or stressful life events have also been associated with somatic complaints. A study has shown that negative life events (divorce, illness or injury, etc.) were associated with functional somatic symptoms in adolescents when controlling for age, anxiety, depression, and socioeconomic status (Bonvanie et al., 2017).

In the population of CSA victims, studies have found an association between CSA and somatization. A systematic review and meta-analysis found that a history of CSA was associated with a lifetime diagnosis of multiple somatic disorders (Paras et al., 2009). Additionally, a recent population-based cohort study revealed that childhood abuse, particularly SA, was associated with a higher probability of somatization disorder diagnosis and a risk factor for reduced health-related quality of life in adulthood (Piontek et al., 2021). However, little is known about which individual, family or environmental factors are associated with somatic complaints among CSA victims. Most studies of somatization symptoms in victims of CSA have been conducted with adult and adolescent populations. They mainly investigated the independent contribution of abuse characteristics, namely the severity of the abuse; and the role of internalizing disorders in the development of somatization. For example, a study of adolescent victims of CSA reported that the severity of the abuse (i.e., involving physical contact) was associated with more symptoms of somatization after controlling for age, sex, and socioeconomic status (Bonvanie et al., 2015). Similarly, a study conducted in New Zealand with a cohort of 408 adults reported a strong association between severity of CSA (attempted or completed penetration) and medically unexplained symptoms after adjusting for general childhood adversity, comorbid psychiatric disorder, family functioning, and individual characteristics (Duncan et al., 2019). Moreover, a

study in a sample of adolescent girls reported an increase in somatic symptoms following SA and an increase in symptoms following violent abuse (involving physical violence or weapons) (Casanovas et al., 2021). The authors also found an association between anxiety and major depressive disorders with somatic symptoms (Casanovas et al., 2021).

Studies using samples of school-aged children, who may be more vulnerable to adversity at this stage of their development, as well as studies that explore the contextual factors involved, are needed to help to better define and understand somatization in this population (Duncan et al., 2019; Lanier et al., 2010; Paras et al., 2009). Considering that somatization can be associated with functional impairment and school absenteeism and can have lasting psychological and social impacts, it is essential to delineate possible areas of intervention (Janssens et al., 2014; Malas et al., 2017; Mulvaney et al., 2006). This is especially important because intervening at an earlier stage and closer to the events may be more beneficial for the child's development.

Past studies have underscored the factors associated with negative outcomes in children victims of SA. Factors specific to the abuse, the child's reaction to stress, their level of support and their environment can act as risk or protective factors for the outcomes associated with CSA (Domhardt et al., 2015). Several studies have shown that the duration or severity of abuse, and relationship to the perpetrator may impact the outcomes experienced (Yancey et Hansen, 2010). Furthermore, in regards to individual factors, studies have found that when faced with adversity, approach coping strategies (e.g., seeking social support, problem-solving) are generally associated with positive outcomes, as opposed to avoidance coping strategies (e.g., distancing), that are usually linked to poorer outcomes (Boxer et Sloan-Power, 2013; Causey et Dubow, 1992). Additionally, a large body of research has established that the quality of attachment to the parent can significantly impact the child's adaptation to stress (DeKlyen et Greenberg, 2016). While these risk factors have been broadly studied in the field of CSA (Yancey, Naufel, & Hansen, 2013), the influence of the community-level variables, such as the level of deprivation of neighborhoods, has been understudied (Afifi et MacMillan, 2011; Zielinski et Bradshaw, 2006). Yet studies have found that communities and neighborhoods may play an important role in child maltreatment risk factors and outcomes (Zielinski et Bradshaw, 2006). More specifically, community context, such as living in deprived neighborhoods, may influence peer groups, school environment, community, and health resources and affect CSA outcomes (Domhardt et al., 2015; Zielinski et Bradshaw,

2006). Against this backdrop, the current study aims to identify personal, family, and environmental factors associated with somatic complaints among child victims of SA.

## **Methods**

### **Procedures and participants**

This study relies on data from 655 children aged 6 to 12 years seeking services after disclosing SA in four sites offering specialized services to children who were victims of SA and their non-offending parents in [MASKED FOR REVIEW] (Table 1). To be included in the study, the child had to be accompanied by a non-offending caregiver, speak English or French, and not have significant developmental delay making it difficult to complete the assessment. Parents were invited to participate in the study during the first visit. Trained research assistants explained the nature of the study, and participants were informed that they could refuse to participate or withdraw from the study at any time, and that their decision to participate would not interfere with the services provided at the centers. Written consent was obtained from all adults, and verbal consent was obtained from the children. Parents and children were then assisted through the completion of various questionnaires. This study was approved by the [MASKED FOR REVIEW].

### **Measures**

**Outcome: Frequency of somatic complaints.** Somatic complaints were measured using the *Child Behavior Checklist (CBCL 6-18)* (Achenbach et Rescorla, 2001). This questionnaire is a widely used parent-report scale of children's behavior problems. Parents were invited to rate their children's somatic symptoms on a 3-point scale (0 = never true, 1 = somewhat or sometimes true, 2 = often or always true). Eleven somatization items were assessed: nightmares, constipation, dizziness, fatigue, pain, headache, nausea, eye problems, skin problems, abdominal pain or cramps, and vomiting. The items were summed to obtain the final somatization score, which was converted into *T* scores based on normalization samples. *T* scores above 70 are considered clinically significant for the somatization subscale (Achenbach et Rescorla, 2001).

### ***Sociodemographic characteristics and SA characteristics***

**Sociodemographic characteristics.** The accompanying parent or caregiver completed a questionnaire assessing information on age, child sex, family structure, education, income, and

ethnicity.

**SA severity.** Sexual abuse-related characteristics documented in the child's medical or clinical record were collected by trained research assistants using an adaptation (Hébert et Cyr, 2010) of the *History of Victimization Form* (Wolfe et al., 1987). Data was collected on the severity (coded as 0 if it involved clothed physical contact, 1 if involved unclothed physical contact, and 2 if involved physical contact with penetration) and frequency of the abuse (coded at 0 for a single episode, 1 for multiple episodes lasting for less than 6 months, and 2 for repetitive or chronic episodes lasting more than 6 months), and on the relationship between victim and perpetrator (coded 0 if abuse was extra-familial and 1 if intra-familial). This information was used to compute a composite score of SA severity (range 0 to 5).

**Stress related to disclosure of SA.** Stress related to the disclosure of the SA (e.g., medical examination or meeting with a doctor, meeting a police officer, testifying in court) was measured using an adaptation (Hébert et Cyr, 2005) of the *Source of Stress Inventory/ Life Events Checklist* (Chandler, 1981; Johnson et McCutcheon, 1980). From a series of 9 items, parents answered using a scale ranging from 0 to 2 (0 = not experienced, 1 = experienced and associated to no stress to little stress, and 2 = experienced and associated with a lot of stress; total score ranging from 0 to 18),  $\alpha = .58$ .

### ***Child characteristics***

**The number of interpersonal traumas.** A cumulative score of interpersonal trauma (physical abuse, psychological abuse, neglect, exposure to family interpersonal violence, or another episode of SA) was also computed to reflect the absence or presence of other forms of abuse.

**Self-esteem.** Self-esteem was measured using the *Self-Perception Profile for Children* (Harter, 1985). The investigator presented six items to the child, each with two descriptions, and asked to choose which description is most like them (on the left or the right), and then to rate if the description was "sort of true for me" or "really true for me." Items are then scored on a scale of 1 to 4, and summed for a total score ranging from 6 to 24, with higher scores meaning higher perceived competence ( $\alpha = .69$ ).

**Coping strategies.** Coping strategies were measured using the *Self-Report Coping Scale* (Causey et Dubow, 1992). This questionnaire is based on the conceptualization of Roth and Cohen

(Roth et Cohen, 1986), distinguishing between approach (problem-solving and looking for social support) and avoidance (internalizing, externalizing, and distancing) coping strategies. Faced with an item describing how they coped with what happened (e.g., “I pretend nothing has happened” children answered items on a five-point scale (from 1 = never to 5 = always). A score measuring the proportion of approach coping strategy in relation to avoidance coping strategy was created. This continuous score ranges from 0 = low to 1 = high proportion of approach coping strategy, which can be used as an indicator of better adaptation. The internal consistency for the proportion of approach coping in relation to avoidance was  $\alpha = .81$ .

**Anxiety symptoms.** Anxiety symptoms were reported by the child using the *Revised Children’s Manifest Anxiety Scale* (Reynolds et Richmond, 1978). The 11-item worries and hypersensitivities subscale was used. Children selected true = 1 or false = 0 for each item. The total score varies between 0 and 11, with a higher score indicating higher anxiety ( $\alpha = .80$ ).

**Depressive symptoms.** Depressive symptoms were reported by the child using a French adaptation (Saint-Laurent, 1990) of the *Children’s Depression Inventory* (short version) (Kovacs, 1985). The 10 items of the scale were rated 0 = no symptom, 1 = moderate symptom and 2 = known symptom, for a total score ranging from 0 to 20 (higher score indicating higher depressive symptoms;  $\alpha = .71$ ).

### ***Family factors***

**Perceived attachment security.** The perception of attachment security toward the mother and father was measured using a French adaptation (Hébert, 2001) of the *Security Scale* (Kerns et al., 1996). This scale includes 9 items assessing (a) that the parental figure is committed to and available for the child (b) the propensity that the child will turn to this parental figure in stressful situations, and (c) the ease of communicating with this parental figure. The child answered using a four-point scale. The internal consistency was  $\alpha = .77$  for attachment to the mother and  $\alpha = .86$  for the attachment to the father.

**Social support.** Perceived social support was measured using a French adaptation (Hébert, 2006) of the *Children’s Impact of Traumatic Events Scale II* (Wolfe, 2002) including six items (0 = not true, 1 = sometimes true and 2 = very true) assessing perceived support received by the child following disclosure of SA. Three items (e.g., “most people believe me when I talk about what

happened”;  $\alpha = .51$ ) were used to compute a score of general support, whereas the three other items (e.g., “If I need to talk about what happened, my mother will listen to me”;  $\alpha = 0.78$ ) were used to compute a score of perceived maternal support following disclosure. Participants rate each item using the scale.

**Parental psychological distress.** Parental psychological distress was measured using the *Psychological Distress Scale of the Quebec Health Survey* (Préville et al., 1992). This questionnaire features 14 items related to depression, anxiety, anger, and cognitive disturbance. The parent answered each item on a Likert scale ranging from 0 = never to 3 = almost always. This yields a total score ranging from 0 to 100; the higher the score reflecting greater distress ( $\alpha = .93$ ).

**The number of stressful life events.** The number of stressful life events (e.g., moving, separation, or divorce of parents) was measured using the *Source of Stress Inventory/ Life Events Checklist* (Chandler, 1981; Johnson et McCutcheon, 1980). From a series of 16 items, parents answered if the child had experienced the life event in the last year for a total score up to 16 (coded 1 if yes, 0 if no).

### *Environmental factors*

**Material and social deprivation index.** Neighborhood deprivation was measured using the Material and Social Deprivation Index (Pampalon et al., 2012). This ecologic proxy was first created in the context of a lack of socioeconomic information in administrative databases and is now used to help with the surveillance of social inequalities of health in Quebec and Canada (Gamache et al., 2019). The index is composed of six socioeconomic indicators drawn from the 2011 census data. It is based on small area units from the Canadian censuses (enumeration areas and dissemination areas) and can be linked to postal codes. The six indicators are combined to create two dimensions through principal component analysis (Pampalon et al., 2012). The material deprivation index is characterized by the proportion of the people without a high school diploma (or equivalent), the employment ratio of the population, and the average income of the population (Pampalon et al., 2012). The social deprivation index is characterized by the proportion of the population living alone, the proportion of the population who is separated, divorced, or widowed, and the proportion of single-parent families (Pampalon et al., 2012). All these indicators refer to people 15 years and older, except for the proportion of single families. These deprivation indexes are based on the neighborhoods in which the child lives and do not necessarily represent the

responding caregiver and the child. The material and social deprivation scores are then divided into quartiles (Gamache et al., 2019). The dissemination areas and their populations were grouped using the index values occurring in the *Reseaux territoriaux de services* (RTS) (territories that define how the health network has been organized in Quebec since 2015 with the creation of the *Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux*), with the goal of creating a local, rather than a national, reference for deprivation (Gamache et al., 2019). The social and material index values are sorted from the least to the most deprived and then grouped into quartiles (25% of the population). Three deprivation levels are then defined as 1- the quartile of the least deprived (25% of the population), 2- both median quartiles (50% of the population), and 3- the most deprived (the last 25% of the population) (Gamache et al., 2019).

### **Statistical analyses**

Continuous variables were described using means and standard deviations (SD), medians and interquartile intervals, and categorical variables using frequencies and percentages.

First, univariable linear regression models were used to investigate associations between the characteristics of the SA, child factors, family factors, environmental factors (independent variables), and somatic symptoms (dependant variable). Interactions with sex were also reported for each variable and statistical significance was determined using Bonferroni's correction. Second, factors associated with somatic complaints ( $p < .05$ ) were included in a multivariable regression model to analyze their independent association with somatic symptoms. A hierarchical approach was used, in which sociodemographic characteristics such as age and sex were entered in the first step, SA characteristics in the second step, child factors in the third step, family factors in the fourth step, and finally environmental factors in the last step. We tested whether the  $R^2$  of the models significantly increased at each stage, which indicates whether the added variables contributed to explaining a significant part of the variance in somatization. Independent variables were imputed using multiple imputations by chained equation. This flexible method uses the observed values and the associations observed in the data to impute missing data by creating multiple imputed datasets (Azur et al., 2011). Models were therefore estimated across 50 imputed datasets, and their estimates pooled. All analyses were conducted using R (Version 4.1.0), and the mice package was used for the multiple imputations. A value of  $p < .05$  was considered to indicate statistical significance.

## Results

### *Sample characteristics*

Of the 655 children in this study, 68.9% were girls (Table 1). The mean age was 8.96 years ( $SD = 1.87$ ). The majority of the children were Caucasian (91.3%). One-fifth of the children lived in intact families (20.3%), others lived in single-parent homes (40.0%), stepfamilies (25.5%), or foster care (14.2%). The majority of children were victims of intrafamilial SA (73.1%) involving penetration or attempted penetration (63.8%). The frequency of SA varied from 25.0% having experienced a single episode, 37.2% some episodes lasting less than 6 months, and 37.7% with recurrent or chronic episodes lasting more than 6 months. Sex differences were found for the frequency of the SA ( $\chi^2 = 6.51, p = .039$ )

Tableau 1. – Table 1. *Sociodemographic and Sexual Abuse Characteristics of Participants*

Characteristics	Total ( <i>n</i> = 655) <i>n</i> (%)	Girls ( <i>n</i> = 451) <i>n</i> (%)	Boys ( <i>n</i> = 204) <i>n</i> (%)	Difference ( <i>p</i> -value)
Mean age of children ( <i>SD</i> )	8.96 (1.87)	9.04 (1.87)	8.78 (1.89)	0.106
Ethnicity ( <i>n</i> =585)				0.416
Canadian or French Canadian	534 (91.3)	364 (90.3)	170 (93.4)	
Other	51 (9.6)	39 (9.7)	12 (6.6)	
Family structure				0.290
Intact	133 (20.3)	86 (19.1)	47 (23.0)	
Single parent	262 (40.0)	185 (41.0)	77 (37.7)	
Stepfamily	167 (25.5)	121 (26.8)	46 (22.5)	
Foster family	93 (14.2)	59 (13.1)	34 (16.7)	
Relationship with abuser ( <i>n</i> = 646)				0.257
Intra-familial	472 (73.1)	333(74.5)	139 (69.8)	
Extra-familial	174 (26.9)	114 (25.5)	60 (30.2)	
Severity of the sexual abuse ( <i>n</i> = 643)				0.123
Clothed physical contact	60 (9.3)	45 (10.2)	15 (7.5)	
Unclothed physical contact	173 (26.9)	127 (28.7)	46 (23.0)	
Penetration or attempted	410 (63.8)	271 (61.2)	139 (69.8)	
Frequency of the sexual abuse ( <i>n</i> = 626)				<b>0.039</b>
Single episode	157 (25.0)	113 (26.1)	44 (22.8)	
Some events (less than 6 months)	233 (37.2)	147 (33.9)	86 (44.6)	
Repetitive or chronic (more than 6 months)	236 (37.7)	173 (40.0)	63 (32.6)	
Material deprivation index				0.421
Level 1 <sup>a</sup>	108 (16.5)	75 (16.6)	33 (16.3)	
Level 2 <sup>b</sup>	304 (46.4)	216 (47.9)	88 (43.1)	
Level 3 <sup>c</sup>	243 (37.0)	160 (35.5)	83 (40.7)	
Social deprivation index				<b>0.025</b>
Level 1 <sup>a</sup>	112 (17.0)	82 (18.2)	30 (14.7)	
Level 2 <sup>b</sup>	319 (48.7)	230(51.0)	89 (43.6)	
Level 3 <sup>c</sup>	224 (34.1)	139 (30.8)	85 (41.7)	

<sup>a</sup> Level 1: Lower deprivation level (Quartile 1 =25% of the population). <sup>b</sup> Level 2: Both median quartiles (Quartile 2 and 3 = 50% of the population). <sup>c</sup> Level 3: Higher deprivation level (Quartile 4 = 25 % of the population)

As shown in Table 2, sex differences were found for the stress related to the disclosure of SA ( $M_{girls} = 5.89$ ,  $M_{boys} = 5.36$ ,  $t = 2.04$ ,  $p = .044$ ). In addition, girls reported more symptoms of anxiety ( $M_{girls} = 5.69$ ,  $M_{boys} = 4.66$ ,  $t = 3.86$ ,  $p <.001$ ) and depression than boys ( $M_{girls} = 4.17$ ,  $M_{boys} = 3.24$ ,  $t = 3.46$ ,  $p = .001$ ). Girls also perceived more general support than boys ( $M_{girls} = 4.50$ ,  $M_{boys} = 3.99$ ,  $t = 3.39$ ,  $p <.001$ ), while boys perceived more attachment to the father than

girls ( $M_{girls} = 28.37$ ,  $M_{boys} = 30.06$ ,  $t = -2.77$   $p = .007$ ).

