

2m11.2947.8

Université de Montréal

Étude des qualités psychométriques de la traduction française
du Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C)

Par

Émilie Jouvin

Département de Psychologie

Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.) en psychologie

Août 2001

© Émilie Jouvin, 2001



BF

22

U54

2002

V.025

NOV 11 11:58 AM '02

Université de Montréal

Ce mémoire intitulé :

Étude des qualités psychométriques de la traduction française
du Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C)

présenté par Émilie Jouvin

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Andrée Fortin, évaluatrice

Marcelle Cossette-Ricard, présidente

Mireille Cyr, directrice

Mémoire accepté le : 15 Mars 2002

Sommaire

Le but de cette étude est de vérifier les qualités psychométriques de l'Inventaire des Symptômes Traumatiques pour Enfants (ISTE), traduction française du Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) de Briere (1989a). L'ISTE est un questionnaire traduit en français, complété par les jeunes, qui sert à mesurer l'impact de l'agression sexuelle (anxiété, dépression, préoccupation sexuelle, dissociation, stress post-traumatique et colère) chez les enfants et les adolescents. Un total de 1174 enfants et adolescents de 8 à 17 ans (échantillon de normalisation) ont répondu au questionnaire (ISTE) de même que deux groupes d'enfants qui ont vécu des agressions sexuelles. Le premier groupe est composé de 273 enfants et adolescents âgés de 8 à 17 ans agressés sexuellement et recrutés dans les centres jeunesse et le second comprend 109 adolescents de 11 à 17 ans agressés sexuellement recrutés dans une école secondaire. Les validités de contenu, convergente et discriminante ainsi que la fidélité test-retest ont été évaluées. L'ISTE démontre de bonnes qualités psychométriques. En effet, la structure factorielle et la cohérence interne de l'ISTE se sont révélées globalement conformes à celles du TSC-C. La fidélité test-retest est excellente et la validité convergente avec des questionnaires mesurant l'anxiété, la dépression et l'estime de soi est comparable à celle du TSC-C. Le questionnaire discrimine également bien les différentes populations, groupes d'âge et genres. L'ISTE peut donc être utilisé dans la population québécoise pour l'évaluation des jeunes agressés sexuellement, tant au plan clinique que des recherches scientifiques.

Mots clés : TSC-C - agression sexuelle - enfants et adolescents - questionnaire - symptômes - validité - fidélité - analyse factorielle

Table des matières

Sommaire.....	III	
Table des matières.....	IV	
Liste des tableaux.....	V	
Remerciements.....	VI	
Avant-propos.....	VII	
Introduction.....	1	
Apport spécifique des différents coauteurs de l'article.....	4	
Article	Étude des qualités psychométriques de la traduction française du Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C).....	5
	Résumé.....	6
	Contexte théorique.....	7
	Méthodologie.....	11
	Résultats.....	18
	Discussion.....	22
	Références.....	29
	Tableaux.....	35
Conclusion.....	41	
Appendice A : Instruments de mesure.....	43	
Appendice B : Formulaire de consentement.....	58	

Liste des tableaux

Tableau 1	Moyennes, écarts-types ou pourcentages des variables sociodémographiques et résultats des analyses de variance et tests de chi-carré en fonction de l'appartenance aux différents groupes.....	35
Tableau 2	Saturation des items et pourcentage de variance expliquée par chacun des sept facteurs suite à l'analyse factorielle selon la méthode ULS et rotation OBLIMIN ($\delta=-3$).....	36
Tableau 3	Coefficients alpha pour chaque échelle de l'ISTE et comparaison avec les résultats de Briere (1996).....	38
Tableau 4	Corrélations entre les échelles et sous-échelles de l'ISTE et le RCMAS, le CDI et l'échelle de l'estime de soi.	39
Tableau 5	Comparaisons multivariées et univariées de variance sur les moyennes et écarts-types des différentes échelles de l'IST-E en fonction du groupe d'âge, du genre et du groupe de sujet.....	40

Remerciements

L'auteure tient à remercier Madame Mireille Cyr, Ph.D pour ses grandes qualités en tant que directrice. Elle a su apporter soutien, conseils, encouragements et suivi tout au long de cette recherche.

Les remerciements vont aussi à mes collègues, Jacinthe, Chantal, Delphine, Évelyne, Mélissa, Isabelle, Sophie, Caroline et Karine, qui ont su créer un climat de travail, de chaleur et d'entraide.

L'auteure remercie également Monsieur Pierre McDuff pour ses précieux conseils en statistiques.

L'auteure remercie ses parents, qui l'ont toujours poussée à réaliser ses rêves et qui lui ont donné les moyens de le faire.

Merci à Arnaud, Juliette, Béatrice et Dominic pour les conseils, la relecture, les statistiques et bien plus.

Finalement, ce mémoire a pu être réalisé grâce aux subventions octroyées par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS) à Madame Mireille Cyr, Ph.D, pour le groupe de recherche PRIMASE (Partenariat de Recherche et d'Intervention en Matière d'Abus Sexuel auprès des Enfants).

Je dédie ce mémoire à Camille, le petit dernier de la famille, que je ne connais pas encore.

Avant-propos

Le présent mémoire de maîtrise est présenté sous forme d'article scientifique. L'article intitulé « Étude des qualités psychométriques de la traduction française du Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) » sera soumis pour publication à la Revue Canadienne des Sciences du Comportement.

Introduction

Ce mémoire de maîtrise s'inscrit dans le cadre d'une vaste étude portant sur l'impact de l'agression sexuelle chez les enfants et les adolescents au sein du PRIMASE (Partenariat de Recherche et d'Intervention en Matière d'Abus Sexuel auprès des Enfants ; subventionné par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS)). Ce projet vise à valider la traduction québécoise (Wright et Sabourin, 1996) du Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C ; Briere, 1989a), l'Inventaire des Symptômes Traumatiques pour Enfants (IST-E).

Ce mémoire se situe dans le domaine de recherche sur la violence faite aux enfants et plus précisément sur les agressions sexuelles vécues par les enfants et les adolescents. C'est une réalité qui affecte un grand nombre de jeunes puisque les recherches ont pu montrer qu'environ 20 à 38 % des femmes et 7 à 15 % des hommes étaient agressés sexuellement avant 18 ans (Finkelhor, 1994 ; Russell, 1988). Le nombre de recherches a récemment augmenté et tous les aspects des violences sexuelles faites aux enfants ont été touchés sinon traités. Notamment, il a été démontré que les agressions sexuelles engendraient de nombreux et différents symptômes chez les jeunes violentés. Les symptômes les plus fréquemment mis en évidence dans les études scientifiques sont les problèmes sexualisés, l'anxiété, la dépression, la colère, le stress post-traumatique, la dissociation, l'évitement, les problèmes scolaires, la baisse de l'estime de soi et les difficultés interpersonnelles (Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor, 1993 ; Wright, Lussier, Sabourin et Perron, 1999). Même s'il existe différents instruments mesurant chacun de ces symptômes, il n'existait pas d'outil validé en langue française permettant d'évaluer les problèmes spécifiques dont peuvent souffrir ces jeunes. Étant donné le grand nombre de jeunes touchés par ces agressions, l'apport d'un

tel questionnaire est indispensable tant au niveau de l'évaluation clinique que de la recherche.

C'est pourquoi la validation de la traduction du Trauma Symptom Checklist for Children s'avère être une contribution importante dans le domaine des agressions sexuelles faites aux enfants. En effet, ce questionnaire permet d'évaluer la présence chez le jeune de six symptômes reliés à l'agression sexuelle : la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique, la dissociation, la colère et les préoccupations sexuelles. Par ailleurs, il est utilisable auprès des jeunes eux-mêmes et non auprès des parents ou d'un professionnel de la santé, ce qui permet une utilisation plus large et plus facile du questionnaire. Les jeunes de 8 à 17 ans peuvent répondre à l'IST-E, qui possède des normes de corrections pour deux groupes d'âge, les 8-12 ans et les 13-17 ans ainsi que pour les deux sexes. Surtout, le TSC-C a été validé aux États-Unis dans plusieurs recherches, qui ont démontré ses qualités psychométriques tant au niveau des validités de construit, discriminante et de contenu que de la fidélité (v. g. Briere, 1996 ; Crouch, Smith Ezzell et Saunders, 1999 ; Friedrich, Jaworski, Huxsahl et Bengtson, 1997 ; Lanktree et Briere, 1995 ; Sadowski et Friedrich, 2000). D'une part, ce questionnaire serait d'une grande utilité dans les recherches portant sur les agressions sexuelles car il permettrait d'évaluer les effets des agressions auprès des jeunes, de même que l'effet d'interventions de pointe développés pour ces jeunes, par exemple. D'autre part, il permettrait d'évaluer ces jeunes dans les milieux cliniques afin de les aider de façon plus adéquate. En effet, puisque ce questionnaire est spécialement conçu pour la population des enfants agressés, il permet de donner un portrait détaillé des symptômes dont ils peuvent souffrir et donc de cibler les interventions auprès d'eux de façon plus précise.

Ce mémoire de maîtrise vise donc à évaluer les qualités psychométriques de l'Inventaire des Symptômes Traumatiques pour Enfants auprès de la population québécoise. Ainsi, les validités de contenu, discriminante, divergente et convergente ainsi que la cohérence interne et la fidélité test-retest de la version française du TSC-C ont été examinées. La recherche est présentée sous forme d'un article qui porte précisément sur cette validation. Il se compose d'une problématique dans laquelle la documentation sur les symptômes des agressions sexuelles a été recensée ainsi que de la présentation des hypothèses de travail. Ensuite, l'article décrit les populations étudiées, les instruments utilisés et le déroulement de l'expérience, suivis des résultats des différentes méthodes statistiques utilisées pour évaluer les qualités psychométriques du questionnaire. Les résultats sont ensuite discutés et des avenues de recherches sont envisagées. Enfin une conclusion générale fait suite à l'article.

Apport spécifique des différents coauteurs de l'article

La première auteure a rédigé le mémoire dans son ensemble, effectué les analyses statistiques et une partie de l'expérimentation. En ce qui concerne l'expérimentation, la première auteure a mis en place et effectué les entrevues des enfants de 8 à 12 ans de l'échantillon normatif ainsi que des jeunes de 8 à 17 ans de ce même échantillon pour les test-retests. Elle a également participé aux entrevues des adolescents de l'échantillon de normalisation et des jeunes agressés de l'école.

La seconde auteure a effectué la direction et la correction du mémoire dans son ensemble, aussi bien en ce qui concerne la rédaction, les analyses statistiques que l'expérimentation. Elle a également apporté les subventions de recherche nécessaires à la démarche expérimentale et a mis en place l'expérimentation auprès des jeunes agressés.

La troisième auteure a mis en place l'expérimentation et a participé aux entrevues auprès des adolescents de l'échantillon de normalisation.

Le quatrième auteur a apporté les subventions nécessaires à l'expérimentation et a effectué les démarches nécessaires afin d'obtenir les autorisations d'utilisation du questionnaire Trauma Symptom Checklist for Children.

Étude des Qualités Psychométriques de la Traduction Française
du Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C)

Émilie Jouvin*, Mireille Cyr**, Chantal Thériault* et John Wright**

*Émilie Jouvin et Chantal Thériault sont étudiantes à l'Université de Montréal.