Tableau 2. – Table 2. Means and Standard Deviations for the Study Variables, by Sex

Variable	Total Mean (SD)	Girls Mean (SD)	Boys Mean (SD)	Difference ( $p$ -value)
Somatic complaints	58.22 (7.73)	58.48 (8.02)	57.63 (7.04)	0.194
Clinical (n (%))	65 (9.9)	51 (11.3)	14 (6.9)	0.105
Non clinical (n (%))	590 (90.1)	399 (88.5)	190 (93.1)	
SA characteristics				
Composite score for SA severity (0-5)	3.39 (1.29)	3.38 (1.35)	3.42 (1.17)	0.758
Stress related to SA disclosure (0-18)	5.73 (3.06)	5.89 (3.08)	5.36 (2.98)	<b>0.044</b>
Child factors				
Number of interpersonal traumas (0-5)	1.26 (1.44)	1.29 (1.44)	1.21 (1.45)	0.501
Proportion of approach/avoidance coping (0-1)	0.56 (0.08)	0.56 (0.08)	0.57 (0.08)	<b>0.025</b>
Self-esteem (6-24)	18.80 (3.89)	18.68 (3.99)	19.07 (3.64)	0.250
Anxiety (0-11)	5.37 (3.15)	5.69 (3.12)	4.66 (3.12)	< <b>0.001</b>
Depression (0-20)	3.88 (3.29)	4.17 (3.37)	3.24 (3.00)	<b>0.001</b>
Family factors				
Attachment to the mother (9-36)	30.25 (5.18)	30.13 (5.30)	30.53 (4.90)	0.364
Attachment to the father (9-36)	28.93 (6.60)	28.37 (6.73)	30.06 (6.18)	<b>0.007</b>
General support (0-6)	4.346 (1.66)	4.50 (1.56)	3.99 (1.82)	< <b>0.001</b>
Maternal support (0-6)	5.38 (1.30)	5.43 (1.28)	5.27 (1.34)	0.182
Parental psychological distress (0-100)	32.66 (23.59)	32.62 (23.54)	32.75 (23.78)	0.949
Number of stressful life events (0-16)	3.38 (2.21)	3.37 (2.24)	3.39 (2.16)	0.891

Note. SA = sexual abuse.

The mean  $T$  score for somatic complaints was of 58.22 ( $SD = 7.73$ ) with 9.9% of the children in our sample reporting clinical levels of somatization. In our sample, 80% of children reported at least one somatic symptom ( $M_{girls} = 2.34$ ,  $SD = 2.07$  and  $M_{boys} = 1.91$ ,  $SD = 1.81$ ). The characteristics of somatic symptoms, by sex, are found in Supplementary Materials. Type of symptom did not differ between girls and boys except for skin problems and abdominal pain or cramps ( $\chi^2 = 9.61$ ,  $p = .008$  and  $\chi^2 = 10.33$   $p = .006$ , respectively). Girls (20.1%) reported more skin problems than boys (11.3%). The same was found for abdominal pain and cramps, where

34.3% of girls reported symptoms compared to 22.1% of boys. Nightmares, headaches and abdominal pain or cramps were the most frequent symptoms in our sample.

### *Univariate analyses*

The results of the univariate analyses conducted to investigate the association of SA and adversities, child factors, family factors and environmental factors with somatic complaints are reported in Table 3. In terms of sociodemographic characteristics, age showed an association to somatic complaints ( $B = 0.08$ , 95% CI [0.00, 0.15]) however, sex did not.

Tableau 3. – Table 3. *Univariable Associations Between Sexual Abuse (SA), Child, Family and Environmental Factors and Somatization*

	Whole sample B std [CI]	Girls B std [CI]	Boys B std [CI]	Sex Interaction <i>p</i>
Sociodemographic characteristics				
Age	<b>0.08 [0.00, 0.15]</b>	0.06 [-0.04, 0.15]	0.11 [-0.01, 0.23]	0.479
Sex (Boys)	-0.11 [-0.28, 0.06]	-	-	
SA characteristics				
Composite score of SA severity	-0.01 [-0.07, 0.05]	-0.02 [-0.10, 0.05]	0.03 [-0.08, 0.14]	0.432
Stress related to SA disclosure	<b>0.22 [0.14, 0.29]</b>	<b>0.21 [0.1, 0.31]</b>	<b>0.22 [0.09, 0.35]</b>	0.931
Child factors				
Number of interpersonal traumas	0.03 [-0.05, 0.11]	0.04 [-0.06, 0.13]	0.01 [-0.11, 0.13]	0.799
Proportion of approach/avoidance coping	<b>-0.11 [-0.19, -0.04]</b>	<b>-0.12 [-0.22, -0.02]</b>	-0.09 [-0.22, 0.04]	0.732
Self esteem	-0.07 [-0.15, 0.00]	<b>-0.11 [-0.20, -0.02]</b>	0.03 [-0.11, 0.16]	0.112
Anxiety	<b>0.15 [0.07, 0.23]</b>	<b>0.22 [0.13, 0.32]</b>	-0.02 [-0.15, 0.11]	<b>0.004</b>
Depression	<b>0.12 [0.04, 0.20]</b>	<b>0.15 [0.06, 0.24]</b>	0.00 [-0.14, 0.14]	0.084
Family factors				
Attachment to mother	-0.05 [-0.13, 0.02]	-0.07 [-0.17, 0.02]	0.00 [-0.13, 0.13]	0.411
Attachment to father	<b>-0.11 [-0.20, -0.02]</b>	-0.10 [-0.21, 0.00]	-0.12 [-0.27, 0.04]	0.886
General support	<b>0.09 [0.01, 0.16]</b>	<b>0.13 [0.03, 0.23]</b>	0.00 [-0.12, 0.12]	0.125
Maternal support	0.01 [-0.07, 0.09]	-0.03 [-0.13, 0.07]	0.08 [-0.04, 0.21]	0.169
Parental psychological distress	<b>0.28 [0.20, 0.35]</b>	<b>0.22 [0.12, 0.31]</b>	<b>0.40 [0.29, 0.52]</b>	<b>0.028</b>
Number of stressful life events	<b>0.26 [0.18, 0.33]</b>	<b>0.25 [0.15, 0.34]</b>	<b>0.27 [0.15, 0.39]</b>	0.831
Environmental factors				
Social deprivation index				
Level 2 <sup>a</sup>	<b>0.29 [0.08, 0.51]</b>	0.25 [-0.01, 0.52]	<b>0.41 [0.04, 0.78]</b>	0.534
Level 3 <sup>b</sup>	<b>0.27 [0.05, 0.50]</b>	0.15 [-0.13, 0.43]	<b>0.58 [0.20, 0.95]</b>	0.091
Material deprivation index				
Level 2 <sup>a</sup>	0.04 [-0.18, 0.26]	0.04 [-0.24, 0.31]	0.03 [-0.34, 0.39]	0.980
Level 3 <sup>b</sup>	-0.01 [-0.24, 0.21]	0.05 [-0.23, 0.34]	-0.14 [-0.51, 0.22]	0.418

<sup>a</sup>Level 2: Both median quartiles (Quartile 2 and 3 = 50% of the population). <sup>b</sup>Level 3: Higher deprivation level (Quartile 4 = 25% of the population)

### *SA characteristics*

Stress related to the disclosure of the abuse ( $B = 0.22$ , 95% CI = [0.14, 0.29]) was significantly associated with an increase in somatic symptoms, however, SA severity was not associated.

### *Child factors*

For child factors we found that the proportion of approach coping strategy in relation to avoidance coping strategy was associated with decreasing somatic complaints ( $B=-0.11$ , 95% CI [-0.19, -0.04]) for both boys and girls. Anxiety ( $B=0.15$ , 95% CI [0.07, 0.23]) and depression ( $B=0.12$ , 95% CI [0.04, 0.20]) symptoms were also associated with increased somatic symptoms. While results were similar for boys and girls for depressive symptoms, we found a sex interaction for anxiety symptoms. In subgroup analyses, anxiety symptoms in girls, but not in boys, was associated with an increase in somatic symptoms (Girls:  $B=0.22$ , 95% CI [0.13, 0.32], Boys:  $B= -0.02$ , 95% CI [-0.15, 0.11],  $p = .004$ ). Self-esteem and the number of interpersonal traumas were not significantly associated with somatic complaints.

### *Family factors*

For both boys and girls, attachment to the father showed a significant association with a decrease of somatic symptoms ( $B = -0.11$ , 95% CI [-0.20, -0.02]), however, no association was found for attachment to the mother. General social support ( $B = 0.09$ , 95% CI [0.01, 0.16]) and parental distress ( $B = 0.28$ , 95% CI [0.20, 0.35]) were both associated with increased somatic symptoms. For parental distress, we found a significant sex interaction revealing that boys having a parent in distress showed a greater increase in somatic complaints compared to girls (Girls:  $B = 0.22$ , 95% CI [0.12, 0.31], Boys:  $B= 0.40$ , 95% CI [0.29, 0.52],  $p = .028$ ). The number of stressful life events ( $B = 0.26$ , 95% CI [0.18, 0.33]) also showed an association with an increase in somatic complaints. Maternal support was not associated with somatic symptoms.

### *Environmental factors*

Living in an area with more social deprivation was associated with increased somatic symptoms. Children being in the 2<sup>nd</sup> ( $B = 0.29$ , 95% CI [0.08, 0.51]) and 3<sup>rd</sup> quartile ( $B = 0.27$ , 95% CI [0.05, 0.50]) of the social deprivation index reported significantly more somatic symptoms compared to those being in the 1<sup>st</sup> quartile, with similar associations for boys and girls. Material

deprivation was not associated with somatic symptoms.

Both univariable analyses for anxiety and parental distress showed a significant sex interaction, however, using Bonferroni's correction, only anxiety remained significant. Thus, multivariable analysis was conducted with both sexes combined.

### ***Multivariable associations***

Results of the multiple hierarchical regression analysis are in Table 4. When controlling for sex and age, stress following disclosure of SA ( $B = 0.20$ , 95% CI [0.12, 0.28]) was independently associated with somatization and accounted for 4% of its variance. When child factors (coping strategies, depressive symptoms, and anxiety symptoms) were entered in the model, stress related to the disclosure of SA remained significant, but only anxiety symptoms ( $B = 0.10$ , 95% CI [0.01, 0.19]) independently predicted somatization, explaining an additional 2% of the variance. When family factors were added to the model, we found that attachment to the father and general support were not significantly associated with somatization, but higher parental distress ( $B = 0.23$ , 95% CI [0.15, 0.30]) and the number of stressful life events ( $B = 0.15$ , 95% CI [0.07, 0.23]) predicted an increase in somatic symptoms. Stress related to the disclosure of SA also remains significant ( $\Delta R^2 = 9.7\%$ ). Finally, the environmental factors (social deprivation levels) were entered in the model, for a total of 16% of somatization's variance explained. In this final model, perceived stress following the disclosure of SA ( $B = 0.17$ , 95% CI [0.10, 0.25]), having a parent with a high level of psychological distress ( $B = 0.22$ , 95% CI [0.14, 0.29]), the number of stressful life events ( $B = 0.15$ , 95% CI [0.08, 0.23]) and being in the 2<sup>nd</sup> quartile of the social deprivation index ( $B = 0.25$ , 95% CI [0.05, 0.45]) were associated with higher somatization.

Tableau 4. – Table 4. *Multivariable Associations Between Sexual Abuse (SA), Child, Family and Environmental Factors and Somatization*

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	<i>B</i>	CI	<i>B</i>	CI	<i>B</i>	CI	<i>B</i>	CI
SA characteristics								
Stress related to SA disclosure	<b>0.20***</b>	<b>[0.12, 0.28]</b>	<b>0.20***</b>	<b>[0.12, 0.28]</b>	<b>0.18***</b>	<b>[0.10, 0.25]</b>	<b>0.17***</b>	<b>[0.10, 0.25]</b>
Child factors								
Proportion of approach/avoidance coping			-0.07	[-0.15, 0.01]	-0.07	[-0.15, 0.01]	-0.06	[-0.14, 0.02]
Depression			0.03	[-0.05, 0.13]	0.01	[-0.08, 0.10]	0.01	[-0.08, 0.10]
Anxiety			<b>0.10*</b>	<b>[0.01, 0.19]</b>	0.06	[-0.02, 0.15]	0.07	[-0.02, 0.15]
Family factors								
Attachment to father					-0.05	[-0.13, 0.04]	-0.05	[-0.13, 0.04]
General support					0.08	[0.00, 0.15]	0.07	[0.00, 0.15]
Parental psychological distress					<b>0.23***</b>	<b>[0.15, 0.30]</b>	<b>0.22***</b>	<b>[0.14, 0.29]</b>
Number of stressful life events					<b>0.15***</b>	<b>[0.07, 0.23]</b>	<b>0.15***</b>	<b>[0.08, 0.23]</b>
Environmental factors								
Social deprivation Level 2							<b>0.25*</b>	<b>[0.05, 0.45]</b>
Social deprivation Level 3							0.19	[-0.01, 0.41]
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>0.04***</b>		<b>0.06**</b>		<b>0.157***</b>		<b>0.162*</b>	

Note. Controlled for age and sex. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

## **Discussion**

The purpose of this study was to identify personal, family, and environmental factors associated with the level of somatic complaints in sexually abused school-aged children. We found that stress following disclosure of SA (e.g., medical examination or meeting with a doctor, a police officer, testifying in court, etc.) was associated to an increase in somatic symptoms. Some authors have hypothesized that the consequences of abuse might result from a combination of life events and stressors following disclosure of SA, including but not limited to the abuse itself (Hecht et Hansen, 2001). Indeed, disclosure of SA is often followed by a series of events such as interviews with law enforcement, medical exams with health care professionals, and court proceedings. These events may be a source of additional stress on the child and their family. Studies have shown that children who participate in multiple interviews, being unfamiliar with the justice system, and the stigma experienced are associated with increased difficulties (Ghetti et al., 2002). In addition, disclosing SA for children may run the risk of disrupting relationships and family dynamics, especially if the abuse involves an intrafamilial perpetrator (Ullman, 2003). Finally, if followed by negative reactions, such as disbelief or lack of support, disclosure of SA can lead to an array of psychosocial adjustment problems, thus leading to more stress (Ullman, 2003).

Unlike previous studies evaluating specifically somatic symptoms in CSA victims, our study did not find an association between severity of the abuse and higher levels of somatic symptoms (Bonvanie et al., 2015; Duncan et al., 2019). Potential explanations include the approach used to define the severity of abuse in the current study or limitations of the computed composite score of severity. Another explanation could be that school-aged children, due to their developmental level, have greater difficulty describing the abuse's characteristics than adolescents or fail to report all the details involved (Charest et al., 2019). Nevertheless, failure to find a significant association between severity of abuse and outcomes is not uncommon in SA research (Hébert et al., 2014; Yancey et Hansen, 2010). Previous work suggests that the relative impact of the severity may depend on other characteristics of the abuse, such as the relationship to the perpetrator, and the frequency or duration of the abuse (Yancey et al., 2013).

Next, when child factors such as coping strategies, depressive and anxiety symptoms were entered in the subsequent model, the stress following disclosure of SA remained significant, but only anxiety symptoms predicted somatization in the child factors. In fact, past research has shown

anxiety to be a risk factor for functional somatic symptoms (Janssens et al., 2010). It is hypothesized that anxiety may increase one's awareness and focus on bodily sensations, which may lead to increased intensity of these symptoms (Janssens et al., 2010).

When adding the family factors, attachment to the father and general support were not significant. Furthermore, the number of stressful life events and parental distress predicted an increase in somatic symptoms, while stress related to the disclosure remained significant. A large body of evidence has found that adverse childhood experiences have negative effects on physical and mental health (Afifi et al., 2020; Felitti et al., 1998). Studies have also shown that parents' distress may influence their ability to support their child and thus impact the child's outcome following SA (Langevin et al., 2016; Yancey et Hansen, 2010; Yancey et al., 2013). Interestingly, we found that boys whose parents suffered from a high level of distress had higher levels of somatization than girls. One hypothesis for this finding could be that boys may be more reliant on their parents to overcome the negative experiences caused by SA. It has been shown that because of specific perceived societal gender roles, boys may experience different outcomes compared to girls following SA (Banyard et al., 2004). For example, feelings of shame and guilt may be more salient among boy victims because of perceived gender roles (Gagnier et Collin-Vézina, 2016). Thus, having a distressed parent who may be less supportive may contribute to boys expressing more internalized symptoms, such as somatization.

Finally, when examining factors related to SA, child factors, family factors and environmental factors together, the stress related to the disclosure, having a parent with a high level of distress, the number of stressful life events, and living in a socially deprived neighborhood (e.g., proportion of the population living alone, the proportion of the population who are separated, divorced or widowed and the proportion of single parent families) in the median group, predicted higher somatization.

A novel aspect of our study was to examine the role of neighborhood deprivation in predicting somatic symptoms in school-aged victims of SA. Social deprivation is believed to represent the fragility of the social network, of the family and communities (Pampalon et al., 2012; Townsend, 1987). As presented in the review by Coulton (2007) adverse neighborhood quality, such as disorganization and instability can have an impact on social stressors and distress that in turn can affect transactions between the child and parent. Living in socially impoverished

neighborhoods can also be associated with more stress for both the child and parent. These factors are better predictors of somatic symptoms in child victims of SA. In fact, a review of 37 studies exploring resilience in survivors of CSA found that social support from various sources, such as the family and broader social environment, acted as a protective factor for the consequences of CSA (Domhardt et al., 2015). Another review evaluating resilience following child maltreatment also found that a stable family environment and supportive relationships were related to resilience across all studies (Afifi et MacMillan, 2011). Studies have shown that if a child feels supported in a caring and stable environment, it may help better adaptation and functioning following maltreatment (Afifi et MacMillan, 2011). Interestingly, in the univariable analysis, we did not find a significant association with material deprivation. One explanation could be that it is not so much the lack of material resources that is associated with the child's symptoms, but more the human resources that can offer both the parent and the child the proper support. This aligns with a study that has found that for abused and neglected children, growing up in advantaged neighborhoods (defined as percent owner-occupied housing, higher income level, higher education and being employed) did not contribute to resilience in adolescence and young adulthood (DuMont et al., 2007). Instead, they found that growing up in an advantaged neighborhood in association with other characteristics, like household stability, had a greater influence on outcomes.

### ***Strengths and limitations***

This study highlights several factors associated with somatic complaints in children and sheds light on how actors at different levels of the child's environment may improve outcomes for children victims of SA. One of the major strengths of this study is the large sample size, considering the nature of this topic and the timing of the data collection. Data collected soon after the events occurred make it easier to associate findings to the SA rather than when the data is collected several years after the events and relying on retrospective accounts from adult victims of CSA (Yancey et Hansen, 2010). The present study identifies environmental variables such as the social deprivation index of neighborhoods as potential areas to improve from a public health viewpoint. Future studies are needed to explore how neighborhoods and pathways can influence outcomes, specifically in children victims of SA

Our study has some limitations that should be acknowledged. First, the use of a single informant (the accompanying caregiver) to collect information on our outcome variable, somatic

symptoms, could have had the effect of creating a single respondent bias. It is also important to note that some studies also report that parental distress may also negatively bias the perception of problems in their children (Langevin et al., 2016). Future studies relying on a multi-informant design (parent, child, teacher) could help better understand somatic complaints in school-aged children. Second, the cross-sectional design of this study limits the inferences about causality. Longitudinal studies are thus needed to understand somatic symptoms in CSA victims. Also, our study is based on cases seeking services and therefore identified. Our sample may differ from the overall population of children exposed to CSA, which includes many cases that are undisclosed. Finally, the specific findings of this study require replication and continued examination to determine the impact of dimensions within SA (e.g., severity) and the potential role of co-occurrence of other forms of abuse conclusively.

### ***Implications of this study***

Although it is important to strengthen personal protective factors, family and environmental factors appear to be just as, if not more important in the association between SA in school-aged children and somatization. This study sheds light on the impact of the stress related to the disclosure of SA. Child Advocacy Centers aim to reduce the stress following disclosure by eliminating the need for multiple interviews, which can be a source of re-traumatization for children (Department of Justice Canada, 2018) and by assisting families in securing support services including throughout the justice process (Department of Justice Canada, 2018). Further, our data suggest that parental distress is associated to an increase in somatic complaints in their children. Given that parental support during child trauma treatment is associated with improved outcomes (Yancey et al., 2013), it may be beneficial to address parental psychological distress, which may sustain their capacity to support the child. Mental health services in Child Advocacy Centers geared towards parents may help reduce parental distress and increase their ability to support their children (Racine et al., 2021). Finally, as social deprivation can be used as a proxy for how much support a person can find in their neighborhood, implementing after-school programs and community centers in socially impoverished neighborhoods, can help lessen the consequences of SA.

## **Conclusion**

This study suggests that efforts to reduce the stress following disclosure of SA, parental distress, and the number of stressful life events and improve social deprivation can be beneficial in

addressing somatic complaints in school-aged victims of SA. Increased understanding of personal, family, and environmental factors amenable to change may help identify risk and protective factors surrounding school-aged victims of SA and orient interventions adapted to each child.

## References

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: child behavior checklist for ages 6-18, teacher's report form, youth self-report: an integrated system of multi-informant assessment*. University of Vermont, research center for children youth & families.
- Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following Child Maltreatment: A Review of Protective Factors. *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(5), 266-272.  
<https://doi.org/10.1177/070674371105600505>
- Afifi, T. O., Salmon, S., Garcés, I., Struck, S., Fortier, J., Taillieu, T., Stewart-Tufescu, A., Asmundson, G. J. G., Sareen, J., & MacMillan, H. L. (2020). Confirmatory factor analysis of adverse childhood experiences (ACEs) among a community-based sample of parents and adolescents. *BMC Pediatrics, 20*(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02063-3>
- Azur, M. J., Stuart, E. A., Frangakis, C., & Leaf, P. J. (2011). Multiple imputation by chained equations: what is it and how does it work? *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 20*(1), 40-49. <https://doi.org/10.1002/mpr.329>
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2004). Childhood Sexual Abuse: A Gender Perspective on Context and Consequences. *Child Maltreatment, 9*(3), 223-238.  
<https://doi.org/10.1177/107755904266914>
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 58*(3), 469-483. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Beck, J. E. (2008). A developmental perspective on functional somatic symptoms. *Journal of Pediatric Psychology, 33*(5), 547-562. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm113>
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Henning, M., Werner, A. M., Burghardt, J., Tibubos, A. N., Schmutzer, G., & Brähler, E. (2020). Somatic Symptoms in the German General Population from 1975 to 2013. *Scientific Reports, 10*(1), 1595.  
<https://doi.org/10.1038/s41598-020-58602-6>

- Bonvanie, I. J., Janssens, K. A., Rosmalen, J. G., & Oldehinkel, A. J. (2017). Life events and functional somatic symptoms: A population study in older adolescents. *British Journal of Psychology*, *108*(2), 318-333. <https://doi.org/10.1111/bjop.12198>
- Bonvanie, I. J., van Gils, A., Janssens, K. A., & Rosmalen, J. G. (2015). Sexual abuse predicts functional somatic symptoms: an adolescent population study. *Child Abuse & Neglect*, *46*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.06.001>
- Boxer, P., & Sloan-Power, E. (2013). Coping With Violence: A Comprehensive Framework and Implications for Understanding Resilience. *Trauma, Violence, & Abuse*, *14*(3), 209-221. <https://doi.org/10.1177/1524838013487806>
- Bujoreanu, S., Randall, E., Thomson, K., & Ibeziako, P. (2014). Characteristics of medically hospitalized pediatric patients with somatoform diagnoses. *Hospital Pediatrics*, *4*(5), 283-290. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2014-0023>
- Casanovas, M., Kramer, T., Clarke, V., Goddard, A., G, M. E., & Khadr, S. (2021). Somatic symptoms following sexual assault in adolescents: a prospective longitudinal study. *Psychology Health & Medicine*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1874437>
- Causey, D. L., & Dubow, E. F. (1992). Development of a self-report coping measure for elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology*, *21*(1), 47-59. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2101\\_8](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2101_8)
- 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)
- Charest, F., Hébert, M., Bernier, A., Langevin, R., & Miljkovitch, R. (2019). Behavior problems in sexually abused preschoolers over a 1-year period: The mediating role of attachment representations. *Development and Psychopathology*, *31*(2), 471-481. <https://doi.org/10.1017/S0954579418000226>
- Coulton, C. J., Crampton, D. S., Irwin, M., Spilsbury, J. C., & Korbin, J. E. (2007). How neighborhoods influence child maltreatment: a review of the literature and alternative pathways. *Child Abuse & Neglect*, *31*(11-12), 1117-1142.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.03.023>

Daigneault, I., Vézina-Gagnon, P., Bourgeois, C., Esposito, T., & Hébert, M. (2017). Physical and mental health of children with substantiated sexual abuse: Gender comparisons from a matched-control cohort study. *Child Abuse & Neglect*, *66*, 155-165.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.038>

DeKlyen, M., & Greenberg, M. T. (2016). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Hand-book of attachment: Theory, research and clinical applications* (3rd ed., pp. 639–666). The Guildford Press.

Department of Justice Canada. (2018). *Understanding the Development and Impact of Child Advocacy Centres (CACs)*. [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2018/jus/J4-81-2018-eng.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2018/jus/J4-81-2018-eng.pdf)

Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2015). Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse: A Systematic Review of the Literature. *Trauma, violence & abuse*, *16*(4), 476-493. <https://doi.org/10.1177/1524838014557288>

DuMont, K. A., Widom, C. S., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect*, *31*(3), 255-274.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.015>

Duncan, R., Mulder, R., Wilkinson, S. H., & Horwood, J. (2019). Medically Unexplained Symptoms and Antecedent Sexual Abuse: An Observational Study of a Birth Cohort. *Psychosomatic medicine*, *81*(7), 622-628. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000726>

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.

[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Gagnier, C., & Collin-Vézina, D. (2016). The Disclosure Experiences of Male Child Sexual Abuse Survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, *25*(2), 221-241.

<https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1124308>

- Gamache, P., Hamel, D., & Blaser, C. (2019). *Material and social deprivation index: A summary –INSPQ Website*. [www.inspq.qc.ca/en/publications/2639](http://www.inspq.qc.ca/en/publications/2639)
- Ghetti, S., Alexander, K. W., & Goodman, G. S. (2002). Legal involvement in child sexual abuse cases: Consequences and interventions. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(3), 235-251. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(02\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(02)00104-8)
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children*. University of Denver.
- Hébert, M. (2001). *Traduction française du Kerns Security Scale (KSS; Kerns, Klepac, & Cole, 1996)*. Département de sexologie, Université du Québec à Montréal
- Hébert, M. (2006). *Traduction française du Children's Impact of Traumatic Events Scale II (CITES II; Wolfe, 2002)*. Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Hébert, M., & Cyr, M. (2005). *Questionnaire sur les événements stressants (adaptation du Source of Stress Inventory (SSI; Chandler, 1981) et du Life Events Checklist (LEC; Johnson & McCutcheon, 1980)* Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Hébert, M., & Cyr, M. (2010). *Adaptation française du History of Victimization Form (HVF; Wolfe, Gentile, & Boudreau, 1987)*. Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Hébert, M., Langevin, R., & Charest, F. (2014). Factors associated with resilience in preschoolers reporting sexual abuse: A typological analysis. *International Journal of Child and Adolescent Resilience (IJCAR)*, 2(1), 46-58. <https://ijcar-rirea.ca/index.php/ijcar-rirea/article/view/161>
- Hecht, D., & Hansen, D. (2001). The Environment of Child Maltreatment: Contextual Factors and the Development of Psychopathology. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 433-457. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00015-X](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00015-X)
- Irish, L., Kobayashi, I., & Delahanty, D. L. (2010). Long-term Physical Health Consequences of Childhood Sexual Abuse: A Meta-Analytic Review. *Journal of Pediatric Psychology*,

35(5), 450-461. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp118>

Janssens, K. A., Rosmalen, J. G., Ormel, J., van Oort, F. V., & Oldehinkel, A. J. (2010). Anxiety and depression are risk factors rather than consequences of functional somatic symptoms in a general population of adolescents: the TRAILS study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(3), 304-312. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02174.x>

Janssens, K. A. M., Klis, S., Kingma, E. M., Oldehinkel, A. J., & Rosmalen, J. G. M. (2014). Predictors for Persistence of Functional Somatic Symptoms in Adolescents. *The Journal of Pediatrics*, 164(4), 900-905.e902. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.12.003>

Johnson, J. H., & McCutcheon, S. M. (1980). Assessing life stress in older children and adolescents: Preliminary findings with the Life Events Checklist. *Stress and anxiety*, 7, 111-125.

Kerns, K. A., Klepac, L., & Cole, A. (1996). Peer relationships and preadolescents' perceptions of security in the child-mother relationship. *Developmental Psychology*, 32(3), 457-466. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.3.457>

Kovacs, M. (1985). The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.

Langevin, R., Hébert, M., Allard-Dansereau, C., & Bernard-Bonnin, A. C. (2016). Emotion Regulation in Sexually Abused Preschoolers: The Contribution of Parental Factors. *Journal of Traumatic Stress*, 29(2), 180-184. <https://doi.org/10.1002/jts.22082>

Lanier, P., Jonson-Reid, M., Stahlschmidt, M. J., Drake, B., & Constantino, J. (2010). Child maltreatment and pediatric health outcomes: a longitudinal study of low-income children. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 511-522. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp086>

Letourneau, E. J., Brown, D. S., Fang, X., Hassan, A., & Mercy, J. A. (2018). The economic burden of child sexual abuse in the United States. *Child Abuse & Neglect*, 79, 413-422. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.020>

Letourneau, E. J., Eaton, W. W., Bass, J., Berlin, F. S., & Moore, S. G. (2014). The need for a comprehensive public health approach to preventing child sexual abuse. *Public health*

reports (Washington, D.C. : 1974), 129(3), 222-228.

<https://doi.org/10.1177/003335491412900303>

Lewis, T., McElroy, E., Harlaar, N., & Runyan, D. (2016). Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abused children? A prospective examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 51, 31-40. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.016>

Malas, N., Ortiz-Aguayo, R., Giles, L., & Ibeziako, P. (2017). Pediatric Somatic Symptom Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 19(2), 11. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0760-3>

Mulvaney, S., Lambert, E. W., Garber, J., & Walker, L. S. (2006). Trajectories of symptoms and impairment for pediatric patients with functional abdominal pain: a 5-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 737-744. <https://doi.org/10.1097/10.chi.0000214192.57993.06>

Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P., Philibert, M. D., Raymond, G., & Simpson, A. (2012). Un indice régional de défavorisation matérielle et sociale pour la santé publique au Québec et au Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 103(2), S17-S22. <https://doi.org/10.1007/BF03403824>

Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M., Elamin, M. B., Seime, R. J., Prokop, L. J., & Zirakzadeh, A. (2009). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Somatic Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 302(5), 550-561. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1091>

Piontek, K., Wiesmann, U., Apfelbacher, C., Völzke, H., & Grabe, H. J. (2021). The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: Results from a population-based cohort study. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105226. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105226>

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique: Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec (Report no 7)*.

- Racine, N., Dimitropoulos, G., Hartwick, C., Eirich, R., van Roessel, L., & Madigan, S. (2021). Characteristics and Service Needs of Maltreated Children Referred for Mental Health Services at a Child Advocacy Centre in Canada. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(2), 92-103.
- Rask, C. U., Ørnboel, E., Fink, P. K., & Skovgaard, A. M. (2013). Functional Somatic Symptoms and Consultation Patterns in 5- to 7-Year-Olds. *Pediatrics*, 132(2), e459.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2013-0159>
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: a revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6(2), 271-280.  
<https://doi.org/10.1007/bf00919131>
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41(7), 813-819. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.7.813>
- Saint-Laurent, L. (1990). Étude psychométrique de l'Inventaire de dépression pour enfants de Kovacs auprès d'un échantillon francophone. [Psychometric study of Kovacs's Children's Depression Inventory with a French-speaking sample.]. 22, 377-384.  
<https://doi.org/10.1037/h0078990>
- Silber, T. J. (2011). Somatization Disorders: Diagnosis, Treatment, and Prognosis. *Pediatrics in Review*, 32(2), 56. <https://doi.org/10.1542/pir.32-2-56>
- Terwogt, M., Rieffe, C., Miers, A., Jellesma, F., & Tolland, A. (2006). Emotions and self-esteem as indicators of somatic complaints in children. *Infant and Child Development*, 15, 581-592. <https://doi.org/10.1002/icd.479>
- Townsend, P. (1987). Deprivation. *Journal of Social Policy*, 16(2), 125-146.  
<https://doi.org/10.1017/S0047279400020341>
- Ullman, S. E. (2003). Social reactions to child sexual abuse disclosures: a critical review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(1), 89-121. [https://doi.org/10.1300/J070v12n01\\_05](https://doi.org/10.1300/J070v12n01_05)
- Wolfe, V. V. (2002). *The Children's Impact of Traumatic Events Scale II (CITES-II)* [Unpublished assessment instrument]. Available from V. V. Wolfe, Child and Adolescent Centre, London Health Sciences Centre, 346 South St., London, Ontario N6A 4G5,

Canada.

Wolfe, V. V., Gentile, C., & Bourdeau, P. (1987). *History of Victimization Form* [Unpublished assessment instrument]. Children's Hospital of Western Ontario.

Yancey, C. T., & Hansen, D. J. (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior, 15*(6), 410-421. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.avb.2010.07.003>

Yancey, C. T., Naufel, K. Z., & Hansen, D. J. (2013). The Relationship of Personal, Family, and Abuse-Specific Factors to Children's Clinical Presentation Following Childhood Sexual Abuse. *Journal of Family Violence, 28*(1), 31-42. <https://doi.org/10.1007/s10896-012-9485-6>

Zielinski, D. S., & Bradshaw, C. P. (2006). Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: a review of the literature. *Child Maltreatment, 11*(1), 49-62. <https://doi.org/10.1177/1077559505283591>



## **Chapitre 6 – Discussion**

### **6.1 Sommaire et interprétation des résultats**

L'objectif de cette étude était de quantifier les associations entre les caractéristiques de l'AS, les facteurs personnels, familiaux et environnementaux et les symptômes somatiques chez les enfants d'âge scolaire victimes d'AS. Les études antérieures avaient surtout porté sur des adolescents et des adultes. Comme les plaintes somatiques peuvent se traduire en difficultés chroniques qui entravent le fonctionnement dans plusieurs sphères du développement d'un enfant, une avancée du projet est d'avoir exploré l'association des facteurs à tous les niveaux de l'environnement chez les enfants. Nous avons constaté que la plupart des enfants dans notre échantillon (80 %) rapportaient au moins un symptôme somatique. Les résultats de notre étude ont démontré que le stress associé au dévoilement de l'AS, la détresse psychologique du parent non-agresseur, l'occurrence d'évènements de vie stressants et la défavorisation sociale étaient associés à une augmentation des plaintes somatiques chez les enfants d'âge scolaire victimes d'AS.

Conformément à la littérature portant sur les symptômes de somatisation dans la population générale, les symptômes les plus fréquemment rapportés étaient les maux de tête, les cauchemars et les douleurs ou crampes abdominales (Ibeziako et Bujoreanu, 2011). Dans l'ensemble, nous n'avons pas détecté de différence dans la fréquence des plaintes somatiques exprimées par les filles et les garçons. Ce résultat est conforme aux études antérieures menées dans la population générale qui ont démontré qu'avant la puberté, les taux de prévalence des symptômes somatiques sont similaires entre les sexes (Ibeziako et Bujoreanu, 2011; Malas et al., 2017).

Les données ont révélé que le stress associé au dévoilement de l'AS (p. ex. un examen médical, une rencontre avec un policier, un témoignage en cour, etc.) était associé à une augmentation des symptômes somatiques. Le dévoilement de l'AS est souvent suivi d'une série d'évènements tels que des entrevues avec les services policiers, des examens médicaux avec des professionnels de la santé et des procédures judiciaires. Ces évènements peuvent être une source de stress supplémentaire pour l'enfant et sa famille. Nos données offrent donc un point de vue sur les conséquences engendrées par ce stress et soulignent l'importance d'offrir un soutien aux familles à la suite du dévoilement.

Ensuite, en considérant les facteurs personnels, tels que les stratégies d'adaptation, les symptômes de dépression et les symptômes d'anxiété, seuls les symptômes d'anxiété ont prédit les symptômes somatiques. En fait, des recherches antérieures ont démontré que l'anxiété est un facteur de risque pour les symptômes somatiques fonctionnels (Janssens et al., 2010). On émet donc l'hypothèse que l'anxiété peut conduire l'individu à se concentrer davantage sur ses sensations corporelles, ce qui peut entraîner une intensité accrue de ces symptômes (Janssens et al., 2010). Par contre, en considérant les facteurs familiaux et environnementaux, les symptômes d'anxiété ne prédisaient plus la somatisation.