** Mireille Cyr, Ph. D., et John Wright sont professeurs titulaires au département de psychologie de l'Université de Montréal et membres du PRIMASE (Partenariat de recherche et d'intervention en matière d'abus sexuel à l'endroit des enfants).

Nous tenons à remercier les intervenants des centres jeunesse de même que les professeurs et la direction des deux écoles qui ont collaboré à cette étude. Nous remercions également Pierre McDuff pour ses précieuses suggestions. Cette étude a bénéficié du soutien financier du Conseil Québécois de la Recherche Sociale (RS-2962).

Mots clés : TSC-C - agression sexuelle - enfants et adolescents - questionnaire - symptômes - validité - fidélité - analyse factorielle

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Mireille Cyr, Université de Montréal, Département de psychologie, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal, Québec, H3C 3J7. Adresse électronique : Mireille.Cyr@umontreal.ca.

Résumé

Le but de cette étude est de vérifier les qualités psychométriques de l'Inventaire des Symptômes Traumatiques pour Enfants (ISTE), traduction française du Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) de Briere (1989a). L'ISTE est un questionnaire traduit en français, complété par les jeunes, qui sert à mesurer l'impact de l'agression sexuelle (anxiété, dépression, préoccupation sexuelle, dissociation, stress post-traumatique et colère) chez les enfants et les adolescents. Un total de 1174 enfants et adolescents de 8 à 17 ans (échantillon de normalisation) ont répondu au questionnaire (ISTE) de même que deux groupes d'enfants qui ont vécu des agressions sexuelles. Le premier groupe est composé de 273 enfants et adolescents âgés de 8 à 17 ans agressés sexuellement et recrutés dans les centres jeunesse et le second comprend 109 adolescents de 11 à 17 ans agressés sexuellement recrutés dans une école secondaire. Les validités de contenu, convergente et discriminante ainsi que la fidélité test-retest ont été évaluées. L'ISTE démontre de bonnes qualités psychométriques. En effet, la structure factorielle et la cohérence interne de l'ISTE se sont révélées globalement conformes à celles du TSC-C. La fidélité test-retest est excellente et la validité convergente avec des questionnaires mesurant l'anxiété, la dépression et l'estime de soi est comparable à celle du TSC-C. Le questionnaire discrimine également bien les différentes populations, groupes d'âge et genres. L'ISTE peut donc être utilisé dans la population québécoise pour l'évaluation des jeunes agressés sexuellement, tant au plan clinique que des recherches scientifiques.

Étude des Qualités Psychométriques de la Traduction Française
du Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C)

La prévalence des agressions sexuelles chez les jeunes est très importante. Les études ont montré qu'environ 7 % des hommes et que 20 à 38 % des femmes ont été agressés sexuellement avant 18 ans (Finkelhor, 1994 ; Russell, 1988). Par ailleurs, peu de ces cas sont dévoilés au grand jour puisque les études d'incidence réalisées au Québec concernant les jeunes de moins de 18 ans, révèlent que seulement 0,9 cas sur 1000 environ (Tourigny, Mayer, Hélie, Wright et Trocmé, 2001), est un cas confirmé d'agression sexuelle auprès des instances de la protection de la jeunesse. Des études similaires effectuées aux États-Unis indiquent un taux d'incidence d'agression sexuelle de 1,6 sur 1000 (Jones et Finkelhor, 2000), et de 0,86 sur 1000 en Ontario (Trocmé et Wolfe, 2001), révélant ainsi le fait que très peu de cas d'agression sont signalés aux autorités ou aux professionnels. En effet, une étude de Tourigny, Péladeau et Bouchard réalisée en 1993 montre que lorsque l'on prend en compte les révélations faites par des enfants et adolescents auprès d'un centre d'intervention téléphonique, seulement 18 % des cas d'agression sexuelle étaient connus de la Direction de la protection de la jeunesse. Cette remarque met en évidence le besoin en matière de détection des agressions sexuelles auprès des enfants. Cette étude vise donc à évaluer les qualités psychométriques d'un questionnaire qui permet de mesurer les effets des agressions sexuelles chez les jeunes afin de pouvoir intervenir auprès d'eux, si nécessaire.

En effet, les recherches ont montré que les agressions sexuelles entraînaient de nombreuses conséquences pour les victimes, notamment au plan psychologique et social. Ainsi, selon une synthèse des recherches effectuées sur le sujet par Kendall-Tackett, Meyer Williams et Finkelhor (1993), les comportements sexualisés non

appropriés, l'anxiété, la dépression, l'agression ou la colère et les problèmes scolaires sont les plus fréquents. La dépression semble être très courante chez les enfants agressés sexuellement. Par exemple, Lanktree, Briere et Zaidi (1991) ont établi que les enfants agressés sexuellement, traités en clinique interne, étaient 4 fois plus susceptibles d'être diagnostiqués comme vivant une dépression majeure que des patients non agressés. Lipschitz, Winegar, Nicolaou, Hartnick, Wolfson et Southwick (1999) ont montré que parmi les actes de violence ou de négligence que peuvent subir les jeunes, l'agression sexuelle des adolescentes est le plus fort prédicteur d'idées suicidaires et d'automutilation, tous deux indices de dépression. Les enfants ayant subi de tels actes auront aussi plus de risque de vivre de façon chronique de l'anxiété, surtout à l'intérieur des relations interpersonnelles (Wright, Lussier, Sabourin et Perron, 1999). Les études indiquent des taux d'incidences de stress post-traumatique très élevés : variant de 32 % (Kendall-Tackett et al., 1993) à 54 et 64 % (Timmons-Mitchell, Chandler-Holtz et Semple, 1997). Les jeunes agressés sexuellement développent fréquemment des comportements sexualisés non appropriés pour leur âge (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta et Akman, 1991). Il semble que ce soit un syndrome central (Kendall-Tackett et al., 1993) chez ces jeunes. Les adolescentes agressées sexuellement ont plus de risque que celles qui n'ont pas été agressées de subir de nouvelles agressions et d'avoir des relations sexuelles précoces et à risque (Fergusson, Horwood et Lynskey, 1997).

Les différents symptômes observés dans la population de jeunes agressés sexuellement peuvent être rencontrés dans d'autres populations ou ne pas être présents chez tous les individus ayant subi de tels actes (Singer, Menden Anglin, Song et Lunghofer, 1995 ; Sylverman, Reinherz et Giaconia, 1996). Environ 30 % des jeunes agressés des échantillons de recherche ne présentent pas de symptômes (Finkelhor,

1990). Les problèmes sexuels et le stress post-traumatique semblent être les symptômes les plus spécifiques et ceux qui discriminent le mieux les jeunes agressés sexuellement de ceux qui n'ont pas été agressés. Par exemple, dans une revue de la documentation, Beitchman et al. (1991) montrent que la majorité des symptômes des enfants et adolescents agressés sexuellement se retrouvent dans différents types de populations cliniques, à l'exception des comportements sexualisés. Toutes ces considérations ont poussé les chercheurs à conclure que l'agression sexuelle ne menait pas à un syndrome particulier et que chaque enfant ou adolescent y réagissait différemment (voir Haesevoets, 1997). C'est pourquoi il est nécessaire d'évaluer les enfants et adolescents sur de multiples symptômes, afin de mieux cerner leurs problèmes spécifiques et orienter des interventions de façon plus appropriée.

Des études longitudinales ont permis d'observer que l'apparition des symptômes diffère en variété et en nombre suivant l'âge et le sexe des enfants (Silverman et al., 1996 ; Gomes-Schwartz, Horowitz, Cardarelli et Sauzier, 1990). Les garçons ne semblent pas réagir de façon spécifique à l'agression, les filles subissant des effets globalement similaires (Finkelhor, 1990) bien que plus élevés (Singer, Menden Anglin, Song et Lunghofer, 1995). Les adolescentes ont plus d'idées suicidaires que les adolescents (Silverman, Reinherz et Giaconia, 1996 ; Lipschitz et al., 1999). Les filles ont aussi plus tendance à souffrir de dissociation (Friedrich, Jaworski, Huxsahl et Bengston, 1997), d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique et de colère (Singer et al., 1995) que les garçons.

Le développement cognitif et émotionnel vécu pendant la période de l'enfance et de l'adolescence a également une influence sur les réactions des victimes. Selon leur âge, les enfants et les adolescents peuvent répondre à l'agression sexuelle par des

symptômes différents ou d'une intensité différente. Une étude de Friedrich et al. menée en 1997, dans laquelle les auteurs ont utilisé le Trauma Symptom Checklist for Children, a comparé des enfants agressés sexuellement à des enfants n'ayant pas subi d'agression sexuelle, en mesurant leurs symptômes dissociatifs et sexuels et ce, pour deux groupes d'âge. Leurs résultats indiquent que seuls les enfants agressés sexuellement les plus âgés présentent des symptômes dissociatifs et sexuels.

La présente étude a pour objectif principal d'évaluer les qualités psychométriques de l'Inventaire des Symptômes Traumatiques pour Enfants (ISTE), traduction du Trauma Symptom Checklist for Children (Briere, 1989a). Ce questionnaire est largement utilisé dans les recherches américaines portant sur l'agression sexuelle envers les enfants car il répond à de nombreuses exigences dans ce domaine. Tout d'abord, il permet de mesurer des scores sur six symptômes différents comme la dépression et l'anxiété et sur des troubles plus spécifiques comme le stress post-traumatique et les préoccupations sexuelles. Ce questionnaire est donc représentatif des problèmes variés auxquels les victimes d'agression sexuelle peuvent être confrontées. De plus, cet outil d'évaluation est utilisable auprès des enfants et des adolescents (de 8 à 17 ans) eux-mêmes et offre des normes de corrections spécifiques selon l'âge et le sexe de l'enfant. La validité psychométrique de cet inventaire a été évaluée à plusieurs reprises aux États-Unis et les études réalisées confirment ses qualités évaluatives et discriminantes (v. g. Briere, 1989b ; Schmidt, 1992). En conséquence, cet instrument apporterait une contribution non négligeable à la recherche sur l'agression sexuelle envers les jeunes personnes appartenant à la communauté québécoise. Les intervenants des centres jeunesse et autres cliniciens auraient également la possibilité d'évaluer les jeunes agressés sexuellement plus efficacement et pourraient ainsi leur offrir des soins

appropriés. Plus précisément, nous nous attendons à ce que les analyses de validités convergente, discriminante et de contenu, ainsi que la fidélité test-retest soient conformes aux résultats américains et satisfaisantes au plan psychométrique.

Méthodologie

Participants

Trois échantillons de jeunes ont participé à cette étude. L'échantillon de normalisation est composé de 1174 enfants et adolescents de 8 à 17 ans ($M=14,0$ ans, $ET=2,3$), des deux sexes (52,5 % de filles). Cent vingt-huit enfants et adolescents ont complété à nouveau le questionnaire 15 jours après la première passation. Les sujets ont été contactés dans deux écoles primaires et secondaires de la grande région de Montréal.