Au niveau des facteurs familiaux, l'attachement au père et le soutien général n'étaient pas associés aux symptômes de somatisation. Par contre, le nombre d'événements de vie stressants et la détresse psychologique du parent non-agresseur prédisaient une augmentation des symptômes somatiques. Plusieurs études ont révélé que les expériences de vie négatives durant l'enfance ont des conséquences sur la santé physique et mentale (Afifi et al., 2020; Felitti et al., 1998). Des études ont également démontré que la détresse psychologique du parent non-agresseur peut influencer la capacité à soutenir son enfant et ainsi avoir un impact sur les conséquences suivant une AS (Langevin et al., 2016; Yancey et Hansen, 2010; Yancey et al., 2013). De plus, nous avons constaté que les garçons ayant un parent en détresse étaient davantage associés à la somatisation que les filles. Une explication pourrait être que les garçons peuvent dépendre plus de leurs parents pour surmonter les expériences négatives causées par les AS. Ainsi en raison des rôles de genre spécifiques perçus dans la société, les garçons pourraient afficher des conséquences différentes de celles des filles à la suite d'une AS (Banyard et al., 2004). Par exemple, les sentiments de honte et de culpabilité peuvent être plus saillants chez les garçons victimes en raison de ces rôles de genre perçus (Gagnier et Collin-Vézina, 2016). Ainsi, le fait d'avoir un parent en détresse peut contribuer à ce que les garçons expriment plus de symptômes intériorisés, tels que la somatisation.

Enfin, en tenant compte des facteurs environnementaux, le fait de vivre dans un quartier socialement défavorisé (la proportion de la population vivant seule, la proportion de la population qui est séparée, divorcée ou veuve et la proportion de familles monoparentales) dans le groupe médian prédisait plus de symptômes de somatisation. Un aspect nouveau de notre étude était d'examiner le rôle de la défavorisation du quartier dans l'association avec les symptômes somatiques chez les victimes d'AS d'âge scolaire. La défavorisation sociale représente la fragilité

du réseau social, de la famille et des communautés (Pampalon et al., 2012; Townsend, 1987). Comme présenté dans la recension des écrits de Coulton (2007), les caractéristiques défavorables du quartier, comme la désorganisation et l'instabilité, peuvent avoir un impact sur les facteurs de stress sociaux et la détresse (Ross et al., 2000) qui, à leur tour, peuvent affecter les interactions entre l'enfant et le parent (Leventhal et Brooks-Gunn, 2000; Lynch et Cicchetti, 2002). Vivre dans des quartiers socialement défavorisés peut également être associé à plus de stress pour l'enfant et le parent. Notons que la défavorisation sociale représente davantage un facteur de risque que la défavorisation matérielle dans notre étude. Ce résultat va dans le même sens qu'une étude indiquant que, pour les enfants maltraités et négligés, le fait de grandir dans des quartiers favorisés n'a pas contribué à la résilience à l'adolescence et au début de l'âge adulte (DuMont et al., 2007). Au contraire, les résultats ont révélé que de grandir dans un quartier favorisé en association avec d'autres caractéristiques, comme la stabilité du ménage, avait une plus grande influence sur la résilience (DuMont et al., 2007).

Au final, lorsqu'on examine tous les facteurs ensemble (les caractéristiques de l'AS, les facteurs personnels, les facteurs familiaux et les facteurs environnementaux), le stress lié au dévoilement de l'AS, la détresse psychologique du parent non-agresseur, le nombre d'évènements de vie stressants et la défavorisation sociale prédisaient plus de plaintes somatiques. Il est important de souligner que seuls les facteurs extérieurs à l'enfant étaient associés aux plaintes somatiques dans notre échantillon. Ces facteurs peuvent donc être considérés comme cibles d'intervention pour mieux soutenir et accompagner cette population vulnérable.

## **6.2 Forces et limites de l'étude**

Ce travail met en évidence plusieurs facteurs associés aux plaintes somatiques au sein d'un échantillon d'enfants vulnérables ayant vécu une AS. Notre étude met en lumière plusieurs facteurs de risque environnementaux sur lesquels différents acteurs peuvent intervenir pour atténuer les conséquences négatives ressenties par les victimes d'AS. L'une des forces de l'étude est la grande taille de l'échantillon. Compte tenu de la nature de la thématique abordée, le recrutement de cette population requiert des considérations éthiques importantes ce qui peut parfois limiter le recrutement et affecter la taille des échantillons. Une autre force de l'étude est la qualité des données: elles ont été collectées peu de temps après les évènements et permettent d'associer plus facilement les conséquences à l'agression que les données collectées plusieurs années après les

événements (Yancey & Hansen, 2010). Notre étude a permis d'identifier des variables environnementales, telles que l'indice de défavorisation social des quartiers, comme cible potentielle d'intervention d'un point de vue de la santé publique. Des études futures sont nécessaires pour explorer par quels mécanismes les quartiers peuvent influencer les conséquences vécues chez les victimes à la suite d'une AS.

Notre étude comporte certaines limites. Premièrement, l'utilisation d'un seul informateur (le parent accompagnant) pour recueillir les informations sur notre variable d'intérêt (les symptômes somatiques), aurait pu avoir pour effet de créer un biais de répondant unique. Il est également important de noter que certaines études rapportent aussi que la détresse parentale peut biaiser négativement la perception des problèmes chez leur enfant (Domhardt et al., 2015; Langevin et al., 2016). Ainsi les parents en détresse ou ayant vécu un traumatisme antérieur rapporteraient plus de difficultés chez leurs enfants en comparaison à des parents ayant moins de détresse ou n'ayant pas d'histoire de trauma (De Los Reyes et Kazdin, 2005). Des études futures reposant sur une conception multi-informateurs (parent, enfant, enseignant) pourraient aider à mieux comprendre les plaintes somatiques chez les enfants d'âge scolaire. Deuxièmement, la nature transversale de cette étude limite les inférences sur la causalité. Des études longitudinales sont donc nécessaires pour mieux comprendre les symptômes somatiques chez les victimes d'AS. Aussi, notre étude est basée sur des familles sollicitant des services et donc des cas identifiés. Notre échantillon peut différer de la population globale d'enfants exposés à l'AS, qui comprend de nombreux cas qui ne sont pas divulgués. Troisièmement, l'ajout d'un volet qualitatif pourrait permettre d'avancer de nouvelles hypothèses pour expliquer les résultats obtenus ainsi que d'orienter de futures questions de recherche. Enfin, les résultats spécifiques de cette étude nécessitent une réplification et un examen continu pour déterminer l'impact des caractéristiques de l'AS (p. ex. la sévérité) et le rôle potentiel de la cooccurrence d'autres formes de maltraitance, tel que l'abus physique et la négligence.

### **6.3 Implications pour la pratique en santé publique**

Notre étude démontre que pour minimiser les conséquences de l'AS sur la somatisation, il faut porter une attention particulière à l'entourage de l'enfant, c'est-à-dire aux facteurs familiaux et environnementaux. Conformément au modèle bioécologique de Bronfenbrenner (1995), les enfants grandissent et se développent dans plusieurs contextes sociaux et ils sont influencés par les interactions et les transactions entre ces différents niveaux de l'environnement. Les enfants

dépendent donc grandement du soutien des adultes de leur entourage, et de l'ensemble de leur environnement social pour atténuer les conséquences de l'AS sur les plaintes somatiques.

Cette étude met en lumière l'impact du stress associé au dévoilement de l'AS sur la santé de l'enfant. Comme présenté dans le modèle de Spaccarelli (1994), les événements liés à l'abus, tel que les événements liés à la divulgation, ont un grand rôle sur le fonctionnement psychologique des victimes d'AS. Les centres d'appui aux enfants, où les familles et les enfants peuvent rencontrer des professionnels de la santé, des services sociaux et juridiques en un seul endroit, sont un bon exemple d'effort concerté pour réduire le stress associé au dévoilement de l'AS. Ces centres peuvent aider à réduire ce stress en éliminant la nécessité de multiples entrevues, qui peuvent être une source additionnelle de traumatismes pour les enfants (Department of Justice Canada, 2018). De plus, ils contribuent à réduire les difficultés et barrières rencontrées par les familles en fournissant tous les services en un seul endroit, donc en éliminant le besoin de se déplacer à différents rendez-vous. Enfin, ils contribuent également à accroître l'accès à des services appropriés et adaptés aux besoins des victimes en offrant un soutien tout au long du processus judiciaire. Ce dernier peut s'avérer une source de stress supplémentaire pour les familles, étant souvent non-familiales avec le processus (Department of Justice Canada, 2018).

Ensuite, en termes de facteurs sociaux, les modèles conceptuels utilisés dans ce travail soulignent l'importance de l'environnement social sur le fonctionnement de l'individu suite à une AS. De plus, le modèle de (Beck, 2008) rajoute l'élément d'influence des agents de régulation sur la survenue des symptômes de somatisation. Les programmes d'intervention en traumatologie se concentrent souvent sur les caractéristiques personnelles telles que les stratégies d'adaptation pour prévenir ou atténuer les conséquences néfastes de l'AS. Les thérapies telles que la thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes, bien qu'elles incluent le parent non-agresseur, ne se concentrent pas sur la relation entre le parent et l'enfant. Dans certains cas, le renforcement du lien d'attachement parent-enfant peut être une piste à considérer. Certains programmes (p. ex. intervention relationnelle) pourraient être combinés à la thérapie d'approche cognitive comportementale axée sur le trauma (Caouette et al., 2021). Quant aux facteurs familiaux, notre étude a révélé que la détresse psychologique du parent non-agresseur était associée à une augmentation des plaintes somatiques chez les enfants. Étant donné que le soutien parental pendant le traitement des traumatismes chez l'enfant est associé à de meilleurs gains thérapeutiques

(Yancey et al., 2013), il serait opportun d'aborder la détresse psychologique des parents, ce qui en retour pourrait améliorer leur capacité à soutenir l'enfant. Les quelques données disponibles suggèrent que des services de santé mentale destinés aux parents dans un centre d'appui aux enfants, peuvent aider à réduire la détresse parentale et à augmenter leur capacité à soutenir leur enfant (Racine et al., 2021). D'un point de vue de santé publique, accroître l'offre de services en santé mentale pour les parents d'enfants victimes d'AS pourrait être une piste à considérer. Enfin, puisque la défavorisation sociale peut être utilisée comme indicateur du niveau de soutien qu'une personne peut trouver dans son quartier, l'implantation de programmes parascolaires et de centres communautaires dans les quartiers socialement défavorisés pourrait aider à atténuer les conséquences de l'AS, en augmentant le capital social des individus habitant ces quartiers. De futures études pourraient se concentrer sur les indices de défavorisation pour aider à mieux cibler les quartiers qui bénéficieraient d'une offre de services supplémentaires pour les enfants victimes d'AS.

Les interventions dans les centres d'appui aux enfants et les différentes thérapies axées sur les traumatismes sont des méthodes de prévention tertiaires, soit pour adresser les conséquences de l'AS et empêcher l'aggravation des symptômes, dans ce cas, les symptômes de somatisation.

En matière de prévention secondaire, des interventions axées à soutenir les enfants dans le dévoilement d'AS pourrait être une piste à étudier. Une des barrières identifiées pour les enfants dans une recension systématique était d'avoir une opportunité de faire un dévoilement (Morrison et al., 2018). Le dévoilement d'une AS est une étape essentielle pour accéder à des soins, à des services de soutien et de protection (Morrison et al., 2018). L'accès précoce aux soins permet de limiter les conséquences négatives associées à l'AS (Morrison et al., 2018). La formation des professionnels qui cotoient régulièrement les enfants pour avoir une meilleure connaissance des barrières au dévoilement permettrait de mieux accompagner les enfants.

En matière de prévention primaire, plusieurs études ont exploré les différents programmes axés sur la prévention des AS. Selon Baril et Laforest (2018) dans le rapport québécois sur la violence et la santé de l'INSPQ, la prévention des AS implique des interventions à tous les niveaux de l'environnement. Notamment, la prévention primaire devrait recourir à des interventions visant l'amélioration des conditions de vie des familles, promouvoir des normes sociales favorisant la non-tolérance des AS, aider à développer des habiletés pour prévenir les AS et devrait inclure la

création de milieux de vie sécuritaires (Baril et Laforest, 2018). De plus, l'intégration des cours d'éducation à la sexualité tout au long du parcours scolaire des enfants et adolescents serait une manière d'aborder la communication, le respect et le consentement (Baril et Laforest, 2018).

Au final, l'ampleur et la sévérité des conséquences des AS sur les enfants, les familles et les sociétés justifient des mesures de prévention robustes et soutenues à tous les niveaux de l'environnement.

## **6.4 Pistes de recherche futures**

Le savoir sur les conséquences des AS chez les enfants a grandement évolué dans les dernières décennies. La somatisation est une conséquence des AS qui a un grand impact sur la qualité de la vie des enfants. Des études futures pourraient poursuivre l'exploration de la somatisation chez les victimes d'AS en portant un regard attentif sur les facteurs familiaux et environnementaux. Inclure les indices de défavorisation sociale et matérielle pourrait être un facteur à explorer davantage, surtout dans la planification des interventions et services pour les victimes et leurs familles. Une autre piste pertinente est d'examiner l'évolution des symptômes de somatisation des victimes d'AS à travers le temps. Est-ce que les facteurs associés aux symptômes de somatisation identifiés dans cette étude contribueront à une amélioration des symptômes dans le temps? De plus, l'ajout d'un groupe de comparaison de population non-victime d'AS pourrait enrichir les analyses. Ainsi, une étude longitudinale, impliquant un groupe de comparaison, pourrait contribuer à mieux identifier des pistes d'interventions pour mieux soutenir cette population. Finalement, notre étude a démontré que les garçons ayant un parent en détresse étaient davantage susceptibles d'afficher des symptômes de somatisation que les filles. Il serait pertinent d'explorer les différences entre les garçons et les filles pour mieux soutenir cette population. De plus en plus les études se penchent sur les différences dans les trajectoires des garçons et les filles (Gagnier et Collin-Vézina, 2016). Des études ciblées sur l'expérience des garçons pourraient aider à mieux identifier et soutenir cette population qui est souvent sous représentée dans les échantillons.



## Chapitre 7 – Conclusion

L'AS envers les enfants est une problématique de santé publique majeure ayant des répercussions physiques et psychologiques sur les enfants. La somatisation, soit la présence de symptômes physiques en réponse à un stress psychologique, est une des conséquences de l'AS qui peut grandement affecter la qualité de vie des enfants et leur développement. Pour les enfants, les symptômes de somatisation peuvent avoir un impact sur le fonctionnement scolaire, le fonctionnement avec la famille et les amis et donc affecter négativement les trajectoires développementales des enfants (Ibeziako et al., 2019).

Cette étude suggère que les efforts visant à réduire le stress associé au dévoilement d'AS, la détresse psychologique du parent non-agresseur, l'occurrence d'évènements de vie stressants et à prévenir la défavorisation sociale peuvent être bénéfiques pour mieux comprendre et prévenir les symptômes somatiques chez les enfants d'âge scolaire victimes d'AS. D'un point de vue de santé publique, plusieurs acteurs présents à différents niveaux de l'environnement de l'enfant peuvent jouer un rôle pour aider à atténuer les conséquences d'une AS.

Cette étude est une des rares études dans la littérature à investiguer les symptômes de somatisation chez les victimes d'AS d'âge scolaire. Les résultats de l'étude renvoient à l'importance des facteurs sociaux, relationnels et environnementaux sur le fonctionnement des victimes suite à une AS. L'étude ouvre la piste sur des facteurs à explorer pour mieux comprendre et approfondir les connaissances en lien avec la somatisation chez les enfants de cet âge victimes d'AS. De plus un aspect nouveau de cette étude était l'utilisation des indices de défavorisation dans les analyses. Comme l'indice de défavorisation contribue à la prise de décisions quant à l'allocation de ressources sur une échelle régionale et locale au Québec (Institut national de santé publique du Québec, 2019), l'implantation de centres d'appui aux enfants dans les quartiers socialement défavorisés pourrait également contribuer à accroître l'accessibilité à différents types de soutien social pour les enfants victimes d'AS et leurs parents. Le renforcement du soutien social disponible pour les enfants et leurs parents est susceptible d'avoir un impact positif sur la trajectoire des enfants souffrant des symptômes de somatisation ayant vécu une AS. De futures études longitudinales sont nécessaires pour aider à mieux comprendre par quels mécanismes les facteurs

environnementaux, tels que la défavorisation des quartiers, peuvent avoir un impact sur les conséquences de l'AS chez l'enfant d'âge scolaire.

## Références bibliographiques

- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: child behavior checklist for ages 6-18, teacher's report form, youth self-report: an integrated system of multi-informant assessment*. University of Vermont, research center for children youth & families.
- Afifi, T. O. et MacMillan, H. L. (2011). Resilience following Child Maltreatment: A Review of Protective Factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 266-272. <https://doi.org/10.1177/0706743711105600505>
- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Cheung, K., Taillieu, T., Turner, S. et Sareen, J. (2016). *La maltraitance à l'égard des enfants et la santé physique à l'âge adulte*. Statistique Canada.
- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Taillieu, T., Cheung, K., Turner, S., Tonmyr, L. et Hovdestad, W. (2015). Relationship between child abuse exposure and reported contact with child protection organizations: Results from the Canadian Community Health Survey. *Child Abuse & Neglect*, 46, 198-206. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.001>
- Afifi, T. O., Salmon, S., Garcés, I., Struck, S., Fortier, J., Taillieu, T., Stewart-Tufescu, A., Asmundson, G. J. G., Sareen, J. et MacMillan, H. L. (2020). Confirmatory factor analysis of adverse childhood experiences (ACEs) among a community-based sample of parents and adolescents. *BMC Pediatrics*, 20(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02063-3>
- Andresen, J. M., Woolfolk, R. L., Allen, L. A., Fragoso, M. A., Youngerman, N. L., Patrick-Miller, T. J. et Gara, M. A. (2011). Physical Symptoms and Psychosocial Correlates of Somatization in Pediatric Primary Care. *Clinical Pediatrics*, 50(10), 904-909. <https://doi.org/10.1177/0009922811406717>
- Azur, M. J., Stuart, E. A., Frangakis, C. et Leaf, P. J. (2011). Multiple imputation by chained equations: what is it and how does it work? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 20(1), 40-49. <https://doi.org/10.1002/mpr.329>
- Banyard, V. L., Williams, L. M. et Siegel, J. A. (2004). Childhood Sexual Abuse: A Gender Perspective on Context and Consequences. *Child Maltreatment*, 9(3), 223-238. <https://doi.org/10.1177/107755904266914>
- Baril, K. et Laforest, J. (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé - Les agressions sexuelles*. Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/les-agressions-sexuelles>

- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. et Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Beck, J. E. (2008). A developmental perspective on functional somatic symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(5), 547-562. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm113>
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Henning, M., Werner, A. M., Burghardt, J., Tibubos, A. N., Schmutzer, G. et Brähler, E. (2020). Somatic Symptoms in the German General Population from 1975 to 2013. *Scientific Reports*, 10(1), 1595. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58602-6>
- Boisjoli, C., Hebert, M., Gauthier-Duchesne, A. et Caron, P. O. (2019). A mediational model linking perceptions of security, alexithymia and behavior problems of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 92, 66-76. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.017>
- Bonvanie, I. J., Janssens, K. A., Rosmalen, J. G. et Oldehinkel, A. J. (2017). Life events and functional somatic symptoms: A population study in older adolescents. *British Journal of Psychology*, 108(2), 318-333. <https://doi.org/10.1111/bjop.12198>
- Bonvanie, I. J., van Gils, A., Janssens, K. A. et Rosmalen, J. G. (2015). Sexual abuse predicts functional somatic symptoms: an adolescent population study. *Child Abuse & Neglect*, 46, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.06.001>
- Boxer, P. et Sloan-Power, E. (2013). Coping With Violence: A Comprehensive Framework and Implications for Understanding Resilience. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(3), 209-221. <https://doi.org/10.1177/1524838013487806>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. Dans *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development*. (p. 619-647). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10176-018>
- Bujoreanu, S., Randall, E., Thomson, K. et Ibeziako, P. (2014). Characteristics of medically hospitalized pediatric patients with somatoform diagnoses. *Hospital Pediatrics*, 4(5), 283-290. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2014-0023>
- Caouette, J., Hébert, M., Cyr, C. et Amédée, L. M. (2021). The attachment video-feedback intervention (AVI) combined to the trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) for sexually abused preschoolers and their parents: A pilot study examining pre- to post-test changes. *Developmental Child Welfare*, 3(2). <https://doi.org/10.1177/25161032211013820>

- Casanovas, M., Kramer, T., Clarke, V., Goddard, A., G, M. E. et Khadr, S. (2021). Somatic symptoms following sexual assault in adolescents: a prospective longitudinal study. *Psychology Health & Medicine*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1874437>
- Causey, D. L. et Dubow, E. F. (1992). Development of a self-report coping measure for elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(1), 47-59. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2101\\_8](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2101_8)
- 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)
- Charest, F., Hébert, M., Bernier, A., Langevin, R. et Miljkovitch, R. (2019). Behavior problems in sexually abused preschoolers over a 1-year period: The mediating role of attachment representations. *Development and Psychopathology*, 31(2), 471-481. <https://doi.org/10.1017/S0954579418000226>
- Cicchetti, D. (2013). Annual Research Review: Resilient functioning in maltreated children--past, present, and future perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 402-422. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02608.x>
- Collin-Vezina, D., Daigneault, I. et Hébert, M. (2013, Jul 18). Lessons learned from child sexual abuse research: prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 7(1), 22. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-22>
- Coulton, C. J., Crampton, D. S., Irwin, M., Spilsbury, J. C. et Korbin, J. E. (2007). How neighborhoods influence child maltreatment: a review of the literature and alternative pathways. *Child Abuse & Neglect*, 31(11-12), 1117-1142. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.03.023>
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L. et 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/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.04.004>
- Cyr, M., Frappier, J.-Y., Hébert, M., Tourigny, M., McDuff, P. et Turcotte, M.-È. (2016). Psychological and Physical Health of Nonoffending Parents After Disclosure of Sexual Abuse of Their Child. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(7), 757-776. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1228726>
- Daigneault, I. V. et Hébert, M. (2009). Profiles of school adaptation: social, behavioral and academic functioning in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 33(2), 102-115. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.06.001>

- Daigneault, I., Hébert, M., Bourgeois, C., Dargan, S. et Frappier, J.-Y. (2017). Santé mentale et physique des filles et des garçons agressés sexuellement : une étude de cas contrôlé apparié avec un suivi de cohortes sur 10 ans. *Criminologie*, 50(1), 99-125. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1039798ar>
- Daigneault, I., Vézina-Gagnon, P., Bourgeois, C., Esposito, T. et Hébert, M. (2017). Physical and mental health of children with substantiated sexual abuse: Gender comparisons from a matched-control cohort study. *Child Abuse & Neglect*, 66, 155-165. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.038>
- De Los Reyes, A. et Kazdin, A. E. (2005). Informant Discrepancies in the Assessment of Childhood Psychopathology: A Critical Review, Theoretical Framework, and Recommendations for Further Study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483-509. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.4.483>
- DeKlyen, M. et Greenberg, M. T. (2016). Attachment and psychopathology in childhood. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Hand-book of attachment: Theory, research and clinical applications* (3rd<sup>e</sup> éd., p. 639–666). The Guildford Press.
- Department of Justice Canada. (2018). *Understanding the Development and Impact of Child Advocacy Centres (CACs)*. [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2018/jus/J4-81-2018-eng.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2018/jus/J4-81-2018-eng.pdf)
- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M. et Goldbeck, L. (2015). Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse: A Systematic Review of the Literature. *Trauma, violence & abuse*, 16(4), 476-493. <https://doi.org/10.1177/1524838014557288>
- DuMont, K. A., Widom, C. S. et Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 255-274. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.015>
- Duncan, R., Mulder, R., Wilkinson, S. H. et Horwood, J. (2019). Medically Unexplained Symptoms and Antecedent Sexual Abuse: An Observational Study of a Birth Cohort. *Psychosomatic medicine*, 81(7), 622-628. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000726>
- Elliott, A. N. et Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: a review of the literature. *Child Maltreat*, 6(4), 314-331. <https://doi.org/10.1177/1077559501006004005>
- Elliott, L., Thompson, K. A. et Fobian, A. D. (2020). A Systematic Review of Somatic Symptoms in Children With a Chronically Ill Family Member. *Psychosomatic medicine*, 82(4), 366-376. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000799>

- Essau, C. A., Olaya, B., Bokszczanin, A., Gilvarry, C. et Bray, D. (2013). Somatic Symptoms among Children and Adolescents in Poland: A Confirmatory Factor Analytic Study of the Children Somatization Inventory. *Frontiers in public health*, 1, 72-72. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2013.00072>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. et 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. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Finkelhor, D. et Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(11), 1408-1423.
- Fortin, K. et Jenny, C. (2012). Sexual abuse. *Pediatrics in Review*, 33(1), 19-32. <https://doi.org/10.1542/pir.33-1-19>
- Gagnier, C. et Collin-Vézina, D. (2016). The Disclosure Experiences of Male Child Sexual Abuse Survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(2), 221-241. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1124308>
- Gamache, P., Hamel, D. et Blaser, C. (2019). *Material and social deprivation index: A summary – INSPQ Website*. [www.inspq.qc.ca/en/publications/2639](http://www.inspq.qc.ca/en/publications/2639)
- Ghetti, S., Alexander, K. W. et Goodman, G. S. (2002). Legal involvement in child sexual abuse cases: Consequences and interventions. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(3), 235-251. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(02\)00104-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0160-2527(02)00104-8)
- Gouvernement du Québec. (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Publications Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-807-1.pdf>
- Harter, S. (1982). The Perceived Competence Scale for Children. *Child Development*, 53(1), 87-97. <https://doi.org/10.2307/1129640>
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children*. University of Denver.
- Hébert, M. (2001). *Traduction française du Kerns Security Scale (KSS; Kerns, Klepac, & Cole, 1996)*. Département de sexologie, Université du Québec à Montréal
- Hébert, M. (2006). *Traduction française du Children's Impact of Traumatic Events Scale II (CITES II; Wolfe, 2002)*. Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

- Hébert, M., Amédée, L. M., Blais, M. et Gauthier-Duchesne, A. (2019). Child Sexual Abuse among a Representative Sample of Quebec High School Students: Prevalence and Association with Mental Health Problems and Health-Risk Behaviors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 64(12), 846-854. <https://doi.org/10.1177/0706743719861387>
- Hébert, M. et Cyr, M. (2005). *Questionnaire sur les événements stressants (adaptation du Source of Stress Inventory (SSI; Chandler, 1981) et du Life Events Checklist (LEC; Johnson & McCutcheon, 1980)* Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Hébert, M. et Cyr, M. (2010). *Adaptation française du History of Victimization Form (HVF; Wolfe, Gentile, & Boudreau, 1987)*. Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Hébert, M., Daspe, M.-E. et Cyr, M. (2018). An analysis of avoidant and approach coping as mediators of the relationship between paternal and maternal attachment security and outcomes in child victims of sexual abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(4), 402-410. <https://doi.org/10.1037/tra0000321>
- Hébert, M., Langevin, R. et Charest, F. (2014). Factors associated with resilience in preschoolers reporting sexual abuse: A typological analysis. *International Journal of Child and Adolescent Resilience (IJCAR)*, 2(1), 46-58. <https://ijcar-rirea.ca/index.php/ijcar-rirea/article/view/161>
- Hébert, M., Langevin, R. et Daigneault, I. (2016). The association between peer victimization, PTSD, and dissociation in child victims of sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 193, 227-232. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.080>
- Hébert, M., Langevin, R., Guidi, E., Bernard-Bonnin, A. C. et Allard-Dansereau, C. (2017). Sleep problems and dissociation in preschool victims of sexual abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(4), 507-521. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1240739>
- Hébert, M., Langevin, R. et 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. et Tourigny, M. (2006). A Typological Analysis of Behavioral Profiles of Sexually Abused Children. *Child Maltreatment*, 11(3), 203-216. <https://doi.org/10.1177/1077559506287866>
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P. et Joly, J. (2009). Prevalence of Childhood Sexual Abuse and Timing of Disclosure in a Representative Sample of Adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636. <https://doi.org/10.1177/070674370905400908>

- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V. et Piché, C. (2006). 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>
- Hecht, D. et Hansen, D. (2001). The Environment of Child Maltreatment: Contextual Factors and the Development of Psychopathology. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 433-457. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00015-X](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00015-X)
- Ibeziako, P., Brahmabhatt, K., Chapman, A., De Souza, C., Giles, L., Gooden, S., Latif, F., Malas, N., Namerow, L., Russell, R., Steinbuchel, P., Pao, M. et Plioplys, S. (2019). Developing a Clinical Pathway for Somatic Symptom and Related Disorders in Pediatric Hospital Settings. *Hospital Pediatrics*, 9(3), 147. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0205>
- Ibeziako, P. et Bujoreanu, S. (2011). Approach to psychosomatic illness in adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 23(4). [https://journals.lww.com/co-pediatrics/Fulltext/2011/08000/Approach\\_to\\_psychosomatic\\_illness\\_in\\_adolescents.6.aspx](https://journals.lww.com/co-pediatrics/Fulltext/2011/08000/Approach_to_psychosomatic_illness_in_adolescents.6.aspx)
- Ifeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39(3, Pt 2), 1215-1228. <https://doi.org/10.2466/pr0.1976.39.3f.1215>
- Institut national de santé publique du Québec. (2019). *Indice de défavorisation matérielle et sociale compilé par le Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP) à partir des données des recensements canadiens de 1991, 1996, 2001, 2006, 2011 et 2016*. <https://www.inspq.qc.ca/defavorisation/indice-de-defavorisation-materielle-et-sociale>
- Institut national de santé publique du Québec. (2021). *Trousse Média sur les agressions sexuelles - Les agressions sexuelles: de quoi parle-t-on?* Gouvernement du Québec. <https://inspq.qc.ca/agression-sexuelle/les-agressions-sexuelles-de-quoi-parle-t-on>
- Irish, L., Kobayashi, I. et Delahanty, D. L. (2010). Long-term Physical Health Consequences of Childhood Sexual Abuse: A Meta-Analytic Review. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 450-461. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp118>
- Jaffee, S. et Christian, C. (2014). The biological embedding of child abuse and neglect. *Social Policy Report*, 27, 1-35. <https://doi.org/10.1002/j.2379-3988.2014.tb00078.x>
- Janssens, K. A., Rosmalen, J. G., Ormel, J., van Oort, F. V. et Oldehinkel, A. J. (2010). Anxiety and depression are risk factors rather than consequences of functional somatic symptoms in a general population of adolescents: the TRAILS study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(3), 304-312. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02174.x>

- Janssens, K. A. M., Klis, S., Kingma, E. M., Oldehinkel, A. J. et Rosmalen, J. G. M. (2014). Predictors for Persistence of Functional Somatic Symptoms in Adolescents. *The Journal of Pediatrics*, 164(4), 900-905.e902. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.12.003>
- Johnson, J. H. et McCutcheon, S. M. (1980). Assessing life stress in older children and adolescents: Preliminary findings with the Life Events Checklist. *Stress and anxiety*, 7, 111-125.
- Jonzon, E. et Lindblad, F. (2004). Disclosure, Reactions, and Social Support: Findings from a Sample of Adult Victims of Child Sexual Abuse. *Child Maltreatment*, 9(2), 190-200. <https://doi.org/10.1177/1077559504264263>
- Kendall-Tackett, K. et Klest, B. (2009). Causal Mechanisms and Multidirectional Pathways Between Trauma, Dissociation, and Health. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(2), 129-134. <https://doi.org/10.1080/15299730802624510>
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. et Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>
- Kerns, K. A., Klepac, L. et Cole, A. (1996). Peer relationships and preadolescents' perceptions of security in the child-mother relationship. *Developmental Psychology*, 32(3), 457-466. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.3.457>
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- Lamb, M. E. et Lewis, C. (2004). The Development and Significance of Father-Child Relationships in Two-Parent Families. Dans *The role of the father in child development*, 4th ed. (p. 272-306). John Wiley & Sons Inc.
- Langevin, R., Hébert, M., Allard-Dansereau, C. et Bernard-Bonnin, A. C. (2016). Emotion Regulation in Sexually Abused Preschoolers: The Contribution of Parental Factors. *Journal of Traumatic Stress*, 29(2), 180-184. <https://doi.org/10.1002/jts.22082>
- Langevin, R., Hébert, M., Guidi, E., Bernard-Bonnin, A.-C. et Allard-Dansereau, C. (2017). Sleep problems over a year in sexually abused preschoolers. *Paediatrics & child health*, 22(5), 273-276. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx077>
- Lanier, P., Jonson-Reid, M., Stahlschmidt, M. J., Drake, B. et Constantino, J. (2010). Child maltreatment and pediatric health outcomes: a longitudinal study of low-income children. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 511-522. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp086>

Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.

Letourneau, E. J., Brown, D. S., Fang, X., Hassan, A. et Mercy, J. A. (2018). The economic burden of child sexual abuse in the United States. *Child Abuse & Neglect*, 79, 413-422. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.020>

Letourneau, E. J., Eaton, W. W., Bass, J., Berlin, F. S. et Moore, S. G. (2014). The need for a comprehensive public health approach to preventing child sexual abuse. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 129(3), 222-228. <https://doi.org/10.1177/003335491412900303>

Leventhal, T. et Brooks-Gunn, J. (2000). The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin*, 126(2), 309-337. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.2.309>

Lewis, T., McElroy, E., Harlaar, N. et Runyan, D. (2016). Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abused children? A prospective examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 51, 31-40. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.016>

Lovett, B. B. (2004). Child Sexual Abuse Disclosure: Maternal Response and Other Variables Impacting the Victim. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(4), 355-371. <https://doi.org/10.1023/B:CASW.0000035221.78729.d6>

Lynch, M. et Cicchetti, D. (2002). Links between community violence and the family system: evidence from children's feelings of relatedness and perceptions of parent behavior. *Family Process*, 41(3), 519-532. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.41314.x>

Malas, N., Ortiz-Aguayo, R., Giles, L. et Ibeziako, P. (2017). Pediatric Somatic Symptom Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 19(2), 11. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0760-3>

Mathews, B. et 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>

Ministère de la Sécurité publique. (2021). *Criminalité au Québec – Infractions sexuelles en 2019*. <https://www.quebec.ca/gouv/ministere/securite-publique/publications#c80043>

Morrison, S. E., Bruce, C. et Wilson, S. (2018). Children's Disclosure of Sexual Abuse: A Systematic Review of Qualitative Research Exploring Barriers and Facilitators. *J Child Sex Abus*, 27(2), 176-194. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1425943>

- Mulvaney, S., Lambert, E. W., Garber, J. et Walker, L. S. (2006). Trajectories of symptoms and impairment for pediatric patients with functional abdominal pain: a 5-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 737-744. <https://doi.org/10.1097/10.chi.0000214192.57993.06>
- Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P., Philibert, M. D., Raymond, G. et Simpson, A. (2012). Un indice régional de défavorisation matérielle et sociale pour la santé publique au Québec et au Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 103(2), S17-S22. <https://doi.org/10.1007/BF03403824>
- Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M., Elamin, M. B., Seime, R. J., Prokop, L. J. et Zirakzadeh, A. (2009). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Somatic Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 302(5), 550-561. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1091>
- Piontek, K., Wiesmann, U., Apfelbacher, C., Völzke, H. et Grabe, H. J. (2021). The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: Results from a population-based cohort study. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105226. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105226>
- Powell, K. E., Mercy, J. A., Crosby, A. E., Dahlberg, L. L. et Simon, T. R. (1999). Public Health Models of Violence and Violence Prevention. Dans L. R. Kurtz (dir.), *Encyclopedia of violence, peace, & conflict* (p. 175-187). Academic Press.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C. et Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique: Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec (Report no 7)*.
- 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/https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>
- Racine, N., Dimitropoulos, G., Hartwick, C., Eirich, R., van Roessel, L. et Madigan, S. (2021). Characteristics and Service Needs of Maltreated Children Referred for Mental Health Services at a Child Advocacy Centre in Canada. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(2), 92-103.
- Rask, C. U., Ørnboel, E., Fink, P. K. et Skovgaard, A. M. (2013). Functional Somatic Symptoms and Consultation Patterns in 5- to 7-Year-Olds. *Pediatrics*, 132(2), e459. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0159>
- Reynolds, C. R. et Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: a revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6(2), 271-280. <https://doi.org/10.1007/bf00919131>