Afin de pouvoir vérifier la capacité discriminante de l'ISTE, deux échantillons cliniques ont été utilisés. Le premier, nommé groupe Agressés CJ, est composé de 273 enfants et adolescents de 8 à 17 ans agressés sexuellement ($M=12,7$ ans, $ET=2,6$), de sexe majoritairement féminin (86,4 %). Ces jeunes ont été recrutés dans trois centres jeunesse du Québec (Montérégie, Mauricie-Centre du Québec et Lanaudière). Toutes les victimes recrutées dans cette population sont des cas d'agression sexuelle confirmés par les centres jeunesse. Les victimes avaient en moyenne 9,9 ans au moment de l'agression ($ET=4,5$). L'agresseur, un adulte dans 79,1 % des cas, était le père de la victime (22,3 %), le conjoint ou l'ex-conjoint de la mère (21,6 %), un membre de la famille élargie (oncle, grands parents, cousin) (20,9 %), une connaissance (ami des parents, voisins) (14,7 %), le frère (9,9 %), un ami ou «chum» de l'enfant ou de l'adolescent (5,1 %), un inconnu (4 %), un membre de la famille d'accueil (1,1 %) et la mère (0,4 %). Dans 13,9 % des cas, il s'agissait d'une revictimisation en agression sexuelle. Enfin, l'agression incluait un contact physique sexuel dans 87,7 % des cas et une pénétration dans 44 %

des cas. Les agressions ont eu lieu sur une période de 19,8 mois en moyenne (ET=25,3) et étaient fréquentes (plus d'une fois par semaine) dans 30,9 % des cas. Pour arriver à ses fins, l'agresseur a utilisé le fait qu'il était une personne de confiance (70,5 %), la séduction ou les cadeaux (66,2 %), des menaces (26,6 %), de la violence physique (21,6 %).

Le second échantillon clinique, appelé groupe des Agressés école, est composé de 109 jeunes de l'école secondaire (M=15,1 ans, ET=1,3), de sexe majoritairement féminin (88,0 %), qui ont signalé avoir été agressé sexuellement. Les agressions, définies par un contact sexuel, ont eu lieu sur une période de 8,0 mois en moyenne (ET=20,5). Aucune autre information relative à l'agression n'est toutefois disponible pour ce groupe.

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des trois échantillons. Les jeunes du groupe contrôle sont mieux répartis quant au genre, sont moins souvent nés au Canada, vivent plus souvent avec leurs deux parents, ont des parents plus scolarisés et dont la mère est moins souvent au chômage ou perçoit moins souvent le Bien-être social. Les jeunes du groupe Agressés École ont des résultats globalement intermédiaires par rapport aux deux autres groupes pour les variables familiales.

Insérer le tableau 1 ici

Instruments

Le questionnaire a été administré parmi trois autres tests, déjà normalisés, en vue de comparer les résultats obtenus à ces différents instruments, et d'établir notamment les validités de construit. Ces trois questionnaires sont le RCMAS (Revised Children's

Manifest Anxiety Scale ; Reynolds et Richmond, 1985), administré à une partie de l'échantillon de normalisation, le CDI (Children Depression Inventory ; Kovacs, 1983), administré à une partie de l'échantillon de normalisation et à celui des Agressés CJ et l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (Rosenberg, 1965), administrée à une partie des échantillons de normalisation et des Agressés école et à l'échantillon des Agressés CJ. Ces questionnaires ont été choisis car ils peuvent être directement administrés aux enfants, qu'ils mesurent des symptômes similaires à ceux de l'ISTE, qu'ils sont largement utilisés dans les recherches et que leurs qualités psychométriques sont reconnues.

La traduction française (Wright et Sabourin, 1996), du Trauma Symptom Checklist for Children, ou TSC-C est composée de 54 questions à choix multiples (jamais, parfois, souvent, presque toujours) qui évaluent la détresse post-traumatique. Ce questionnaire est composé de 6 échelles mesurant l'anxiété, la dépression, la problématique sexuelle, la dissociation, le stress post-traumatique et la colère. Les échelles de dissociation et de problématique sexuelle se divisent chacune en deux sous-échelles, soit la dissociation manifeste et la fantaisie pour la dissociation et les préoccupations sexuelles et la détresse sexuelle pour la problématique sexuelle. L'anxiété (9 items) se définit par une inquiétude généralisée, une agitation incluant des peurs spécifiques (peur du noir, des hommes, d'être tué) et aussi des sentiments d'être en situation de danger imminent. La dépression (9 items) mesure un sentiment de tristesse, de solitude, accompagné d'épisodes de pleurs, de sentiments de culpabilité, de pessimisme ou d'idées suicidaires. La colère (9 items) se définit par des pensées colériques ou haineuses, par l'envie de crier, de se battre, d'insulter les autres et par le fait de se sentir énervé. Le stress post-traumatique (10 items) se définit par une

préoccupation à l'égard d'événements traumatisants vécus récemment ou dans le passé, accompagnée de pensées envahissantes à propos des événements vécus, pouvant rendre distrait, irritable ou tendu. La dissociation manifeste (7 items) reflète une tendance à réagir peu à l'environnement extérieur, à être détaché au plan émotif, à éviter les émotions négatives et à réduire les expériences intérieures pénibles. La fantaisie (3 items) mesure la tendance à investir le monde imaginaire plutôt que la réalité (faire semblant d'être quelqu'un d'autre, rêvasser). Les préoccupations sexuelles (7 items) mesurent l'intensité des pensées à propos de la sexualité, sensations et comportements sexuels, tandis que la détresse sexuelle (4 items) vise les comportements de peurs, les conflits causés par la sexualité. Le score pour chaque échelle est calculé en additionnant les résultats de chaque item. Des scores élevés sur les différentes échelles indiquent donc la présence de symptômes plus importants. Chaque échelle, en fonction du groupe d'âge et du genre, possède une cote clinique différente qui est obtenue grâce à la transformation des résultats en scores T. Pour toutes les échelles à l'exception des échelles de sexualité, les scores T supérieurs à 65 –qui correspondent à 1,5 écart type au-dessus de la moyenne- indiquent des scores cliniques. Pour les échelles de sexualité, le seuil clinique est fixé aux scores T supérieurs à 70.

Deux échelles supplémentaires ont été créées afin de contrôler la validité des réponses des répondants. La première (sous-estimation) mesure la tendance des sujets évalués à révéler un score plus bas que la moyenne, donc à sous-estimer leurs symptômes, tandis que la seconde (surestimation) vérifie la tendance des répondants à rapporter beaucoup de symptômes, donc à surestimer leur détresse. Dans le but d'éliminer les sujets qui nieraient leurs problèmes ou qui les aggraveraient, Briere (1996) recommande d'invalider les questionnaires qui auraient reçu un score de sous-

estimation supérieur ou égal à la cote T de 70 et les questionnaires qui auraient un score de surestimation supérieur ou égal à la cote T de 90. Une version plus courte de ce questionnaire (ISTE-A) est utilisée avec les jeunes enfants de 8-12 ans. Les items faisant référence aux préoccupations sexuelles ont été éliminés afin d'éviter toute réaction de détresse des enfants à la lecture de ces items.

Plusieurs études ont démontré les qualités psychométriques de cet instrument dans sa version anglophone. La cohérence interne est globalement comprise entre 0,60 et 0,97 pour les différentes échelles. Les sous-échelles composées de peu d'items obtiennent les alpha les moins élevés (Briere, 1996 ; Sadowski et Friedrich, 2000 ; Crouch, Smith, Ezzell et Saunders, 1999 ; Lanktree et Briere, 1995 ; Friedrich, Jaworski, Huxsahl et Bengtson, 1997). Les études suggèrent que la validité divergente, concurrente et de construit, sont bonnes. En effet, selon Briere (1996) le CDI corrèle le plus fortement avec l'échelle de dépression du TSC-C. Le RCMAS corrèle aussi fortement avec les deux échelles d'anxiété et de dépression. Crouch et al. (1999) montrent que l'échelle de stress post-traumatique du TSC-C corrèle fortement avec les échelles de stress post-traumatique, de pensée intrusive et d'hypersensibilité du Children's Impact of Traumatic Events Scale (CITES-R). Aussi, l'échelle d'érotisme du CITES-R est corrélée à l'échelle de problématique sexuelle et cela plus fortement pour la sous-échelle de préoccupation sexuelle. Une étude effectuée auprès d'adolescents (Sadowski et Friedrich., 2000), montre des corrélations similaires entre les échelles de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique et le Beck Depression Inventory (BDI), les échelles 2, 4, 7 et 8 du Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), les échelles d'anxiété, de colère et de sensibilité interpersonnelle du Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) et le Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-

DES). Étant donné la présence de corrélations inattendues, ces auteurs suggèrent que ces échelles sont moins précises et qu'elles manquent donc de spécificité. Finalement, les études ont également démontré la capacité du TSC-C à discriminer la symptomatologie des jeunes agressés sexuellement de jeunes qui ne l'avaient pas été (Elliott et Briere, 1994), des jeunes victimes avant et après avoir suivi une thérapie (Lanktree et Briere, 1995).

Le RCMAS (Reynolds et Richmond, 1985) traduit par Cyr, Wright et Thériault (1996), est composé de 37 items avec réponses en vrai ou faux. Il évalue le niveau d'anxiété des enfants et adolescents de 6 à 17 ans. Il est composé d'une échelle d'anxiété générale de 28 items tandis que les 9 items restants constituent une échelle dite de mensonge qui évalue la désirabilité sociale du jeune. Plus les scores sont élevés sur les différentes échelles plus les symptômes sont importants. Il existe plusieurs seuils de coupures cliniques selon l'âge et le sexe de l'enfant. Plusieurs études américaines ont confirmé la validité et la fidélité de ce questionnaire. Ainsi, la cohérence interne semble très bonne, entre 0,78 et 0,85 (Reynolds et Richmond, 1978, 1985), la fidélité test-retest (Wisniewski, 1987) est excellente après une semaine ($r=0,88$) et est très bonne au bout de cinq semaines ($r=0,77$).

Le CDI (Children Depression Inventory ; Kovacs, 1983) traduit et validé par Saint-Laurent (1990), est composé de 27 items avec choix de réponse parmi trois énoncés. Il mesure un score global de dépression chez les enfants et adolescents de 8 à 17 ans. Le point de coupure clinique est estimé à 17 dans la population québécoise, tandis que le score moyen chez les enfants et adolescents normaux est de 9. La validation francophone québécoise donne des résultats comparables à la version américaine. La cohérence interne du CDI est excellente ($\alpha=0,92$) et la fidélité test-retest

après huit semaines est de 0,70. Une étude vérifiant la structure du questionnaire auprès d'une population belge francophone a justifié l'utilisation unidimensionnelle de ce questionnaire (Lazzoni, Debry et Peree, 1997).

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg (Rosenberg, 1965), traduit par Vallières et Vallerand (1990), est composée de 10 items (échelle Likert en quatre points). Il mesure la propension des jeunes à s'accepter, se tolérer, à avoir du respect pour soi-même tout en rejetant les sentiments de supériorité et de perfection (Rosenberg, 1985 in Vallières et Vallerand, 1990). La forme américaine du questionnaire possède d'excellentes qualités psychométriques tout comme la version canadienne française qui a été validée auprès d'adultes et de jeunes du collégial. Les coefficients alpha sont compris entre 0,70 et 0,90 et la validité de construit est bonne puisque l'échelle corrèle négativement avec la dépression (échelle abrégée de Beck) et positivement avec l'échelle de satisfaction de vie de Diener. Enfin sa stabilité temporelle est très bonne ($r=0,84$). Une analyse factorielle confirmatoire a montré l'unidimensionnalité de l'échelle de l'estime de soi. Plus le score est élevé, plus l'estime de soi du jeune est bonne.

Déroulement

Le questionnaire a été administré différemment selon l'âge de l'enfant. Les enfants de huit à onze ans ont été évalués individuellement, et l'expérimentatrice lisait les énoncés aux enfants. La version du questionnaire utilisée était l'ISTE-A, excluant les items de problématique sexuelle. Les enfants et adolescents de plus de onze ans ont complété de façon personnelle les formulaires en classe. La version complète du questionnaire (ISTE) a été utilisée dans une des écoles secondaires. Dans tous les cas, des étudiantes en psychologie, formées à la passation de questionnaire étaient présentes

et disponibles pour aider les élèves si nécessaire. La durée totale d'administration des divers tests est de 15 à 40 minutes selon l'âge des enfants, incluant le temps d'explication. L'autorisation écrite des parents avait été obtenue préalablement à la passation des questionnaires. Lors de l'administration des questionnaires, les enfants ont signifié leur approbation verbalement et les adolescents leur approbation écrite.

Résultats

Une analyse factorielle a été effectuée afin de vérifier la validité de contenu du questionnaire sur les 1556 sujets. Une analyse factorielle avec la méthode d'extraction U.L.S (Unweighted Least Squares) et la rotation oblique OBLIMIN ($\delta=-3$) a été utilisée puisque cette approche permet un recoupement entre les différents facteurs, ce qui est le cas de l'ISTE, les différents symptômes mesurés étant corrélés. Afin de reproduire le modèle de Briere l'analyse factorielle a été effectuée en imposant un nombre précis de facteurs. Le questionnaire étant composé de six échelles dont deux se divisent en deux sous-échelles, le nombre de facteurs imposés pour l'extraction fut de huit. Toutefois, lors des analyses, il est apparu que les deux sous-échelles de dissociation se sont regroupées en un seul facteur. La solution à sept facteurs a donc finalement été retenue et explique 39,4 % de la variance commune : 23,4 % pour la dépression, 6,4 % pour les préoccupations sexuelles, 2,8 % pour la colère, 2,2 % pour la détresse sexuelle, 1,7 % pour le stress post-traumatique, 1,4 % pour la dissociation et 1,3 % pour l'anxiété. La solution obtenue est claire puisque aucun item ne sature sur deux facteurs à plus de 0,30. Cependant, comme l'indique le tableau 2, neuf items saturent sur un facteur différent de celui attendu et pour trois de ceux-ci les saturations obtenues sont inférieures à 0,30. Malgré cela les six échelles définies par Briere (1996) se différencient bien. Par contre l'échelle de dissociation semble constituée d'un seul facteur, ce qui est contraire aux

attentes. Une analyse factorielle de second ordre a donc été appliquée aux items de dissociation pour vérifier ce constat. Il en résulte qu'un seul facteur permet d'expliquer la variance de ce symptôme dans notre échantillon.

Insérer le tableau 2 ici

Les coefficients alpha de Cronbach ont été calculés pour chaque échelle originelle de l'ISTE et sont rapportés dans le tableau 3. Ils s'échelonnent de 0,45 à 0,94. Ces résultats montrent que dans l'ensemble la cohérence interne est très bonne, à l'exception de trois sous-échelles. La cohérence interne a également été effectuée sur les sept échelles dégagées de l'analyse factorielle. Cette analyse a permis de constater que les items déplacés de leur échelle initiale lors de l'analyse factorielle ne nuisent pas à la cohérence de leur échelle lorsqu'on les replace dans l'échelle attendue et cela, à l'exception d'un item (23) de la sous-échelle de détresse sexuelle. Si cet item était éliminé de cette échelle, le coefficient alpha passerait de 0,57 à 0,71.

Insérer le tableau 3 ici

Des corrélations ont été calculées entre les différentes échelles et sous-échelles d'origine de l'ISTE et sont résumées dans le tableau 4. Chacune des échelles corrèle significativement ($0,41 < r < 0,85$) avec l'échelle totale du questionnaire et contribue donc de façon significative à ce résultat. Les corrélations entre échelles et sous-échelles sont également toutes significatives bien que celles de l'échelle des préoccupations sexuelles soient inférieures à 0,30 pour la majorité des échelles, à l'exception de la colère. De façon surprenante, l'échelle de validité de sous-estimation partage beaucoup de variance avec l'échelle de surestimation ($r=0,67$).

Insérer le tableau 4 ici

La fidélité test-retest de l'ISTE est très bonne après 15 jours puisque les coefficients de corrélations sont tous significatifs ($p < 0,001$). Ils varient de 0,75 à 0,81 selon les échelles et le coefficient est de 0,83 pour l'échelle globale.

Des corrélations de Pearson, effectuées entre les différentes échelles de l'ISTE et les questionnaires RCMAS, CDI et d'estime de soi, ont permis de vérifier la validité concurrente et divergente et sont rapportés au tableau 4. La dépression de l'ISTE obtient des coefficients de corrélation élevés avec le CDI ($r=0,71$; $p < 0,001$), indiquant la similarité de ces deux échelles qui mesurent la dépression. D'autre part, la dépression obtient des corrélations fortes avec l'estime de soi ($r=0,67$; $p < 0,001$) qui est une mesure proche de la dépression puisqu'une faible estime de soi est associée à la dépression chez les adultes et les adolescents (voir Vallières et Vallerand, 1990). La dépression ($r=0,65$; $p < 0,001$) et l'anxiété ($r=0,62$; $p < 0,001$) corréleront fortement avec le RCMAS. Par contre, contrairement à nos attentes, le RCMAS, le CDI et l'échelle de l'estime de soi corréleront de façon modérée avec la majorité des échelles de l'ISTE, à l'exception des préoccupations sexuelles.

Insérer les tableaux 5 ici

Pour vérifier la capacité de l'ISTE à discriminer les jeunes agressés sexuellement de ceux qui ne l'ont pas été, une MANOVA 3 (groupe de sujets) \times 2 (groupe d'âge) \times 2 (genre) a été effectuée sur les scores aux différentes échelles à l'exception de l'échelle totale et de problématique sexuelle. Puisque la cohérence interne de trois des sous-échelles est faible, les quatre sous-échelles n'ont pas été incluses dans l'analyse discriminante. Comme les enfants de 8 à 12 ans du groupe contrôle n'ont pas répondu

aux questions reliées aux problèmes sexuels, une ANOVA 3 (groupe de sujet) \times 2 (genre) a été effectuée sur l'échelle de problématique sexuelle. Une ANOVA 3 (groupe de sujet) \times 2 (groupe d'âge) \times 2 (genre) a également été effectuée sur l'échelle totale (voir tableau 5). Les autres variables sociodémographiques n'ont pas été prises en compte dans les analyses, car après vérification, aucune de ces variables ne corrélait avec les scores à l'ISTE à plus de $r=0,20$, ce qui est cohérent avec de nombreuses études (Oddone Paolucci, Genuis et Violato, 2001 ; Sadowski et Friedrich, 2000). Puisque les échelles et l'échelle totale ont été analysées, les données ont été utilisées deux fois et une correction de Bonferroni a dû être effectuée. Le seuil de signification est donc passé à 0,025.

Les résultats multivariés indiquent d'abord un effet d'interaction du genre avec le groupe d'âge ($F(5,1358)=3,2, p<0,01$) après correction de Bonferroni. Aucun effet d'interaction univarié genre par groupe d'âge n'est significatif, cependant c'est l'anxiété qui semble le plus contribuer à cette interaction puisqu'elle obtient un résultat marginalement significatif ($F(1,1362)=4,4, p=0,074$). Lors du passage de l'enfance à l'adolescence, les filles semblent ressentir plus d'anxiété, tandis que les garçons semblent en ressentir légèrement moins. Pour toutes les autres échelles, les filles ont tendance à montrer plus de détresse en grandissant, tandis que les garçons semblent indiquer à peu près autant de détresse dans l'enfance qu'à l'adolescence. Les résultats indiquent également un effet principal multivarié du groupe de sujet. Il en ressort que toutes les échelles, soit l'anxiété, la dépression, la colère, le stress post-traumatique et la dissociation permettent de discriminer les groupes de sujet. Les comparaisons multiples (méthode Scheffé) montrent que le score moyen du groupe contrôle est inférieur à ceux des deux groupes cliniques. En ce qui concerne l'échelle de colère, ces deux groupes se

distinguent également, les Agressés CJ obtenant un score moyen inférieur à celui des Agressés École.

Les résultats de l'ANOVA pour l'échelle de problématique sexuelle indiquent un effet d'interaction du groupe de sujet par le genre ($F(2,1099)=5,5, p<0,01$). Les garçons du groupe contrôle et des Agressés école obtiennent des scores moyens supérieurs à ceux des filles, alors que les garçons du groupe des Agressés CJ obtiennent des résultats inférieurs aux filles. Pour l'échelle totale, les résultats n'indiquent pas d'effet d'interaction significatif, tandis que les effets principaux du groupe d'âge, du genre et du groupe de sujet sont significatifs. Les enfants obtiennent un score moyen plus bas que les adolescents et les filles obtiennent un résultat moyen supérieur aux garçons. Des comparaisons multiples ont permis de distinguer chacun des groupes de sujet, le groupe contrôle obtenant un score moyen inférieur à celui du groupe des Agressés CJ, lui-même suivi du groupe des agressés École.

Discussion

Cette étude a permis d'évaluer les qualités psychométriques de l'ISTE auprès d'un large échantillon de jeunes Québécois issus de la population générale et de jeunes référés aux centres jeunesse pour agression sexuelle. Globalement, les analyses ont démontré que la validité et la fidélité du questionnaire sont comparables à celles des études américaines. L'analyse factorielle a permis de vérifier la structure factorielle de ce questionnaire, alors qu'aucune étude américaine n'avait tenté de reproduire les résultats de Briere (1996) avec un échantillon de taille suffisante. Les analyses corrélationnelles montrent que les différentes échelles corrélaient significativement avec l'échelle totale, indiquant que les échelles font bien partie d'un concept particulier, les symptômes traumatiques. La fidélité test-retest après 15 jours s'est révélée très bonne,

indiquant ainsi la stabilité temporelle des construits mesurés. Les analyses de cohérence interne des échelles d'origine de l'ISTE apparaissent très bonnes si l'on considère les échelles, et plus faible quant aux sous-échelles, ce qui est comparable aux résultats américains. Enfin, le questionnaire semble discriminer les populations de jeunes agressés sexuellement de la population contrôle.