- Ross, C. E., Reynolds, J. R. et Geis, K. J. (2000). The Contingent Meaning of Neighborhood Stability for Residents' Psychological Well-Being. *American Sociological Review*, 65(4), 581-597. <https://doi.org/10.2307/2657384>
- Roth, S. et Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41(7), 813-819. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.7.813>
- Saint-Laurent, L. (1990). Étude psychométrique de l'Inventaire de dépression pour enfants de Kovacs auprès d'un échantillon francophone. [Psychometric study of Kovacs's Children's Depression Inventory with a French-speaking sample.]. 22, 377-384. <https://doi.org/10.1037/h0078990>
- Saunders, N. R., Gandhi, S., Chen, S., Vigod, S., Fung, K., De Souza, C., Saab, H. et Kurdyak, P. (2020). Health Care Use and Costs of Children, Adolescents, and Young Adults With Somatic Symptom and Related Disorders. *JAMA Network Open*, 3(7), e2011295-e2011295. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11295>
- Schaeffer, P., Leventhal, J. M. et Asnes, A. G. (2011). Children's disclosures of sexual abuse: Learning from direct inquiry. *Child Abuse & Neglect*, 35(5), 343-352. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.01.014>
- Schafer, J. L. et Graham, J. W. (2002). Missing data: our view of the state of the art. *Psychological Methods*, 7(2), 147-177. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.2.147>
- Secrétariat à la condition féminine. (2016). *Les violences sexuelles, c'est non. Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles*. [http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/Violences/Brochure\\_Violences\\_Sexuelles.pdf](http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/Violences/Brochure_Violences_Sexuelles.pdf)
- Silber, T. J. (2011). Somatization Disorders: Diagnosis, Treatment, and Prognosis. *Pediatrics in Review*, 32(2), 56. <https://doi.org/10.1542/pir.32-2-56>
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116(2), 340-362. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.2.340>
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M. et Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Tener, D. et Murphy, S. B. (2014). Adult Disclosure of Child Sexual Abuse: A Literature Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 391-400. <https://doi.org/10.1177/1524838014537906>

- Terwogt, M., Rieffe, C., Miers, A., Jellesma, F. et Tolland, A. (2006). Emotions and self-esteem as indicators of somatic complaints in children. *Infant and Child Development*, 15, 581-592. <https://doi.org/10.1002/icd.479>
- Tourigny, M., Gagné, M.-H., Joly, J. et Chartrand, M.-È. (2006). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*, 97(2), 109-113. [www.jstor.org/stable/41994695](http://www.jstor.org/stable/41994695)
- Townsend, P. (1987). Deprivation. *Journal of Social Policy*, 16(2), 125-146. <https://doi.org/10.1017/S0047279400020341>
- Trocmé, N. (2010). *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect, 2008: Major findings*. Public Health Agency of Canada.
- Ullman, S. E. (2003). Social reactions to child sexual abuse disclosures: a critical review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(1), 89-121. [https://doi.org/10.1300/J070v12n01\\_05](https://doi.org/10.1300/J070v12n01_05)
- Vachon, D. D., Krueger, R. F., Rogosch, F. A. et Cicchetti, D. (2015). Assessment of the Harmful Psychiatric and Behavioral Effects of Different Forms of Child Maltreatment. *JAMA Psychiatry*, 72(11), 1135-1142. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1792>
- Villeneuve Cyr, M. et Hébert, M. (2011). Analyse comparative des caractéristiques de l'agression sexuelle et des conséquences associées en fonction du sexe. *Service social*, 57(1), 15-30. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1006245ar>
- Wamser-Nanney, R. (2017). Maternal support following childhood sexual abuse: Links to parent-reported children's outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 67, 44-53. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.023>
- Wolfe, V. V. (2002). *The Children's Impact of Traumatic Events Scale II (CITES-II)* [Unpublished assessment instrument]. Available from V. V. Wolfe, Child and Adolescent Centre, London Health Sciences Centre, 346 South St., London, Ontario N6A 4G5, Canada.
- Wolfe, V. V., Gentile, C. et Bourdeau, P. (1987). *History of Victimization Form* [Unpublished assessment instrument]. Children's Hospital of Western Ontario.
- Yancey, C. T. et Hansen, D. J. (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 15(6), 410-421. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.avb.2010.07.003>

- Yancey, C. T., Hansen, D. J. et Naufel, K. Z. (2011). Heterogeneity of individuals with a history of child sexual abuse: an examination of children presenting to treatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(2), 111-127. <https://doi.org/10.1080/10538712.2011.554341>
- Yancey, C. T., Naufel, K. Z. et Hansen, D. J. (2013). The Relationship of Personal, Family, and Abuse-Specific Factors to Children's Clinical Presentation Following Childhood Sexual Abuse. *Journal of Family Violence*, 28(1), 31-42. <https://doi.org/10.1007/s10896-012-9485-6>
- Zielinski, D. S. et Bradshaw, C. P. (2006). Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: a review of the literature. *Child Maltreatment*, 11(1), 49-62. <https://doi.org/10.1177/1077559505283591>



# Annexe A : Approbation comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine

Le 10 août 2011

Docteur Anne-Claude Bernard-Bonin  
Pédiatrie

OBJET: Titre du projet: Developmental trajectories and pathways to recovery and resilience in children victims of sexual abuse/  
Trajectoires de développement et parcours de rétablissement et de résilience chez des enfants victimes d'agression sexuelle

No. de dossier: 3364

Responsables du projet: Anne-Claude Bernard-Bonin M.D., chercheur responsable au CHU Sainte-Justine. Chercheur principal: Martine Hébert, UQAM. Collaborateurs: Claire Allard-Dansereau et Mireille Cyr



CHU Sainte-Justine

*Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant*

*Pour l'amour des enfants*

Université  
de Montréal

Chère Docteur,

Votre projet cité en rubrique a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en date du 26 juillet 2011. Vous trouverez ci-joint la liste des documents approuvés ainsi que vos formulaires d'information et de consentement estampillés dont nous vous prions de vous servir d'une copie pour distribution. Notez que pour une collaboration avec un (ou plusieurs) tiers (institutions ou entreprises privées) impliquant des transferts de fonds et/ou données et/ou matériel biologique, une entente (contrat) doit être conclue avec le Bureau des ententes de recherche (BER).

Tous les projets de recherche impliquant des sujets humains doivent être réexaminés annuellement et la durée de l'approbation de votre projet sera effective jusqu'au **26 juillet 2012**. Notez qu'il est de votre responsabilité de soumettre une demande au comité pour que votre projet soit renouvelé avant la date d'expiration mentionnée. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité dans les plus brefs délais de toute modification au projet ainsi que de tout effet secondaire survenu dans le cadre de la présente étude.

Nous vous souhaitons bonne chance dans la réalisation de votre projet et vous prions de recevoir nos meilleures salutations.

Pour

Jean-Marie Therrien, Ph.D., éthicien  
Président du Comité d'éthique de la recherche

JMT/sa  
c.c.:BER

3175, Côte-Sainte-Catherine  
Montréal (Québec)  
H3T 1C5

## Liste des documents approuvés par le CÉR

---



**CHU Sainte-Justine**

*Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant*

*Pour l'amour des enfants*



Titre du projet:

Developmental trajectories and pathways to recovery and resilience in children victims of sexual abuse/

Trajectoires de développement et parcours de rétablissement et de résilience chez des enfants victimes d'agression sexuelle

No. de dossier: 3364

Date d'approbation : mardi 26 juillet 2011

Responsables du projet: BERNARD-BONNIN ANNE-CLAUDE M.D., chercheur responsable au CHU Sainte-Justine. Chercheur principal: Martine Hébert, UQAM. Collaborateurs: Claire Allard-Dansereau et Mireille Cyr

Liste:

- Protocole de recherche daté de septembre 2010
- Formulaire d'information et de consentement daté du 08 juin 2010 (Enfant/Parent - CHU Sainte-Justine)
- Formulaire de consentement pour la participation à une 3<sup>ème</sup> entrevue (suivi 1 an) daté du 08 juin 2011 - (Enfant/Parent - CHU Sainte-Justine)
- Formulaire de consentement pour la participation à une 4<sup>ème</sup> entrevue (suivi 2 ans) daté du 08 juin 2011 - (Enfant/Parent - CHU Sainte-Justine)
- Formulaire d'information et de consentement daté du 08 juin 2011 (Enfant/Parent - Centre d'intervention en Abus Sexuel pour la famille (CIASF))
- Formulaire de consentement pour la participation à une 3<sup>ème</sup> entrevue (suivi 1 an) daté du 08 juin 2011 (Enfant/Parent - Centre d'intervention en Abus Sexuel pour la famille (CIASF))
- Formulaire de consentement pour la participation à une 4<sup>ème</sup> entrevue (suivi 2 ans) daté du 08 juin 2011 (Enfant/Parent - Centre d'intervention en Abus Sexuel pour la famille (CIASF))
- Formulaire d'information et de consentement daté du 08 juin 2010 (Enfant/Parent - Parents-Unis Repentigny Lanaudière)
- Formulaire de consentement pour la participation à une 3<sup>ème</sup> entrevue (suivi 1 an) daté du 08 juin 2011 (Enfant/Parent - Parents-Unis Repentigny Lanaudière)

3175, Côte-Sainte-Catherine  
Montréal (Québec)  
H3T 1C5

- Formulaire de consentement pour la participation à une 4<sup>ème</sup> entrevue (suivi 2 ans) daté du 08 juin 2011 (Enfant/Parent - Parents-Unis Repentigny Lanaudière)
- Lettre de sollicitation de l'enseignant non datée, approuvée le 26 juillet 2011
- Formulaire de consentement pour la sollicitation de l'enseignant /e daté du 15 mars 2011
- Questionnaire du Parent non daté, approuvé le 26 juillet 2011 (version pour les enfants de 6<sup>1/2</sup> à 12 ans)
- Questionnaire de l'Enfant non daté, approuvé le 26 juillet 2011 (version pour les enfants de 6<sup>1/2</sup> à 12 ans)



**CHU Sainte-Justine**  
*Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant*

*Pour l'amour des enfants*

Université   
de Montréal

3175, Côte-Sainte-Catherine  
Montréal (Québec)  
H3T 1C5

# Annexe B : Approbation comité institutionnel d'éthique de la recherche avec les êtres humains de l'Université du Québec à Montréal



No. 700361

**Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a examiné le projet de recherche suivant :**

**Responsable(s) du projet:** Martine Hébert

**Unité(s) :** Département de sexologie

**Co-chercheur(s):** Mireille Cyr (Université de Montréal)

**Titre du projet :** «Trajectoires de développement et parcours de rétablissement et résilience chez les enfants victimes d'agression sexuelle / *Developmental trajectories and pathways to recovery and resilience in children victims of sexual abuse*».

**Stagiaire postdoctoral :**

**Étudiant(s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse dans le cadre du présent projet ou programme :**

*Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (1999) et l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (2010).*

**Le présent certificat est valide jusqu'au 1<sup>er</sup> novembre 2012.**

**Rapport du statut du projet (renouvellement du certificat ou de fin de projet) attendu pour le: 1<sup>er</sup> octobre 2012.**

(<http://www.recherche.uqam.ca/ethique/humains-suivi-continu.htm>)

### Membres du Comité

Membres	Fonction/Discipline	Département ou organisme externe
Marc Bélanger	Ph.D. (sciences neurologiques)	Kinanthropologie
René Binette	Représentant du public	Écomusée du fier monde
Louise Cossette	Ph.D. (psychologie)	Psychologie
Andrée De Serres	Ph.D. (administration)	Stratégie, responsabilité sociale et environnementale
Christa Japel	Ph.D. (psychologie)	Éducation et pédagogie
Maria Nengeh Mensah	Ph.D. (Communications)	École de travail social
Christian Saint-Germain	Ph.D. (théologie)	Philosophie

Date de la réunion : 16 septembre 2011

Date d'émission initiale du certificat : 1<sup>er</sup> novembre 2011

Date(s) de renouvellement du certificat :

R-1 :  R-2 :  R-3 :  R-4 :  R-5 :

Remarque :



Marc Bélanger, Ph.D., Président

Le 4 mai 2020

Madame Martine Hébert  
Professeure  
Département de sexologie

Objet : Rapport de suivi éthique  
Titre du projet : *Documenter les trajectoires de guérison et optimiser le traitement des enfants et des adolescentes et adolescents victimes d'agression sexuelle*  
No : 2050\_2020, rapport 1712  
Statut : En cours  
Financement : IRSC

Madame,

En référence au projet de recherche susmentionné ayant reçu l'approbation initiale au plan de l'éthique de la recherche, le 25 septembre 2017, le Comité institutionnel juge votre rapport d'avancement conforme aux normes établies par la Politique no 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (2015) et délivre le renouvellement de votre certificat d'éthique, valide jusqu'au **1 mai 2021**.

Le présent rapport de suivi annuel implique l'ajout des personnes suivantes au sein de l'équipe de recherche universitaire :

Étudiante : Geneviève Brodeur (UQAM)  
Étudiantes réalisant leurs projets de recherche dans le cadre de cette demande : Ariane Jean-Thorn (UQAM); Hina Raza (UdeM)

En terminant, je vous rappelle qu'il est de votre responsabilité de communiquer au Comité institutionnel les **modifications importantes**<sup>1</sup> qui pourraient être apportées à votre projet en cours de réalisation. Concernant le prochain rapport de suivi éthique (renouvellement ou fin de projet), vous recevrez automatiquement un premier courriel de rappel trois mois avant la date d'échéance du certificat. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, à défaut de quoi, le certificat pourra être révoqué.

Le Comité institutionnel vous souhaite le plus grand succès dans la réalisation de cette recherche et vous prie de recevoir ses salutations les meilleurs.

Le président,



Yanick Farmer, Ph. D.  
Professeur

<sup>1</sup> Modifications apportées aux objectifs du projet et à ses étapes de réalisation, au choix des groupes de participants et à la façon de les recruter et aux formulaires de consentement. Les modifications incluent les risques de préjudices non-prévus pour les participants, les précautions mises en place pour les minimiser, les changements au niveau de la protection accordée aux participants en termes d'anonymat et de confidentialité ainsi que les changements au niveau de l'équipe (ajout ou retrait de membres). Les demandes d'approbation de modifications afférentes à ce projet seront dorénavant traitées via le système eReviews.

## CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (janvier 2020) de l'UQAM.

### Protocole de recherche

**Chercheur principal** : Martine Hébert

**Unité de rattachement** : Département de sexologie

**Titre du protocole de recherche** : Trajectoires de développement et parcours de rétablissement et résilience chez les enfants victimes d'agression sexuelle/Development trajectories and pathways to recovery and resilience in children victims of sexual abuse

**Source de financement (le cas échéant)** : IRSC

**Date d'approbation initiale du projet** : 2011-11-01

### Équipe de recherche

**Cochercheurs externes** : Claire Allard-Dansereau (CHU Ste-Justine); Anne-Claude Bernard-Bonnin (CHU Ste-Justine); Mireille Cyr (UdeM)

**Étudiants réalisant un projet de thèse dans le cadre de cette recherche** : Amélie Tremblay-Perreault; Laetitia Mélissande Amédée; Justine Caouette

### Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées rapidement au comité.

Tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité. Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide jusqu'au **2022-05-01**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat.

Louis-Philippe Auger  
Coordonnateur du CIEREH

Pour: Yanick Farmer  
Professeur  
Président du CIEREH

# Annexe C : Formulaire de consentement des parents

APPROUVÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE

14 JUIN 2017  
#2012-370  
CHU SAINTE-JUSTINE



CHU Sainte-Justine

*Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant*

*Pour l'amour des enfants*



Université  
de Montréal



Université du Québec à Montréal

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

### Trajectoires de développement et parcours de rétablissement et de résilience chez des enfants victimes d'agression sexuelle

(Developmental trajectories and pathways to recovery and resilience in children victims of sexual abuse)

Chercheuses: MARTINE HÉBERT, Ph.D., département de sexologie, Université du Québec à Montréal  
Dr. CLAIRE ALLARD-DANSEREAU, M.D., CHU Sainte-Justine  
Dr. ANNE-CLAUDE BERNARD-BONNIN, M.D., CHU Sainte-Justine  
MIREILLE CYR, Ph.D., département de psychologie, Université de Montréal

Ce projet est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Madame, Monsieur,

Nous sollicitons votre participation et celle de votre enfant à une étude menée par des chercheuses de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et de l'Université de Montréal en collaboration avec la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Sainte-Justine. Cette étude porte sur les facteurs ainsi que les interventions qui aident les enfants d'âge scolaire et leurs parents à surmonter des événements difficiles (par exemple, une agression sexuelle) et sur l'évolution des enfants sur une période de deux ans. Nous sollicitons la participation des parents et des enfants qui consultent la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Sainte-Justine. Les objectifs de ce projet sont d'identifier le profil de développement des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle et les éléments qui influencent ce profil ainsi que d'évaluer l'efficacité des interventions offertes. Les données recueillies sont susceptibles de nous aider à identifier les besoins de ces enfants et de pouvoir mettre en place des services adaptés. De plus, le projet vise à explorer l'évolution des profils des enfants sur une période de deux ans.

#### EN QUOI CONSISTE LA PARTICIPATION AU PROJET?

Le projet comprend trois 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 en quatre entrevues individuelles avec une assistante de recherche qui permettront l'administration de questionnaires. Les questionnaires qui vous seront administrés ont trait à votre situation personnelle, psychologique, familiale et conjugale ainsi que sur le comportement et le développement de votre enfant. Les questionnaires administrés à votre enfant ont trait à son comportement et à son développement. La passation de questionnaires sous forme de jeux et d'images sera enregistrée par voie audio. Ces entrevues sont d'une durée moyenne de 90 minutes pour vous et de 60 minutes pour votre enfant. Vous et votre enfant serez rencontrés à quatre reprises pour une entrevue, soit lors de votre visite à la Clinique, et à environ 6 mois, un an et deux ans suivant la première rencontre. Les entrevues de relance auront lieu à votre domicile ou à l'université, selon votre convenance.

##### 2) Dossier médical du CHU Ste-Justine

Votre participation à ce volet consiste à autoriser que l'équipe de chercheuses accède aux informations contenues dans le dossier médical de votre enfant au CHU Ste-Justine. Cette autorisation ne vous demandera aucune participation supplémentaire. Ce dossier inclut la description détaillée des services reçus et de l'information sur l'évolution psychosociale, et médicale de votre enfant.

3) Collecte de données effectuée auprès de l'enseignant/e

Si vous acceptez, l'enseignant/e sera aussi invité/e à compléter un questionnaire portant sur le comportement de l'enfant à l'école. On lui précisera qu'il s'agit d'une étude sur l'adaptation des jeunes enfants qui ont consulté au centre hospitalier au cours des derniers mois, sans préciser le motif de la consultation.

#### **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 et d'en adapter les services.

#### **INCONVÉNIENTS ET RISQUES**

Un possible inconvénient, pour vous et votre enfant, est le temps que vous accorderez pour compléter les questionnaires. Un désavantage possible serait de vous rappeler des épisodes désagréables de votre vie familiale ou de votre relation conjugale. Toutefois, 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 ne 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 formés au niveau collégial ou universitaire dans le domaine de la recherche sociale ou d'étudiantes de niveau universitaire inscrites dans un programme d'étude en lien avec le projet de recherche. 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<sup>1</sup>). La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code numérique pour identifier les questionnaires et les informations recueillies dans le dossier médical. 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 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, les informations recueillies dans le dossier médical et les enregistrements audio seront conservés sous clé dans les locaux de la chercheuse principale (Martine Hébert - UQAM) et les seules personnes qui y auront accès sont les chercheurs/es associés/es au projet et le personnel de recherche. Ces documents seront détruits 5 ans après la dernière entrevue. L'enfant a droit à la confidentialité de ses réponses. Ainsi, elles ne seront pas discutées avec le parent. Le comité d'éthique du CHU Sainte-Justine et de l'UQAM ainsi que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'organisme subventionnaire pourront avoir accès aux données.