Toutefois, la version actuelle du questionnaire présente quelques particularités. L'étude a montré que la version francophone du TSC-C possédait une structure comparable à la version américaine, puisque l'analyse factorielle a distribué les différents items dans des facteurs conceptuellement identiques à quelques exceptions près. En effet, la dissociation ne semble pas être bidimensionnelle comme dans la version américaine du questionnaire. D'autre part, certains items ont saturé sur d'autres échelles que celles attendues à l'issue de l'analyse factorielle, ce qui peut s'expliquer par le fait que les différents concepts comme l'anxiété et la dépression, l'anxiété et le stress post-traumatique ou la détresse sexuelle et le stress post-traumatique sont très proches. En effet, l'enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (1993) montre que les jeunes de 6 à 14 ans indiquent avoir fréquemment plus d'un seul trouble intériorisé ou extériorisé (dans 30,4 % pour les moins de 12 ans et dans 20,6 % pour les adolescents). La comorbidité est donc importante entre certains troubles et les jeunes répondent souvent de façon semblable aux questions portant sur deux symptômes différents. En outre, pour deux items une erreur de traduction semble expliquer leur saturation inattendue sur une autre échelle. C'est le cas de l'item 49 (me sentir fou) qui s'est trouvé assigné à la dissociation alors qu'il était originellement sous l'échelle de colère (feeling mad). Cette phrase est comprise par les jeunes comme se sentir malade, en perte de contrôle avec la réalité et non comme se sentir agressif ou enragé. De la même façon,

l'item 4 (vouloir dire des mots vulgaires) est un item de l'échelle des préoccupations sexuelles, qui sature ici plus fortement sur le facteur colère. Les jeunes comprennent probablement cette phrase comme vouloir dire des insultes, des blasphèmes et non vouloir dire des mots « cochons » (wanting to say dirty words). Les auteurs proposent aux utilisateurs de l'ISTE de modifier ces deux items et de les remplacer par « se sentir furieux-se ou enragé-e » pour l'item 49 et par « vouloir dire des choses cochonnes » pour l'item 4. Les items 5 (prétendre que je suis quelqu'un d'autre) et 38 (prétendre que je suis ailleurs) semblent également plus ou moins bien compris par les jeunes pendant l'entrevue et l'item 5 sature sur un facteur autre que celui attendu. Nous proposons donc de remplacer ces items par « faire semblant que je suis quelqu'un d'autre » et « faire semblant que je suis ailleurs », ce qui correspondrait mieux au sens des items originaux.

Les analyses de variance ont montré la capacité discriminante de l'ISTE, puisque les échelles distinguent les groupes, les populations ayant vécu une agression sexuelle obtenant des scores moyens plus élevés que la population contrôle, sauf pour l'échelle de problématique sexuelle. L'échelle totale permet également de discriminer les jeunes en fonction du genre, puisque les filles obtiennent un score moyen significativement plus élevé que les garçons et en fonction de l'âge, les plus jeunes obtenant un score significativement plus faible que les plus âgés. Pour les échelles d'anxiété, de dépression, de colère, de stress post-traumatique et de dissociation, les résultats indiquent un effet d'interaction groupe d'âge par genre, les filles voyant leur détresse s'accroître en passant de l'enfance à l'adolescence tandis que les garçons varient peu de niveau de détresse pendant toute la durée de l'enfance et de l'adolescence. À l'instar de Briere, nous proposons donc d'utiliser des normes de cotation différentes selon le genre et le groupe d'âge des jeunes. Seule la problématique sexuelle ne semble pas se

conformer aux hypothèses. En effet, les garçons du groupe contrôle et des Agressés école ont obtenu des scores moyens supérieurs à ceux des filles, alors que les garçons du groupe des Agressés CJ ont obtenu des résultats inférieurs aux filles. De plus ce sont les jeunes du groupe des Agressés CJ qui semblent le moins exprimer de problèmes liés à la sexualité, lorsque l'on observe les scores moyens obtenus par les trois groupes de sujets. Ces résultats sont contraires à nos attentes puisque la revue de la documentation portait à croire que les problèmes sexuels étaient parmi les plus associés aux agressions sexuelles. Toutefois, une récente étude de Drach, Wientzen et Ricci (2001) montre que les problèmes sexuels ne sont pas spécifiques aux agressions sexuelles et que les jeunes agressés sexuellement ont autant de risques de développer ces problèmes que des jeunes n'ayant pas vécu d'agression. Il est possible que ce résultat s'explique par le fait que les jeunes qui ont été agressés et qui sont confrontés à des problèmes sexuels savent que ces problèmes découlent des agressions qu'ils ont subies et peuvent être effrayés par ces sentiments, tandis que les jeunes qui n'ont pas été agressés ne trouvent pas menaçant de penser à la sexualité, de ressentir des sensations sexuelles et indiqueront alors une symptomatologie sexuelle plus importante.

Pour expliquer la capacité de l'ISTE à discriminer les deux populations de jeunes agressés pour l'échelle totale, nous avançons plusieurs hypothèses. La première réside dans la durée de l'agression sexuelle. En effet, nous avons peu d'informations sur les caractéristiques de l'agression subie pour les jeunes recrutés à l'école, mais la durée des agressions rapportées est moindre. Par ailleurs, l'évaluation effectuée auprès de la population Agressés CJ est donnée aux intervenants des centres jeunesse participants, ce qui peut amener les jeunes à estimer leurs problèmes à la baisse pour ne pas être placés ou pour que les parents ne soient pas mis en faute. Dernièrement, les différences

d'âge entre les groupes Agressés École et Agressés CJ peuvent expliquer les différences de scores moyens entre ces deux groupes puisque les jeunes du groupe Agressés École sont plus vieux de deux ans en moyenne ($M=15,1$, $ET=1,3$), que les jeunes Agressés CJ ($M=12,7$, $ET=2,6$). L'analyse de variance a montré que les enfants obtenaient des scores moyens inférieurs à ceux des adolescents et la moyenne d'âge des groupes a pu modifier les scores à l'ISTE.

Le fait que les trois groupes de sujets se distinguent quant aux variables sociodémographiques ne semble pas influencer les scores à l'ISTE puisqu'une analyse subséquente a permis de montrer que ces différentes variables ne corrôlaient pas à plus de $r=0,20$ avec les échelles de l'ISTE. Sadowski et Friedrich (2000), en validant la version américaine du questionnaire ont montré que le niveau socio-économique des familles ainsi que le genre des jeunes n'expliquaient pas la variabilité des scores au TSC-C. Dans une méta-analyse des recherches sur les effets de l'agression sexuelle chez les enfants, Oddone Paolucci et al. (2001) observent les mêmes résultats.

Tous ces résultats suggèrent d'utiliser l'échelle totale en plus des autres échelles. En effet, l'analyse de variance montre que l'échelle totale permet de discriminer les différentes populations agressées entre elles et par rapport à la population contrôle, l'alpha total est excellent et les différentes échelles et sous-échelles corrôlent fortement avec l'échelle totale. De plus, cette échelle permettrait de déceler une détresse traumatique globale qui ne serait pas nécessairement perçue avec les différentes échelles. Ainsi, un jeune ayant quelques symptômes sur les différentes échelles ne présenterait pas un tableau clinique selon les échelles spécifiques, mais l'échelle totale permettrait de détecter sa détresse. Différents questionnaires possèdent de telles échelles

comme le Youth Self Report and Profile (Achenbach, 1991) et apportent ainsi une information supplémentaire.

Les analyses de validité concurrente et divergente ont indiqué non seulement que la dépression de l'ISTE obtenait de bonnes corrélations avec le CDI et l'échelle de l'estime de soi et que l'anxiété corrélait fortement avec le RCMAS, mais également que toutes les échelles de l'ISTE corrélaient significativement, bien que moins fortement, avec les autres questionnaires. Les mesures des échelles de l'ISTE semblent donc moins spécifiques que celle du CDI, du RCMAS et de l'estime de soi ce qui est comparable aux études de validation américaines du TSC-C (Evans, Briere, Boggiano et Barrett, 1994 in Briere, 1996). Sadowski et Friedrich (2000) ont obtenu des résultats similaires aux nôtres en comparant le TSC-C avec le BDI, le SCL-90-R et le A-DES, ce qu'ils expliquent par le manque de variabilité de leurs échantillons, uniquement psychiatriques. Les auteurs avancent l'idée que le TSC-C mesurait un concept unitaire : le « negative affective distress related to negative life experiences », ce qui semble se reproduire dans notre étude, bien que nous ayons travaillé avec des populations ne provenant pas des mêmes milieux. Par ailleurs, concernant les corrélations inter-échelles, les résultats ont indiqué un coefficient de corrélation élevé ($r=0,67$) entre la sous-estimation et la surestimation, ce qui n'est pas conforme aux résultats américains (Briere, 1996). La validité de ces échelles est remise en question dans la population francophone et nous conseillons donc de les utiliser avec précaution en attendant qu'une étude épidémiologique propose de nouvelles échelles de validité.

Étant donné les résultats de l'analyse factorielle et de la fidélité, nous conseillons d'utiliser, d'une part, le questionnaire tel que l'a conçu Briere, sans modifier les échelles et, d'autre part, seulement les échelles totales de problématique sexuelle et de

dissociation car les concepts des sous-échelles sont trop faibles et non représentatifs de la population francophone québécoise.

À la lumière de tous ces résultats, nous pouvons recommander l'utilisation de l'ISTE comme aide à l'évaluation clinique et pour les recherches scientifiques. Cette validation sera d'une grande utilité dans le domaine des agressions sexuelles chez les jeunes puisque qu'il n'existait jusqu'alors aucun instrument validé en français utilisable auprès des jeunes eux-mêmes. Rappelons que cet outil ne permet pas d'élaborer des diagnostics mais sert plutôt à évaluer les problèmes auxquels peuvent être confrontés les enfants et adolescents qui ont subi une agression sexuelle. Des études épidémiologiques sont maintenant requises afin d'établir des normes d'utilisation pour la population québécoise, notamment en ce qui concerne la problématique sexuelle. Des études évaluant la qualité psychométrique de l'ISTE auprès de différentes populations seraient nécessaires, pour confirmer les résultats obtenus auprès de nos différents groupes.

Références

- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A. & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect, 15, 537-556.
- Berliner, L., & Conte, J. R. (1995). The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. Child Abuse & Neglect, 19, 371-384.
- Breton, J., J. (1993). Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes : prévalence des troubles mentaux et utilisation des services. Hôpital Rivière-des-Prairies, QC : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Briere, J. (1989a). The Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C). Test non publié: University of Southern California School of Medicine.
- Briere, J. (1989b). Trauma symptom checklist for children (TSC-C) : Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Ressources.
- Briere, J. (1996). Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) : Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Ressources.
- Briere, J. N. & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. The Future of Children, 4, 54-69.
- Crouch, J. L., Smith, D. W., Ezzel, C. E., & Saunders, B. E. (1999). Measuring reactions to sexual trauma among children: Comparing the Children's Impact of Traumatic Events Scale and the Trauma Symptom Checklist for Children. Child Maltreatment, 4, 255-263.

Cyr, M., Wright, J. & Thériault, C. (1996). Traduction du Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS; Reynolds et Richmond, 1978, 1985) (Document inédit). Montréal, QC : Université de Montréal.

Drach, K. M., Wientzen, J., & Ricci, L. R. (2001). The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. Child Abuse & Neglect, *25*, 489-503.

Elliot, M., & Briere, J. (1994). Forensic sexual abuse evaluations in older children: disclosure and symptomatology. Behavior Sciences and the Law, *12*, 261-277.

Fergusson, D. M., Horwood, J. L., & Lynskey, M. T. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. Child Abuse & Neglect, *21*, 789-803.

Finkelhor, D. (1990). Early and long-term effects of child sexual abuse: An update. Professional Psychology: Research and Practice, *21*, 325-330.

Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. The Future of Children, *4*, 31.

Friedrich, W. N., Urquiza, A. J. & Beilke, R. L. (1986). Behavior problems in sexually abused young children. Journal of Pediatric Psychology, *11*, 47-57.

Friedrich, W. N., Jaworsky, T. M., Huxsahl, J. E. & Bengtson, B. S. (1997). Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories. Journal of Interpersonal Violence, *12*, 155-171.

Gomes-Schwartz, B., Horowitz, J. M., Cardarelli, A. P. & Sauzier, M. (1990). The aftermath of child sexual abuse : 18 months later. In Gomes-Schwartz, B., Horowitz, J. M., Cardarelli, A. P (Eds). Child sexual abuse : The initial effects (pp. 132-152). Nembury Park, CA.:Sage.

Haesevoets, Y. H. (1997) L'enfant victime d'inceste : symptomatologie spécifique ou aspécifique ? Essai de conceptualisation clinique. La Psychiatrie de l'Enfant, 40, 87-119.

Jones, L., & Finkelhor, D. (2000). The decline in child abuse cases. Paper presented at the Crimes against children research center's, Washington, DC.

Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children : A review and synthesis of recent empirical studies. Psychological Bulletin, 113, 164-180.

Kovacs, M. (1983). The Children's Depression Inventory : A self-rated depression scale for school-aged youngsters. Manuscrit non publié. Pittsburgh : University of Pittsburgh, School of medicine.

Lanktree, C. B., & Briere, J. (1995). Outcome of therapy for sexually abused children: A repeated measures study. Child Abuse & Neglect, 19, 1145-1155.

Lanktree, C. B., Briere, J. & Zaidi, L. Y. (1991). Incidence and impacts of sexual abuse in a child outpatient sample : the role of direct inquiry. Child Abuse and Neglect, 15, 447-453.

Lazzoni, A., Debry, M., & Peree, F. (1997). L'évaluation de la dépression infantile : étude de l'unidimensionnalité de l'inventaire de dépression de Kovacs. Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 47, 53-64.

Lipschitz, D. S., Winegar, R. K., Nicolaou, A. L., Hartnick, E., Wolfson, M., & Southwick, S. M. (1999). Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients. Journal of Nervous and Mental Disease, 187, 32-39.

Reynolds, W. M., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel : A revised measure of children's manifest anxiety. Journal of Abnormal Child Psychology, 6, 271-280.

Reynolds, W. M. & Richmond, B. O. (1985). Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS). Los Angeles: Western Psychological Services.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ : Princeton University Press.

Russell, D. E. (1988). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. In L.E.A. Walker (Ed.), Handbook on sexual abuse of children, (pp. 19-36). New York: Springer Publishing (version originale publiée en 1983 in Child Abuse & Neglect, 7, (pp. 133-146).

Sadowski, C. M., & Friedrich, W. N. (2000). Psychometric properties of the trauma symptom checklist for children (TSC-C) with psychiatrically hospitalised adolescents. Child Maltreatment, 5, 364-372.

Saint-Laurent, L. (1990). Étude psychométrique de l'inventaire de dépression pour enfants de Kovacs auprès d'un échantillon francophone. Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 22, 377-384.

Schmidt, S. E. (1992). A validation study of the Trauma Symptom Checklist for Children. Thèse de doctorat non publiée. Chicago : DePaul University.

Singer, M., Menden Anglin, T., Song, L. Y. & Lunghofer, L. (1995). Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. Journal of the American Medical Association, 273, 477-483.

Sylverman, A. B., Reinherz, H. Z. & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse : a longitudinal community study. Child Abuse & Neglect, 20, 709-723.

Timmons-Mitchell, J., Chandler-Holtz, D., & Semple, W. E. (1997). Post-traumatic stress disorder symptoms in child sexual abuse victims and their mothers. Journal of Child Sexual Abuse, 6, 1-14.

Tourigny, M., Péladeau, N. & Bouchard, C. (1993). Abus sexuel et dévoilement chez les jeunes Québécois. Revue Sexologique, 1, 13-34.

Tourigny, M., Mayer, M., Hélie, S., Wright, J. & Trocmé, N. (2001). Les mauvais traitements envers les enfants tels que rapportés aux directeurs de la protection de la jeunesse. In Gouvernement du Québec (Ed.) Portrait social du Québec: Données et analyses. Qc :Institut de la statistique.

Trocmé, N. & Wolfe, D. (2001). Maltraitance des enfants au Canada : Résultats choisis tirés de l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants. Ottawa (Ontario) : Ministre de Travaux publics et services gouvernementaux.

Vallières, E. S., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. Journal International de Psychologie, 25, 305-316.

Wisniewski, J. J., Mulick, J. A., Genshaft, J. L., & Coury, D. L. (1987). Test-retest reliability of the revised children's manifest anxiety scale. Perceptual and Motor Skills, 65, 67-70.

Wright, J. & Sabourin, S. (1996). Traduction française du Trauma Symptom Checklist for Children. Manuscript non publié. Montréal, QC: Université de Montréal.

Wright, J., Lussier, Y., Sabourin, S. & Perron, A. (1999). L'abus sexuel à l'endroit des enfants. In E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot & M. Tousignant (Eds.), Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Approche intégrative, (pp. 615-639). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.

Tableau 1 : Moyennes, écarts-types ou pourcentages des variables sociodémographiques et résultats des analyses de variance et tests de chi-carré en fonction de l'appartenance aux différents groupes.

Variables	Groupe contrôle	Groupe Agressés École	Groupe Agressés CJ	F ou X ²	Signif.
Nombre de sujets	1174	109	273		
Sexe féminin % (N)	49,0 (590)	88,0 (95)	86,4 (236)	169,3	***
Age M (ET)	13,9 (2,3)	15,1 (1,3)	12,7 (2,6)	49,5	***
Rang aîné dans la fratrie % (N)	46,8 (541)	40,2 (43)	43,2 (118)	2,5	n. s.
Niveau de scolarité du jeune M (ET)	9,2 (2,1)	10,1 (1,3)	7,0 (3,0)	123,3	***
Composition familiale % (N)					
Parents ensemble ou garde partagée	65,7 (761)	33,9 (37)	18,4 (50)		***
Mère avec ou sans conjoint	26,5 (307)	49,5 (54)	46,3 (126)		
Père avec ou sans conjoint	6,7 (78)	13,8 (15)	9,6 (26)		
Famille élargie, d'accueil ou centre	1,1 (13)	2,8 (3)	25,7 (70)	386,7	
Scolarité de CEGEP ou plus					
Pour la mère % (N)	62,3 (618)	39,0 (39)	21,4 (43)	122,6	***
Pour le père % (N)	63,5 (596)	44,2 (38)	20,5 (33)	109,0	***
Activité de la mère % (N)					
Travaille	77 (887)	77,1 (84)	41,6 (82)		***
À la maison	11,5 (132)	3,7 (4)	19,8 (39)		
Chômage ou Bien-être social	5,7 (66)	14,7 (16)	33,0 (65)		
Études ou autre	5,8 (67)	4,6 (5)	5,6 (11)	172,9	
Naissance au Canada % (N)	81,3 (936)	96,3 (105)	98,7 (223)	56,5	***

* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001

Tableau 2 : Saturation des items et pourcentage de variance expliquée par chacun des sept facteurs suite à l'analyse factorielle selon la méthode ULS et rotation OBLIMIN ($\delta=-3$).

Items / facteurs (% de variance)	1	2	3	4	5	6	7
<u>Dépression</u> (23,4%)							
Item 42	0,67						
Item 7	0,61						
Item 9	0,60						
Item 52	0,54						
Item 20	0,42						
Item 27	0,39						
Item 28							
Item 32 (anxiété) ¹							
<u>Préoccupations sexuelles</u> (6,4%)							
Item 17		0,73					
Item 47		0,72					
Item 44		0,70					
Item 22		0,70					
Item 23		0,52					
Item 8		0,46					
Item 5 (dissociation) ¹							
<u>Colère</u> (2,8%)							
Item 21			-0,60				
Item 19			-0,60				
Item 36			-0,58				
Item 4 (sexualité) ¹			-0,50				
Item 16			-0,44				
Item 13			-0,42				
Item 6			-0,40				
Item 46			-0,35				
Item 37			-0,33				
<u>Détresse sexuelle</u> (2,2%)							
Item 40				0,60			
Item 54				0,59			
Item 34				0,47			
Item 24 (stress/anxiété) ¹				0,43			

Item 26 (dissociation)	0,36
Item 25 (stress/anxiété) ¹	
<u>Stress post-traumatique (1,7%)</u>	
Item 43	0,65
Item 10	0,63
Item 12	0,62
Item 35	0,60
Item 51	0,46
Item 3	0,34
<u>Dissociation (1,4%)</u>	
Item 29	0,47
Item 31	0,45
Item 45	0,44
Item 38	0,43
Item 11	0,42
Item 53	0,35
Item 48	0,33
Item 49 (colère)	0,30
Item 18	
Item 30	
<u>Anxiété (1,3%)¹</u>	
Item 33	0,59
Item 15	0,44
Item 39	0,42
Item 14 (dépression) ¹	0,40
Item 50	0,38
Item 2	0,38
Item 41	0,34
Item 1 (stress post-traumatique) ¹	0,34

Les saturations inférieures à 0,30 ne sont pas inscrites dans le tableau.

¹Lorsque les items ne se retrouvent pas dans l'échelle de la version originale américaine, leur échelle d'origine est inscrite entre parenthèse.

Tableau 3: Coefficients alpha pour chaque échelle de l'ISTE et comparaison avec les résultats de Briere (1996).

Échelle	Présente Étude	Briere (contrôle)	Briere (clinique)
Échelle totale	0,94	0,84	0,84
Anxiété	0,78	0,82	0,84
Dépression	0,84	0,86	0,86
Colère	0,81	0,89	0,88
Stress post-traumatique	0,84	0,87	0,86
Dissociation (total)	0,77	0,83	0,86
dissociation manifeste	0,69	0,81	–
fantaisie	0,45	0,58	–
Problématique sexuelle (total)	0,70	0,77	0,74
préoccupations sexuelles	0,80	0,81	–
détresse sexuelle	0,57	0,64	–

Tableau 4 : Corrélations entre les échelles et sous-échelles de l'ISTE et le RCMAS, le CDI et l'échelle de l'estime de soi.

	ISTE	Anx	Dép	Spt	Col	Dis	Dis-m	Dis-f	Sex	Sex-p	Sex-d	Und	Hyp
<u>Questionnaires</u>													
RCMAS	--	0,62	0,65	0,61	0,54	0,54	0,49	0,46	--	--	--	0,67	0,58
RCMAS-M	--	-0,33	-0,36	-0,17*	-0,50	-0,24**	-0,19**	-0,28	--	--	--	-0,43	-0,16
CDI	0,69	0,58	0,71	0,61	0,54	0,56	0,54	0,42	0,45	0,33	0,41	0,65	0,59
Estime	-0,59	-0,49	-0,67	-0,52	-0,40	-0,43	-0,41	-0,32	-0,22	-0,11	-0,34	-0,52	-0,52
<u>Échelles de l'ISTE</u>													
ISTE	1,00	0,80	0,84	0,85	0,77	0,83	0,78	0,63	0,60	0,41	0,59	0,90	0,79
Anx			0,67	0,75	0,46	0,59	0,55	0,48	0,29	0,07*	0,53	0,75	0,79
Dép				0,70	0,57	0,63	0,60	0,48	0,34	0,17	0,47	0,77	0,71
Spt					0,50	0,66	0,65	0,47	0,35	0,16	0,53	0,79	0,72
Col						0,59	0,57	0,46	0,48	0,40	0,33	0,72	0,48
Dis							0,95	0,78	0,42	0,29	0,42	0,73	0,68
Dis-m								0,54	0,37	0,25	0,38	0,65	0,68
Dis-f									0,36	0,26	0,34	0,65	0,46
Sex										0,91	0,54	0,42	0,31
Sex-p											0,17	0,27	0,09
Sex-d												0,44	0,56
Und													0,67

Tous les coefficients sont significatifs au seuil $p < 0,001$ sauf avis contraire.
 $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; -- calculs impossibles

Tableau 5 : Comparaisons multivariées et univariées de variance sur les moyennes et écarts-types des différentes échelles de l'IST-E en fonction du groupe d'âge, du genre et du groupe de sujet.