#### **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.

<sup>1</sup> 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.

**COMPENSATION**

Si vous acceptez de compléter les questionnaires, une compensation d'ordre monétaire de 20\$ vous sera remise lors de chaque rencontre pour défrayer les coûts de déplacement et/ou les frais de gardiennage que pourrait entraîner votre participation.

**EST-IL OBLIGATOIRE DE PARTICIPER?**

Non. La participation à ce projet se fait sur une base volontaire. Vous et votre enfant êtes entièrement 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 et qu'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 CHU Sainte-Justine.

**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:

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

Dr. Claire Allard-Dansereau, M.D.  
CHU Sainte-Justine

Dr. Anne-Claude Bernard-Bonnin, M.D.  
CHU Sainte-Justine



Ce projet a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CER) du CHU Sainte-Justine. Si vous avez des questions au sujet des droits de votre enfant à titre de participant à l'étude ou une plainte à formuler, veuillez contacter la conseillère à la clientèle du CHU Sainte-Justine au [redacted]

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 de la présidente du CIÉR, Madame Maria Nengeh Mensah [redacted] ou par courriel: [redacted]

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 quatre entrevues permettant la passation des questionnaires.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
		Initiales du parent/tuteur
J'accepte librement de participer aux quatre entrevues permettant la passation des questionnaires.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
		Initiales du parent/tuteur
J'accepte que les données recueillies dans le dossier médical de mon enfant soient transmises à l'équipe de chercheurs pour qu'elles soient utilisées à des fins de recherche.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
		Initiales du parent/tuteur
J'accepte que des informations sommaires soient présentées sous forme de tableau résumé à mon intervenant/e du CHU Sainte-Justine.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
		Initiales du parent/tuteur
J'accepte que l'enseignant/e de mon enfant soit invité/e à compléter un questionnaire sur son comportement à chaque temps de mesure qui sera recueilli par l'équipe de recherche. Lors de la collecte des informations, j'ai la possibilité de refuser que l'enseignant/e soit contacté/e. L'enseignant/e ne sera pas informé/e que l'enfant a dévoilé une agression sexuelle.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
		Initiales du parent/tuteur

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

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

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

Date de naissance de l'enfant (JJ/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Âge de l'enfant \_\_\_\_\_

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

(_____) _____	(_____) _____	_____
Téléphone au domicile	<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Au travail	Courriel
Adresse	Numéro	Rue
		Appartement
	Municipalité	Province
		Code postal
<u>Coordonnées de deux personnes</u> qui pourraient nous aider à vous rejoindre dans l'éventualité d'un déménagement:		
Nom et prénom du contact (Lettres moulées)	Lien du contact avec le parent	(_____) # de téléphone
Nom et prénom du contact (Lettres moulées)	Lien du contact avec le parent	(_____) # de téléphone

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

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

# Annexe D : Questionnaire du parent

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

### Informations sur l'enfant

Dans cet espace, inscrire vos réponses et les précisions à apporter, s'il y a lieu.

1. Date de naissance de l'enfant:

À compléter par l'équipe de rech.: L'âge de l'enfant est     
année mois

jour mois année

2. Sexe de l'enfant:      1. Fille      2. Garçon

3. Trouble(s) diagnostiqué(s) chez l'enfant:

- 0. Aucun trouble
- 1. Déficience intellectuelle
- 2. Trouble d'apprentissage (lecture; calcul; expression écrite)
- 3. Trouble des habiletés motrices (acquisition de la coordination)
- 4. Trouble de la communication (trouble du langage de type expressif; trouble du langage de type mixte, réceptif / expressif; trouble phonologique; bégaiement)
- 5. Trouble envahissant du développement (autisme, syndrome de Rett, trouble désintégratif de l'enfance, syndrome d'Asperger)
- 6. Déficit de l'attention et comportement perturbateur (déficit de l'attention / hyperactivité; troubles des conduites; trouble oppositionnel avec provocation)
- 7. Tics (syndrome de Gilles de la Tourette; tic moteur ou vocal chronique; tic transitoire)
- 8. Autre trouble (anxiété de séparation; mutisme sélectif; trouble réactionnel de l'attachement; mouvements stéréotypés)

4. Niveau scolaire de l'enfant (ou équivalence) en cours ou complété:

- 0. Pas en âge de fréquenter l'école
- 1. Pré-maternelle
- 2. Maternelle
- 3. 1<sup>ère</sup> année primaire (cycle 1)
- 4. 2<sup>e</sup> année primaire (cycle 1)
- 5. 3<sup>e</sup> année primaire (cycle 2)
- 6. 4<sup>e</sup> année primaire (cycle 2)
- 7. 5<sup>e</sup> année primaire (cycle 3)
- 8. 6<sup>e</sup> année primaire (cycle 3)
- 9. Secondaire I
- 10. Secondaire II
- 11. Secondaire III
- 12. Secondaire IV
- 13. Secondaire V
- 14. Aucune division des années scolaires

### Informations sur le répondant-adulte

5. Lien du répondant-adulte avec l'enfant:

- 1. Mère
- 2. Père
- 3. Conjoint.e du père
- 4. Conjoint.e de la mère
- 5. Fratrie (soeur ou frère, précisez)
- 6. Grand-mère
- 7. Grand-père
- 8. Tante
- 9. Oncle
- 10. Mère d'accueil
- 11. Père d'accueil
- 12. Tuteur légal (précisez)
- 13. Professionnel.le (précisez)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. Sexe du répondant-adulte:      1. Femme      2. Homme

7. Date de naissance du répondant-adulte:  
 ou âge (en années) (selon la préférence du répondant)

jour mois année/âge

8. Occupation actuelle du répondant-adulte:

*Aux études*

- 11. Études avec emploi temps plein
- 12. Études avec emploi temps partiel
- 13. Études sans emploi

*Emploi rémunéré (salarié ou travailleur autonome)*

- 21. À temps plein
- 22. À temps partiel

*Sans emploi*

- 31. Travail à la maison - Sans revenu
- 32. Assistance sociale - Prestations d'aide sociale
- 33. Assurance emploi (chômage) - En recherche d'emploi
- 34. CSST - Accident de travail
- 35. Congé de maladie (sans lien avec le travail)
- 36. Congé parental

*Autre occupation*

- 41. Retraité.e

<p style="text-align: right;"> _____ </p>
<p style="text-align: right;"> _____ </p>

9. Plus haut niveau de scolarité atteint, ou son équivalent (même si non complété):

- 1. Études primaires
- 2. Études secondaires
- 3. Études collégiales ou professionnelles
- 4. Études universitaires de 1<sup>er</sup> cycle (Baccalauréat)
- 5. Études universitaires de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle (Maîtrise ou doctorat)

**Informations sur la famille**

10. a. Composition de la famille - endroit où vit principalement l'enfant:

- 10. Famille intacte (mère + père + enfant)

*Famille monoparentale*

- 21. Mère + enfant
- 22. Père + enfant
- 23. Garde partagée

*Famille reconstituée*

- 31. Mère + enfant + autre conjoint.e que le père
- 32. Père + enfant + autre conjoint.e que la mère
- 33. Garde partagée
- 40. Famille d'accueil
- 50. Autre (précisez)

b. Répartition de la garde de l'enfant (dans le cas d'une famille monoparentale ou reconstituée):

- 1. Garde complète
- 2. Une semaine sur deux ou moitié / moitié
- 3. Jours de semaine chez l'un / fins de semaine chez l'autre
- 4. Une fin de semaine sur deux chez l'autre
- 5. Autre (précisez)

c. Depuis combien de temps (en mois) l'enfant vit dans cette composition familiale (dans le cas d'une famille monoparentale ou reconstituée, famille d'accueil et autre)?

<p style="text-align: right;"> _____ </p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p style="text-align: right;"> _____ </p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p style="text-align: right;"> _____ </p> <p style="text-align: center;">en mois</p>

<p>11. Nombre d'enfants dans la famille (milieu de vie): (inclure l'enfant participant, les frères et sœurs, les demi-frères et demi-sœurs, les enfants des nouveaux conjoints, ainsi que tout autre enfant habitant avec l'enfant participant)</p>	<input type="text"/>								
<p>12. Est-ce que des frères ou sœurs de l'enfant participent également à l'étude (incluant les enfants du conjoint)?</p> <p>o. Non    1. Oui    <i>Équipe de recherche: Si oui, précisez le(s) numéro(s) de sujets de la fratrie.</i></p> <p>À compléter par l'équipe de rech. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<input type="text"/>								
<p>13. Approximativement, quel est le revenu annuel brut de votre famille (i.e. avant impôt; et s'il y a lieu, incluant l'assurance-chômage, les allocations familiales)? La famille est l'endroit où vit principalement l'enfant.</p> <table border="0"> <tr> <td>1. 19 999\$ ou moins</td> <td>5. 80 000\$ à 99 999\$</td> </tr> <tr> <td>2. 20 000\$ à 39 999\$</td> <td>6. 100 000\$ à 119 999\$</td> </tr> <tr> <td>3. 40 000\$ à 59 999\$</td> <td>7. 120 000\$ à 139 999\$</td> </tr> <tr> <td>4. 60 000\$ à 79 999\$</td> <td>8. 140 000\$ ou plus</td> </tr> </table>	1. 19 999\$ ou moins	5. 80 000\$ à 99 999\$	2. 20 000\$ à 39 999\$	6. 100 000\$ à 119 999\$	3. 40 000\$ à 59 999\$	7. 120 000\$ à 139 999\$	4. 60 000\$ à 79 999\$	8. 140 000\$ ou plus	<input type="text"/>
1. 19 999\$ ou moins	5. 80 000\$ à 99 999\$								
2. 20 000\$ à 39 999\$	6. 100 000\$ à 119 999\$								
3. 40 000\$ à 59 999\$	7. 120 000\$ à 139 999\$								
4. 60 000\$ à 79 999\$	8. 140 000\$ ou plus								
<p>14. Est-ce que l'un des parents de l'enfant est né à l'extérieur du Canada?</p> <p>o. Non</p> <p>1. Oui, s.v.p. indiquer dans quel pays</p>	<p style="text-align: center;"><input type="text"/></p> <hr/> <hr/>								
<p>15. À quel(s) groupe(s) ethnique(s) ou culturel(s) les parents de l'enfant appartiennent-ils?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Québécois ou canadien</li> <li>2. Premières Nations, Inuits, Métis, Autochtones, etc.</li> <li>3. Latino-Américain (Amérique centrale ou du Sud)</li> <li>4. Afro-Américain / Afrique noire</li> <li>5. Asiatique (Chine, Japon, Laos, Philippines, Inde, etc.)</li> <li>6. Européen de l'Ouest (France, Espagne, Allemagne, Grèce, etc.)</li> <li>7. Européen de l'Est (Hongrie, Roumanie, Ukraine, etc.)</li> <li>8. Caribéens / Antillais</li> <li>9. Afrique du Nord (Maghreb) / Moyen- Orient</li> <li>10. Autre (précisez)</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><input type="text"/></p> <hr/> <hr/> <hr/>								

# HISTOIRE DE VICTIMISATION

Veuillez compléter ce formulaire pour chacune  
des situations d'agression sexuelle rapportées concernant l'enfant

Nombre total de situations d'AS vécues ou rapportées: _____	<input type="checkbox"/> Première situation d'AS (celle pour laquelle l'enfant reçoit des services / la plus récente) <input type="checkbox"/> Seconde situation d'AS <input type="checkbox"/> Troisième situation d'AS <input type="checkbox"/> Revictimisation (durant les services) <small>Pour les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> situations d'AS, pour les besoins de la recherche, compléter que les items avec *.</small>
Date de naissance: ____/____/____ (jj/mm/aaaa)	# dossier: _____
Date de l'évaluation: ____/____/____ (jj/mm/aaaa)	Code recherche: _____

## 1. Description de la situation d'agression sexuelle

### ➤ A. Gestes vécus par l'enfant:

- Exhibitionnisme (exposition des parties sexuelles de l'agresseur sans toucher) <sup>4</sup>
- Voyeurisme (exposition des parties sexuelles de l'enfant sans toucher) <sup>4</sup>
- Baisers <sup>4</sup>
- Usage de pornographie <sup>4</sup>
- Contact physique par-dessus les vêtements (masturbation ou caresses) <sup>4</sup>
- Contact physique sous les vêtements <sup>2</sup>
- Attouchements génitaux <sup>2</sup>
- Contact oral-génital (sans pénétration orale) <sup>3</sup>
- Pénétration ou tentative de pénétration (orale, vaginale, anale ou avec un objet) <sup>3</sup>
- Actes sadiques, esclavagisme, prostitution, bestialité <sup>3</sup>

### ➤ Coter la sévérité de l'agression sexuelle: ① Moins sévère ② Sévère ③ Très sévère ⑨ ?

SVP Coter la sévérité de l'agression est définie selon la codification de Russel (inversée)

1. **Aggression sexuelle moins sévère:** Expérience sexuelle impliquant un contact physique par-dessus les vêtements (sans déshabillage); expérience sexuelle n'impliquant pas de contact physique comme incitation à une activité sexuelle ou exhibitionnisme
2. **Aggression sexuelle sévère:** Expérience sexuelle impliquant un contact physique sous les vêtements ou avec déshabillage, sans pénétration ou force comme des caresses ou frottements
3. **Aggression sexuelle très sévère:** Expérience sexuelle impliquant un contact physique avec pénétration / tentative de pénétration ou force comme pénétration digitale, sexe oral, sexe anal, actes bizarres tels que bestialités ou acte sexuel impliquant plus d'un agresseur

### ➤ B. Est-ce que l'agression sexuelle a été faite dans le cadre d'une exploitation sexuelle (distribution de matériel pornographique, prostitution)? ① Non ② Oui ⑨ ?

### ➤ C. Durée de l'agression: ① Épisode unique ② Quelques événements ③ Répétitif ou chronique ⑨ ?

↳ Durée, si plus d'un épisode: \_\_\_\_\_ mois

### ➤ D. Âge de l'enfant lors du premier épisode d'agression sexuelle: \_\_\_\_\_ ans

➤ E. L'agresseur a procédé à l'agression:

- 0 Sans menace ou violence  
 1 En utilisant des menaces verbales ou en faisant peur à l'enfant  
 2 En utilisant de la force ou violence physique  
 3 En offrant des cadeaux ou des récompenses à l'enfant

F. Autres victimes dans l'entourage de l'enfant:

1. Fratrie:  0 Non  1 Oui  
 2. Enfant du conjoint:  0 Non  1 Oui  
 3. Famille élargie:  0 Non  1 Oui  
 4. Connaissance:  0 Non  1 Oui  
 5. Autre:  0 Non  1 Oui  
 (si autre, précisez) \_\_\_\_\_

## 2. Caractéristiques de l'agresseur (au moment des AS)

➤ S'il y a plusieurs agresseurs (précisez): \_\_\_\_\_

➤ A. Sexe:  1 Femme  2 Homme

B. Âge approximatif: \_\_\_\_\_ ans (pour cette question, deux réponses sont requises, l'une en chiffre et l'autre en catégorie)

- 1 Moins de 15 ans  2 15-19ans  3 20-59 ans  4 60 ans et plus  9 ?

➤ C. Lien avec l'enfant (précisez): \_\_\_\_\_

À catégoriser par l'équipe de recherche:

- |   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 10 Un membre de la famille immédiate | <input type="checkbox"/> 11 Parent biologique (père, mère) | <input type="checkbox"/> 12 Fratrie (frère, sœur)  | <input type="checkbox"/> 13 Conjoint d'un des parents (beau-père, belle-mère) | <input type="checkbox"/> 14 Enfant du conjoint ou de la conjointe |
| <input type="checkbox"/> 20 Un membre de la famille élargie   | <input type="checkbox"/> 21 Oncle, tante                   | <input type="checkbox"/> 22 Cousin, cousine        | <input type="checkbox"/> 23 Grand-parent                                      |   |
| <input type="checkbox"/> 30 Une personne de l'entourage       | <input type="checkbox"/> 31 Gardien/ne                     | <input type="checkbox"/> 32 Conjoint du gardien/ne | <input type="checkbox"/> 33 Enfant du/de la gardien/ne                        | <input type="checkbox"/> 34 Parent d'accueil                      |
| <input type="checkbox"/> 40 Une personne inconnue             |  |  |   | <input type="checkbox"/> 35 Enfant de la famille d'accueil        |
|   |  |  |   | <input type="checkbox"/> 36 Professeur/e ou entraîneur/e          |
|   |  |  |   | <input type="checkbox"/> 37 Ami/e de la famille                   |
|   |  |  |   | <input type="checkbox"/> 38 Ami/e de l'enfant                     |
|   |  |  |   | <input type="checkbox"/> 39 Voisin/e                              |

➤ D. Réside avec l'enfant au moment des agressions:  0 Non  1 Oui  9 ?

## 6. Autres épisodes de victimisation (tous les sites, sauf CEMV - Voir K-SADS)

Veillez indiquer tout autre épisode de victimisation en spécifiant s'ils sont arrivés **en même temps, avant ou après l'agression sexuelle la plus récente** (ne pas compléter pour les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> situations). Dans le cas où l'on sait qu'il y a eu d'autres mauvais traitements mais qu'on ne peut spécifier à quel moment ils ont eu lieu indiquer "Moment non spécifié". Vous pouvez inscrire plus d'un choix de réponse.

	Aucune	Concomitante à l'AS	Antérieur à l'AS	Ulérieur à l'AS	Moment non spécifié	?
1. Abus physique	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9
2. Abus psychologique	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9
3. Négligence	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9
4. Exposition à la violence familiale	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9
5. Autre agression sexuelle	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9

\* Pour la saisie des données dans la banque:

4 Concomitante et antérieure à l'AS;  5 Concomitante et ultérieure à l'AS;  6 Antérieure et ultérieure à l'AS;  7 Concomitante, antérieure et ultérieure à l'AS

\*\* Note aux assistantes de recherche : Le tableau de la violence concomitante se retrouve dans le K-SADS (complété par les intervenants).

## LES ÉVÉNEMENTS RÉCENTS QUE VOTRE ENFANT ET VOUS AVEZ VÉCUS

Parmi les événements qui suivent, indiquez ceux qui ont été vécus / ressentis par votre enfant et/ou par vous (parent biologique/adoptif ou figure parentale significative) AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS. Si votre enfant ou vous avez vécu / ressenti la situation décrite, indiquez dans quelle mesure votre enfant ou vous avez été affecté par celle-ci.

Si vous n'êtes pas un parent biologique / adoptif ou une figure parentale significative, veuillez compléter uniquement la colonne concernant l'enfant.

0 = Pas vécu 1 = Pas ou peu stressé 2 = Très stressé

Enfant		Parent				
Pas vécu	Très stressé	Pas vécu	Très stressé			
0	1	2	0	1	2	1. Augmentation des disputes entre les parents.*
0	1	2	0	1	2	2. Séparation ou divorce des parents.*
0	1	2	0	1	2	3. Perte d'emploi d'un des parents.*
0	1	2	0	1	2	4. Difficultés financières de la famille.
0	1	2	0	1	2	5. Maladie grave de l'enfant.
0	1	2	0	1	2	6. Maladie ou accident grave d'un autre membre de la famille.
0	1	2	0	1	2	7. Problèmes d'alcool ou de drogues d'un membre de la famille.
0	1	2	0	1	2	8. Incarcération d'un des parents ou d'un membre de la famille.
0	1	2	0	1	2	9. Placement d'un frère, d'une sœur ou de l'enfant en famille d'accueil.
0	1	2	0	1	2	10. Décès d'un membre de la famille, de la parenté ou d'une personne proche.
0	1	2	0	1	2	11. Déménagement de la famille.
0	1	2	0	1	2	12. Arrivée d'un nouvel enfant à la maison (naissance, adoption, remariage, etc.) OU départ d'un enfant (quitte pour études, etc.).
0	1	2	0	1	2	13. Emménagement d'un nouveau conjoint / d'une nouvelle conjointe.
0	1	2	0	1	2	14. Problèmes de l'enfant à l'école (apprentissage, échecs scolaires, acceptation / rejet par les pairs, etc.).
0	1	2	0	1	2	15. Incendie, vol ou cambriolage, catastrophe naturelle, etc.
0	1	2	0	1	2	16. Autre événement stressant. (précisez) _____

\* Peut aussi inclure les événements avec le nouveau conjoint / la nouvelle conjointe du parent.

(SS)(LEC)

## LE DEVOILEMENT ET SES SUITES

Parmi les événements qui suivent, indiquez ceux qui ont été vécus par votre enfant et par vous (parent biologique / adoptif ou figure parentale significative) DEPUIS LE DEVOILEMENT DE L'AGRESSION SEXUELLE (EN

**LIEN AVEC L'AGRESSION SEXUELLE).** Comme précédemment, si votre enfant et vous avez vécu l'événement décrit, indiquez dans quelle mesure votre enfant et vous avez été affecté par celui-ci.

Si vous n'êtes pas un parent biologique / adoptif ou une figure parentale significative, veuillez compléter uniquement la colonne concernant l'enfant.

0 = Pas vécu 1 = Pas ou peu stressé 2 = Très stressé

Enfant		Parent				
Pas vécu	Très stressé	Pas vécu	Très stressé			
0	1	2	0	1	2	1. Examen médical ou rencontre avec un.e médecin.
0	1	2	0	1	2	2. Rencontre avec un.e policier.ère ou déposition de l'enfant.
0	1	2	0	1	2	3. Rencontre avec un.e travailleur.e social.e (ex.: intervenant en Centre Jeunesse).
0	1	2	0	1	2	4. Rencontre avec un.e psychologue.
0	1	2	0	1	2	5. Rencontre avec un.e avocat.e.
0	1	2	0	1	2	6. Témoignage au tribunal (criminel ou de la jeunesse).
0	1	2	0	1	2	7. Placement en famille d'accueil.
0	1	2	0	1	2	8. Suivi par un service professionnel. (précisez) _____
0	1	2	0	1	2	Note: Inclure les services offerts dans les sites de collecte, s'il y a lieu.
0	1	2	0	1	2	9. Autre événement stressant. (précisez) _____

(suite SS)(LEC)

## VOTRE ÉTAT ÉMOTIONNEL

Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre état émotionnel. La façon dont vous vous êtes senti.e durant la dernière semaine a pu être différente de celle dont vous vous êtes senti.e l'année passée. Pouvez-vous nous dire à quelle fréquence AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE...

\* Si vous agissez en tant que professionnel.le / intervenant.e auprès de l'enfant, veuillez ne pas compléter les énoncés suivants.

0 = Jamais    1 = De temps en temps    2 = Assez souvent    3 = Très souvent

- | Jamais |   | Très souvent |   |
|--------|---|--------------|---|
| 0      | 1 | 2            | 3 |
- Au cours de la dernière semaine, ...**
1. Vous êtes-vous senti.e désespéré.e en pensant à l'avenir?
  2. Vous êtes-vous senti.e seul.e?
  3. Avez-vous eu des blancs de mémoire?
  4. Vous êtes-vous senti.e découragé.e ou avez-vous eu les "bleus" (moments de déprime / de chagrin)?
  5. Vous êtes-vous senti.e tendu.e ou sous pression?
  6. Vous êtes-vous mis.e en colère contre quelqu'un ou quelque chose?
  7. Vous êtes-vous senti.e ennuyé.e ou peu intéressé.e par les choses?
  8. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?
  9. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?
  10. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti.e sur le point de pleurer?
  11. Vous êtes-vous senti.e agité.e ou nerveux.se intérieurement?
  12. Avez-vous eu envie de critiquer les autres?
  13. Vous êtes-vous senti.e facilement contrarié.e ou irritable?
  14. Vous êtes-vous fâché.e pour des choses sans importance?

(IDP)

Veuillez poursuivre la complétion du questionnaire, si vous êtes dans l'une des trois situations suivantes (veuillez cocher la case appropriée):

- vous êtes l'un des parents biologiques ou adoptifs de l'enfant.
- vous avez la garde légale de l'enfant, vous en êtes le tuteur.
- vous agissez comme figure parentale significative, et vous vivez avec l'enfant depuis au moins 1 an. Par exemple, vous êtes le nouveau conjoint / la nouvelle conjointe d'un des parents.

Si les situations précédentes ne correspondent pas au lien que vous avez avec l'enfant, vous avez terminé de compléter le questionnaire.

*Merci de votre précieuse collaboration.*

En raison des droits d'auteur, le questionnaire CBCL n'est pas présenté.

## Annexe E : Questionnaire de l'enfant

### QUI SUIS-JE ?

Je vais te lire une série d'énoncés qui visent à mieux te connaître. À chaque fois, je vais te décrire deux types d'enfants. Dans un premier temps, je vais te demander de m'indiquer lequel te ressemble le plus. Par la suite, tu devras me dire jusqu'à quel point il te ressemble. Nous allons faire un exemple:

Tout à fait comme moi		Un peu comme moi			Un peu comme moi		Tout à fait comme moi	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants préfèrent jouer à l'extérieur dans leurs temps libres.	<b>MAIS</b>	D'autres enfants préfèrent plutôt regarder la télé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Très bien. Maintenant commençons.

	Tout à fait comme moi		Un peu comme moi			Un peu comme moi		Tout à fait comme moi	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants se mettent souvent en colère contre eux-mêmes.	<b>MAIS</b>	D'autres enfants sont assez contents d'eux-mêmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants n'aiment pas la vie qu'ils mènent.	<b>MAIS</b>	D'autres enfants aiment la vie qu'ils mènent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants sont la plupart du temps contents d'eux-mêmes.	<b>MAIS</b>	D'autres enfants sont souvent mécontents d'eux-mêmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants aiment le genre de personne qu'ils sont.	<b>MAIS</b>	D'autres enfants aimeraient être quelqu'un d'autre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants sont très heureux d'être comme ils sont.	<b>MAIS</b>	D'autres enfants voudraient être différents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants ne sont pas très heureux de la façon dont ils font plusieurs choses.	<b>MAIS</b>	D'autres enfants pensent que la façon dont ils font les choses est correcte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

(SPPC-GSW)

Maintenant, je vais te poser quelques questions sur toi et ta mère (biologique / adoptive ou figure maternelle significative). Si tu as une mère et une belle-mère, j'aimerais que tu me parles de la personne avec qui tu vis le plus souvent.  NA

Figure maternelle: ① Mère biologique/adoptive      ② Figure maternelle significative: \_\_\_\_\_

	Tout à fait comme moi	Un peu comme moi			Un peu comme moi	Tout à fait comme moi	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants trouvent cela facile de faire confiance à leur mère.	<b>MAS</b>	D'autres enfants sont incertains s'ils peuvent faire confiance à leur mère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants pensent que leur mère passe suffisamment de temps avec eux.	<b>MAS</b>	D'autres enfants croient que leur mère ne passe pas suffisamment de temps avec eux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants n'aiment pas vraiment dire à leur mère ce qu'ils pensent ou ressentent.	<b>MAS</b>	D'autres enfants aiment dire à leur mère ce qu'ils pensent ou ressentent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants n'ont pas vraiment besoin de leur mère.	<b>MAS</b>	D'autres enfants ont beaucoup besoin de leur mère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants s'inquiètent que leur mère ne les aime pas vraiment.	<b>MAS</b>	D'autres enfants savent que leur mère les aime vraiment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants croient que leur mère les comprend vraiment.	<b>MAS</b>	D'autres enfants croient que leur mère ne les comprend pas vraiment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants sont certains que leur mère ne les quittera pas.	<b>MAS</b>	D'autres enfants se demandent parfois si leur mère peut les quitter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Tout à fait comme moi *	Un peu comme moi *			Un peu comme moi *	Tout à fait comme moi *
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants ne sont pas toujours certains que leur mère sera là lorsqu'ils auront besoin d'elle.	<b>MAS</b>	D'autres enfants sont certains que leur mère sera là lorsqu'ils auront besoin d'elle.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants pensent que leur mère ne les écoute pas.	<b>MAS</b>	D'autres enfants pensent que leur mère les écoute vraiment.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(KSS-mère)

Maintenant, je vais te poser quelques questions sur toi et ton père (biologique / adoptif ou figure paternelle significative). Si tu as un père et un beau-père, j'aimerais que tu me parles de la personne avec qui tu vis le plus souvent.  NA

Figure paternelle: ① Père biologique/adoptif    ② Figure paternelle significative: \_\_\_\_\_

	Tout à fait comme moi *	Un peu comme moi *			Un peu comme moi *	Tout à fait comme moi *
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants trouvent cela facile de faire confiance à leur père.	<b>MAS</b>	D'autres enfants sont incertains s'ils peuvent faire confiance à leur père.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants pensent que leur père passe suffisamment de temps avec eux.	<b>MAS</b>	D'autres enfants croient que leur père ne passe pas suffisamment de temps avec eux.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants n'aiment pas vraiment dire à leur père ce qu'ils pensent ou ressentent.	<b>MAS</b>	D'autres enfants aiment dire à leur père ce qu'ils pensent ou ressentent.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants n'ont pas vraiment besoin de leur père.	<b>MAS</b>	D'autres enfants ont beaucoup besoin de leur père.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants s'inquiètent que leur père ne les aime pas vraiment.	<b>MAS</b>	D'autres enfants savent que leur père les aime vraiment.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants croient que leur père les comprend vraiment.	<b>MAS</b>	D'autres enfants croient que leur père ne les comprend pas vraiment.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants sont certains que leur père ne les quittera pas.	<b>MAS</b>	D'autres enfants se demandent parfois si leur père peut les quitter.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants ne sont pas toujours certains que leur père sera là lorsqu'ils auront besoin de lui.	<b>MAS</b>	D'autres enfants sont certains que leur père sera là lorsqu'ils auront besoin de lui.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants pensent que leur père ne les écoute pas.	<b>MAS</b>	D'autres enfants pensent que leur père les écoute vraiment.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(KSS-père)

## MES STRATÉGIES POUR FAIRE FACE À LA SITUATION

Je vais te poser une série de questions visant à savoir quelles sont les stratégies que tu prends pour faire face à la situation que tu as vécue.

1 = Jamais    2 = Presque jamais    3 = Quelquefois    4 = La plupart du temps    5 = Toujours

Jamais

Toujours

### Face à ce qui est arrivé...

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 1. J'essaie de penser aux différentes façons de régler (d'aller mieux face à) la situation. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 2. Je fais comme si rien n'était arrivé.  |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 3. Je m'en prends aux autres parce que je me sens triste ou fâché.e.                        |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 4. Je décide d'une façon de régler (d'aller mieux face à) la situation et je l'applique.    |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 5. Je m'en fais trop avec ça.   |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 6. Je demande conseil à un ami.   |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 7. J'essaie de faire quelque chose pour que ça aille mieux.                                 |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 8. Je me dis que ce qui est arrivé n'est pas important.                                     |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 9. Je pleure à cause de ça.   |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 10. Je demande conseil à un membre de ma famille.   |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 11. Je sais qu'il y a des choses que je peux faire pour que ça aille mieux.                 |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 12. Je refuse d'y penser.   |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 13. Je crie pour me défouler.   |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 14. Je demande à quelqu'un qui connaît la situation qu'est-ce qu'il ferait.                 |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 15. Je m'inquiète que les autres pensent du mal de moi.                                     |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 16. Quand je pense à la situation, je sacre (dire des gros mots) tout haut.                 |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 17. Je dis que ça ne me dérange pas.  |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 18. Je me fâche et je lance ou frappe quelque chose.  |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 19. Je demande l'aide d'un membre de ma famille.  |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 20. Je me fâche contre moi-même pour avoir fait quelque chose que je n'aurais pas dû faire. |

(SRCS-AS)

Maintenant, je vais te lire une phrase et tu me diras si pour toi cette phrase est très vraie, un peu vraie ou pas vraie du tout.

0 = Faux    1 = Un peu vrai    2 = Très vrai

- | Faux                  |                       | Très vrai             |  |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1. Certaines personnes me blâment (me reprochent) pour ce qui est arrivé.                    |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2. Des mauvaises choses m'arrivent tout le temps.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3. J'ai l'impression que ce qui est arrivé est de ma faute.                                  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. Ça m'est arrivé parce que j'ai fait quelque chose de mal et je devais être puni.e.        |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. Ça m'est arrivé parce que je suis malchanceux.euse.                                       |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. Je me sens coupable de ce qui est arrivé.   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 7. Ça m'est arrivé à cause de quelque chose que j'ai fait.                                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 8. Je mérite d'être puni.e pour les choses que j'ai faites en lien avec ce qui m'est arrivé. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 9. J'ai eu l'impression que j'ai causé des problèmes à plusieurs personnes.                  |

Collecte IRSC III - Version pour les enfants d'âge scolaire

5

- | Faux                  |                       | Très vrai             |  |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 10. La plupart des gens me croyaient quand je parlais de ce qui est arrivé.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 11. Je connaissais quelqu'un avec qui je me sentais à l'aise de parler de ce qui est arrivé.   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 12. Depuis que j'ai parlé de ce qui est arrivé, j'ai senti que les travailleurs sociaux, les policiers ou les médecins que j'ai rencontrés m'ont aidé.e. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 13. J'ai senti que ma mère me protégerait pour que ce qui m'est arrivé n'arrive plus.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 14. Quand j'ai parlé de ce qui est arrivé à ma mère, j'ai trouvé qu'elle s'était bien occupée de moi.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 15. J'ai senti que si j'avais besoin d'en parler, ma mère m'écouterait.  |

(CTES II-G/SB & SS)

En raison des droits d'auteurs, les questionnaires *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS) et *Children's Depression Inventory* (CDI) ne sont pas présentés.

## Annexe F : Tableau supplémentaire

Tableau 5. – *Supplementary Table 1. Characteristics of Somatic Symptoms, by Sex*

Variable	Total (n = 655)	Girls (n = 451)	Boys (n = 204)	Difference (p-value)
Nightmares				0.644
Never	304 (46.4)	212 (47.0)	92 (45.1)	
Sometimes true	250 (38.2)	167 (37.0)	83 (40.7)	
Always true	101 (15.4)	72 (16.0)	29 (14.2)	
Constipation				0.091
Never	541 (82.7)	363 (80.7)	178 (87.3)	
Sometimes true	85 (13.0)	67 (14.9)	18 (8.8)	
Always true	28 (4.3)	20 (4.4)	8 (3.9)	
Dizziness				0.365
Never	595 (91.0)	405 (90.0)	190 (93.1)	
Sometimes true	52 (8.0)	39 (8.7)	13 (6.4)	
Always true	7 (1.1)	6 (1.3)	1 (0.5)	
Fatigue				0.491
Never	560 (85.6)	381 (84.7)	179 (87.7)	
Sometimes true	75 (11.5)	54 (12.0)	21 (10.3)	
Always true	19 (2.9)	15 (3.3)	4 (2.0)	
Pain				0.477
Never	541 (83.1)	367 (81.9)	174 (85.7)	
Sometimes true	74 (11.4)	54 (12.1)	20 (9.9)	
Always true	36 (5.5)	27 (6.0)	9 (4.4)	
Headaches				0.137
Never	411 (63.0)	273 (60.8)	138 (68.0)	
Sometimes true	190 (29.1)	136 (30.3)	54 (26.6)	
Always true	51 (7.8)	40 (8.9)	11 (5.4)	
Nausea				0.637
Never	546 (84.4)	376 (84.1)	170 (85.0)	
Sometimes true	82 (12.7)	56 (12.5)	26 (13.0)	
Always true	19 (2.9)	15 (3.4)	4 (2.0)	
Eye problems				0.338
Never	620 (95.8)	424 (95.3)	196 (97.0)	
Sometimes true	17 (2.6)	12 (2.7)	5 (2.5)	
Always true	10 (1.5)	9 (2.0)	1 (0.5)	
Skin problems				<b>0.008</b>
Never	540 (82.7)	359 (80.0)	181 (88.7)	
Sometimes true	84 (12.9)	70 (15.6)	14 (6.9)	
Always true	29 (4.4)	20 (4.5)	9 (4.4)	
Abdominal pain or cramps				<b>0.006</b>
Never	453 (69.5)	294 (65.6)	159 (77.9)	
Sometimes true	161 (24.7)	126 (28.1)	35 (17.2)	
Always true	38 (5.8)	28 (6.2)	10 (4.9)	
Vomiting				0.059
Never	610 (93.7)	422 (94.4)	188 (92.2)	
Sometimes true	36 (5.5)	24 (5.4)	12 (5.9)	
Always true	5 (0.8)	1 (0.2)	4 (2.0)	