	Groupe d'âge		Genre		Valeur du F		Groupes de sujets			Valeur du F		Post-hoc
	M (ET)	2.	1.	M (ET)	F	(dl)	1. Groupe	2. Groupe	3. Groupe	F	(dl)	
	1. 8-12 ans (N=333)	13-17 ans (N=1040)	Féminin (N=816)	Masculin (N=557)	(dl=1, 1362)	(dl=1, 1362)	1. Groupe contrôle (N=1010)	2. Groupe agressés École (N=94)	3. Groupe agressés CJ (N=269)	(dl=2, 1362)		
Tests multivariés	F(8,1358)=3,2**		F(5,1358)=5,8***		(10,2718)=7,4***							
Tests univariés												
Anxiété	6,2 (3,8)	6,6 (3,7)	7,7 (3,8)	4,8 (2,8)	0,8 n.s	16,6***	5,7 (3,1)	8,7 (3,9)	8,7 (4,5)	22,7***		1<2,3
Dépression	6,4 (4,0)	7,3 (4,5)	8,2 (4,5)	5,5 (3,6)	5,7*	4,9 n.s	6,3 (3,8)	10,2 (4,7)	9,1 (5,2)	17,4***		1<2,3
Colère	5,0 (3,8)	6,5 (4,0)	6,3 (4,0)	6,0 (3,9)	11,1**	0,4 n.s	5,9 (3,7)	8,1 (4,3)	6,6 (4,5)	6,6**		1<3<2
Stress post-traumatique	8,9 (5,2)	9,7 (5,2)	10,7 (5,4)	7,6 (4,4)	6,9*	10,9**	8,2 (4,3)	13,4 (5,0)	12,8 (6,2)	29,2***		1<2,3
Dissociation totale	6,6 (4,3)	8,3 (4,4)	8,4 (4,6)	7,0 (4,2)	5,8*	1,3 n.s	7,4 (4,2)	10,1 (4,6)	8,9 (4,9)	6,4**		1<2,3
ANOVAS	F		F		F		F			F		
	(dl)	(dl)	(dl)	(dl)	(dl)	(dl)	(dl)	(dl)	(dl)	(dl)	(dl)	
Problématique sexuelle			6,5 (3,8)	7,6 (4,1)	6,1* (1,1099)	7,0 (3,8)	8,9 (4,0)	6,1 (4,2)	4,5* (2,1099)			3<1<2
Échelle totale	45,0 (23,1)	46,4 (19,9)	50,0 (21,1)	40,0 (17,3)	6,0* (1,1020)	6,7* (1,1020)	42,3 (17,4)	58,9 (20,2)	52,1 (23,9)	4,6* (2,1020)		1<3<2

*p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 après correction de Bonferroni.

Conclusion

Cette recherche visait à vérifier les qualités psychométriques de l'inventaire des symptômes traumatiques pour enfants (IST-E), traduction francophone (Wright et Sabourin, 1996) du questionnaire américain Trauma symptom Checklist for Children (TSC-C ; Briere, 1989a) auprès d'une population francophone du Québec. Ce questionnaire mesure la détresse des jeunes ayant vécu un traumatisme, plus spécifiquement une agression sexuelle.

Les analyses ont permis de démontrer que l'IST-E possédait les qualités psychométriques requises pour son utilisation auprès de jeunes de 8 à 17 ans de langue française. En effet, la structure factorielle est comparable à celle du TSC-C, la cohérence interne des échelles est bonne, les corrélations avec d'autres questionnaires indiquent une bonne validité convergente, la fidélité test-retest est excellente et le questionnaire permet de discriminer les jeunes agressés sexuellement des jeunes qui ne l'ont pas été. Étant donné le grand nombre de jeunes qui subissent des agressions sexuelles, ce travail apporte une contribution non négligeable au domaine de la violence faite aux enfants en permettant l'utilisation d'un outil d'évaluation des symptômes de ces jeunes. En effet, il n'existait jusqu'alors pas de questionnaire mesurant la détresse post-traumatique des jeunes, validé en langue française. Cette recherche a également permis d'établir l'utilité d'un tel questionnaire possédant des qualités psychométriques, dans le milieu de la recherche clinique.

L'ensemble de ces résultats permet de recommander l'utilisation de l'IST-E dans les milieux cliniques et de la recherche. Toutefois, certaines recherches sont encore nécessaires pour vérifier la validité de ce questionnaire auprès de la population générale grâce à un échantillon épidémiologique, pour pouvoir fournir des normes québécoises de

cotation. Il faudrait également comparer des populations de jeunes ayant vécu d'autres types de traumatismes comme les guerres ou d'autres formes de violence.

Enfin comme le rappelle lui-même Briere (1996), ce questionnaire ne doit pas être utilisé seul et doit plutôt faire partie d'un ensemble d'instruments d'évaluation comprenant également des mesures prises auprès des parents, des professeurs par exemple. L'IST-E ne permet pas d'élaborer un diagnostic, mais d'évaluer les problèmes des jeunes qui ont subi un traumatisme, il doit donc être utilisé avec circonspection et par des professionnels de la santé mentale.

APPENDICE A
INSTRUMENTS DE MESURE

INSTUMENTS POUR LES ENFANTS

Questions sociodémographiques

ISTE-A

RCMAS

CDI

Questionnaire

Date : _____

numéro: _____

Directive : Réponds aux questions en encerclant le chiffre qui correspond à ta réponse ou en inscrivant les informations dans les espaces prévus.

1. Quel est ton sexe ? 1. Féminin 2. Masculin

2. Quel est ton âge ? _____

3. Combien as-tu de frères et soeurs (et demi-frères et demi-soeurs) ?
 Nombre de frères: _____ Nombre de soeurs: _____

4. Combien de tes frères et soeurs habitent avec toi (et demi-frères et demi-soeurs) ?
 Nombre de frères: _____ Nombre de soeurs: _____

5. Quel est ton rang dans la famille (le plus vieux ou la plus vieille de la famille est le premier) ?
 1. Premier
 2. Deuxième
 3. Troisième
 4. Quatrième
 5. Cinquième
 6. Sixième
 7. Autre (précise): _____

6. En quelle année scolaire es-tu ? _____

7. En ce moment avec qui habites-tu ?
 1. Mes parents
 2. Ma mère
 3. Ma mère et son conjoint (beau-père)
 4. Mon père
 5. Mon père et sa conjointe (belle-mère)
 6. Mes grands-parents
 7. Un membre de la famille élargie (oncle, cousine etc.)
 8. Une famille d'accueil
 9. Un centre d'accueil
 10. Autre. (précise): _____

8. Tu vois ta mère :

1. tous les jours
2. une fois par semaine
3. une fois par deux semaines
4. une fois par mois
5. une fois par année
6. jamais
7. autre (précise): _____

9. Tu vois ton père :

1. tous les jours
2. une fois par semaine
3. une fois par deux semaines
4. une fois par mois
5. une fois par année
6. jamais
7. autre (précise)

10. Concernant ta mère, actuellement elle

1. travaille
2. est à la retraite
3. reçoit du bien être social ou du chômage
4. sans revenu (ex : à la maison)
5. décédée
6. je ne sais pas
7. étudiante
8. congé maladie

12. Approximativement jusqu'où ta mère s'est rendue dans ses études ?

1. primaire
2. secondaire ou collège-lycée
3. C.E.G.E.P ou baccalauréat français
4. Université
5. je ne sais pas

11. Concernant ton père, actuellement il

1. travaille
2. est à la retraite
3. reçoit du bien être social ou chômage
4. sans revenu (ex : à la maison)
5. décédé
6. je ne sais pas
7. étudiante
8. congé maladie

13. Approximativement jusqu'où ton père s'est rendu dans ses études ?

1. primaire
2. secondaire (ou collège-lycée)
3. C.E.G.E.P (ou baccalauréat français)
4. Université
5. je ne sais pas

14. Dans quel pays est tu né(e) ?

15. À quelle communauté culturelle appartiens-tu ?

(ex : québécoise, française, marocaine, haïtienne, indienne, autochtone...)

Instructions:

Les énoncés qui suivent illustrent certaines expériences que tu peux avoir vécues. Pour chacune de ces expériences, encerle le chiffre qui correspond à la fréquence à laquelle tu vis ces différentes situations. Encerle le "0" si tu ne vis jamais ce genre d'expériences, "1" si cela t'arrive parfois, "2" si cela t'arrive souvent et "3" si tu vis ces expériences presque toujours.

0
Jamais

1
Parfois

2
Souvent

3
Presque toujours

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Mauvais rêves ou cauchemars.	0	1	2	3
2. Avoir peur qu'un événement malheureux se produise.	0	1	2	3
3. Des idées ou des images angoissantes me viennent à l'esprit.	0	1	2	3
5. Prétendre que je suis quelqu'un d'autre.	0	1	2	3
6. Trop m'obstiner avec quelqu'un.	0	1	2	3
7. Me sentir seul-e.	0	1	2	3
9. Me sentir triste ou malheureux-se.	0	1	2	3
10. Me rappeler des événements que je n'ai pas aimés.	0	1	2	3
11. M'évader dans ma tête, essayer de ne pas penser.	0	1	2	3
12. Me rappeler des choses angoissantes.	0	1	2	3
13. Vouloir crier et casser quelque chose.	0	1	2	3
14. Pleurer.	0	1	2	3
15. Avoir peur tout d'un coup, sans savoir pourquoi.	0	1	2	3
16. Me fâcher sans pouvoir me calmer.	0	1	2	3
18. Avoir la tête qui tourne.	0	1	2	3
19. Vouloir crier après les gens.	0	1	2	3
20. Vouloir me faire mal.	0	1	2	3
21. Vouloir faire mal à quelqu'un d'autre.	0	1	2	3
24. Avoir peur des hommes.	0	1	2	3

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
25. Avoir peur des femmes.	0	1	2	3
26. Me laver parce que je me sens sale à l'intérieur.	0	1	2	3
27. Me sentir stupide ou méchant-e.	0	1	2	3
28. Avoir l'impression d'avoir fait quelque chose de mal.	0	1	2	3
29. Avoir l'impression que les choses ne sont pas réelles.	0	1	2	3
30. Oublier des choses, ne pas pouvoir m'en rappeler.	0	1	2	3
31. Avoir l'impression de ne pas être dans mon corps.	0	1	2	3
32. Me sentir nerveux-se ou agité-e à l'intérieur.	0	1	2	3
33. Avoir peur.	0	1	2	3
35. Toujours penser à un événement malheureux qui m'est arrivé.	0	1	2	3
36. Me bagarrer avec d'autres.	0	1	2	3
37. Me sentir méchant-e.	0	1	2	3
38. Prétendre que je suis ailleurs.	0	1	2	3
39. Avoir peur du noir.	0	1	2	3
41. M'inquiéter de quelque chose.	0	1	2	3
42. Avoir l'impression que personne ne m'aime.	0	1	2	3
43. Me rappeler des choses que je voudrais oublier.	0	1	2	3
45. Ma tête se vide.	0	1	2	3
46. Avoir l'impression de haïr les gens.	0	1	2	3
48. Essayer d'éprouver aucun sentiment.	0	1	2	3
49. Me sentir fou-folle.	0	1	2	3
50. Avoir peur que quelqu'un me tue.	0	1	2	3
51. Souhaiter que des événements malheureux ne se soient jamais produits.	0	1	2	3
52. Vouloir me tuer.	0	1	2	3
53. Rêvasser.	0	1	2	3

Reproduced by special permission of the Publisher, Psychological Assessment Resources, Inc. 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549 from the Trauma Symptom Checklist for Children by John Briere, Ph.D. Copyright 1989 by PAR, Inc. Further reproduction is prohibited without permission of Par, Inc.

Voici quelques phrases qui indiquent comment certaines personnes peuvent penser et se sentir à propos d'elles-mêmes. Lis chaque phrase attentivement.

- Encerle le mot "OUI" si tu penses que la phrase est vraie pour toi.
- Encerle le mot "NON" si tu penses que la phrase n'est pas vraie pour toi.

Réponds à chacune des questions même si pour certaines tu as de la difficulté à te décider.

- N'encerle pas "OUI" et "NON" pour la même phrase.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Il y a seulement toi qui peut nous dire ce que tu penses et ce que tu ressens à propos de toi-même. Souviens-toi, après avoir lu chaque phrase, demande-toi "Est-ce vrai pour moi?" Si oui, encerle "OUI". Si non, encerle "Non".

1.	J'ai de la difficulté à me décider	Oui	Non
2.	Je deviens nerveux(se) quand les choses ne vont pas bien pour moi	Oui	Non
3.	Les autres semblent avoir plus de facilité à faire les choses que moi	Oui	Non
4.	J'aime toutes les personnes que je connais	Oui	Non
5.	Souvent, j'ai de la difficulté à retrouver mon souffle	Oui	Non
6.	Je m'inquiète souvent	Oui	Non
7.	J'ai peur de beaucoup de choses	Oui	Non
8.	Je suis toujours gentil(le)	Oui	Non
9.	Je me mets en colère facilement	Oui	Non
10.	Je m'inquiète de ce que mes parents vont me dire	Oui	Non
11.	J'ai l'impression que les gens n'aiment pas ma façon de faire les choses	Oui	Non
12.	J'ai toujours de bonnes manières	Oui	Non
13.	Le soir, j'ai de la difficulté à m'endormir	Oui	Non
14.	Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi	Oui	Non

15.	Je me sens seul(e) même lorsqu'il y a des gens avec moi	Oui	Non
16.	Je suis toujours bon(ne)	Oui	Non
17.	J'ai souvent mal au ventre	Oui	Non
18.	Je suis facilement blessé(e), peiné(e)	Oui	Non
19.	Mes mains sont moites (comme toujours un petit peu mouillées, humides)	Oui	Non
20.	Je suis toujours gentil(le) avec tout le monde	Oui	Non
21.	Je suis très fatigué(e)	Oui	Non
22.	Je m'inquiète à propos de ce qui va arriver	Oui	Non
23.	D'autres jeunes sont plus heureux que moi	Oui	Non
24.	Je dis toujours la vérité	Oui	Non
25.	Je fais des cauchemars	Oui	Non
26.	Je suis facilement blessé(e), peiné(e) lorsque je suis mis(e) dans l'embarras	Oui	Non
27.	J'ai souvent l'impression que quelqu'un va me dire que je fais les choses de la mauvaise façon	Oui	Non
28.	Je ne me fâche jamais	Oui	Non
29.	Parfois, je me réveille en ayant peur	Oui	Non
30.	Je m'inquiète lorsque je me couche le soir	Oui	Non
31.	J'ai de la difficulté à me concentrer sur mon travail à l'école	Oui	Non
32.	Je ne dis jamais des choses que je ne devrais pas dire	Oui	Non
33.	Je gigote beaucoup sur ma chaise	Oui	Non
34.	Je suis nerveux(se)	Oui	Non
35.	Plusieurs personnes sont contre moi	Oui	Non
36.	Je ne mens jamais	Oui	Non
37.	Je suis souvent inquiet que quelque chose de mal m'arrive	Oui	Non

Parfois les jeunes ont certaines idées, vivent certains sentiments.

Dans ce questionnaire, les idées et les sentiments sont classés en groupes.

A l'intérieur de chaque groupe, choisis une phrase qui décrit le mieux les idées et les sentiments que tu as depuis les deux dernières semaines. Après avoir choisi une phrase dans le premier groupe, tu en choisis une dans le second et ainsi de suite jusqu'à la fin.

Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Choisis simplement la phrase qui décrit le mieux ce que tu ressens depuis quelque temps. Mets un "X" dans la case devant ta réponse.

Voici un exemple. Essaie-le. Mets un "X" devant la phrase qui te décrit le mieux.

- Exemple :
- Je lis des livres tout le temps
 - Je lis des livres de temps en temps
 - Je ne lis jamais de livre

Rappelle-toi de choisir les phrases qui décrivent tes idées et tes sentiments des deux dernières semaines.

- 1.
- Je suis triste de temps en temps
 - Je suis triste souvent
 - Je suis triste tout le temps

- 2.
- Y a jamais rien qui va bien aller pour moi
 - Je suis pas sûr(e) que ça va bien aller pour moi
 - Ça va bien aller pour moi.

- 3.
- D'habitude, je fais bien les choses
 - Il y a beaucoup de choses que je fais mal
 - Je fais tout mal

Rappelle-toi de choisir les phrases qui décrivent tes idées et tes sentiments des deux dernières semaines.

4.	<input type="checkbox"/>	Beaucoup de choses m'amuse
	<input type="checkbox"/>	Certaines choses m'amuse
	<input type="checkbox"/>	Rien ne m'amuse

5.	<input type="checkbox"/>	Je suis méchant(e) tout le temps
	<input type="checkbox"/>	Je suis méchant(e) souvent
	<input type="checkbox"/>	Je suis méchant(e) de temps en temps

6.	<input type="checkbox"/>	De temps en temps, je pense aux choses désagréables qui pourraient m'arriver
	<input type="checkbox"/>	J'ai peur qu'il m'arrive des choses désagréables
	<input type="checkbox"/>	Je suis sûr(e) qu'il va m'arriver des choses désagréables

7.	<input type="checkbox"/>	Je me déteste
	<input type="checkbox"/>	Je ne m'aime pas
	<input type="checkbox"/>	Je m'aime bien

8.	<input type="checkbox"/>	Tout ce qui est mauvais est de ma faute
	<input type="checkbox"/>	Beaucoup de choses mauvaises sont de ma faute
	<input type="checkbox"/>	D'habitude, ce qui est mauvais n'est pas de ma faute

9.	<input type="checkbox"/>	Je ne pense pas à me tuer
	<input type="checkbox"/>	Je pense à me tuer mais je ne le ferais pas
	<input type="checkbox"/>	Je veux me tuer

10.	<input type="checkbox"/>	Tous les jours, j'ai envie de pleurer
	<input type="checkbox"/>	Souvent, j'ai envie de pleurer
	<input type="checkbox"/>	De temps en temps, j'ai envie de pleurer

11.	<input type="checkbox"/>	Il y a des choses qui me dérangent tout le temps
	<input type="checkbox"/>	Il y a des choses qui me dérangent souvent
	<input type="checkbox"/>	Il y a des choses qui me dérangent de temps en temps

Rappelle-toi de choisir les phrases qui décrivent tes idées et tes sentiments des deux dernières semaines.

- | | | |
|-----|--------------------------|---|
| 12. | <input type="checkbox"/> | J'aime être avec les gens |
| | <input type="checkbox"/> | Souvent, je n'aime pas être avec les gens |
| | <input type="checkbox"/> | Je n'ai jamais envie d'être avec les gens |

- | | | |
|-----|--------------------------|-------------------------------------|
| 13. | <input type="checkbox"/> | Je suis incapable de me décider |
| | <input type="checkbox"/> | J'ai de la difficulté à me décider. |
| | <input type="checkbox"/> | C'est facile pour moi de me décider |

- | | | |
|-----|--------------------------|-----------------------------------|
| 14. | <input type="checkbox"/> | J'ai une belle apparence physique |
| | <input type="checkbox"/> | Mon apparence a quelques défauts |
| | <input type="checkbox"/> | Je suis laid(e) |

- | | | |
|-----|--------------------------|--|
| 15. | <input type="checkbox"/> | Je dois toujours me forcer pour faire mon travail scolaire |
| | <input type="checkbox"/> | Je dois souvent me forcer pour faire mon travail scolaire |
| | <input type="checkbox"/> | Je n'ai pas à me forcer pour faire mon travail scolaire |

- | | | |
|-----|--------------------------|---|
| 16. | <input type="checkbox"/> | Chaque nuit, j'ai de la difficulté à dormir |
| | <input type="checkbox"/> | Souvent, j'ai de la difficulté à dormir |
| | <input type="checkbox"/> | Je dors assez bien |

- | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------------------|
| 17. | <input type="checkbox"/> | Je suis fatigué(e) de temps en temps |
| | <input type="checkbox"/> | Je suis souvent fatigué(e) |
| | <input type="checkbox"/> | Je suis toujours fatigué(e) |

- | | | |
|-----|--------------------------|--|
| 18. | <input type="checkbox"/> | Je n'ai presque jamais envie de manger |
| | <input type="checkbox"/> | Je n'ai pas souvent envie de manger |
| | <input type="checkbox"/> | Je mange assez bien |

- | | | |
|-----|--------------------------|---|
| 19. | <input type="checkbox"/> | Je ne m'inquiète pas au sujet de mes bobos |
| | <input type="checkbox"/> | Je m'inquiète souvent au sujet de mes bobos |
| | <input type="checkbox"/> | Je m'inquiète tout le temps au sujet de mes bobos |

Rappelle-toi de choisir les phrases qui décrivent tes idées et tes sentiments des deux dernières semaines.

20. Je ne me sens pas seul(e)
 Je me sens souvent seul(e)
 Je me sens tout le temps seul

21. Je ne m'amuse jamais à l'école
 Je m'amuse à l'école seulement une fois de temps en temps
 Je m'amuse souvent à l'école

22. J'ai beaucoup d'amis
 J'ai quelques amis mais j'aimerais en avoir plus
 Je n'ai pas d'ami(e)

23. Mon travail scolaire est assez bon
 Mon travail scolaire n'est pas aussi bon qu'avant
 Je suis très faible dans des matières où j'étais bon(ne) avant

24. Je ne peux jamais être aussi bon(ne) que les autres enfants
 Je peux être aussi bon(ne) que les autres enfants, si je le veux
 Je suis aussi bon(ne) que les autres enfants

25. Personne ne m'aime vraiment
 Je ne suis pas sûr(e) que quelqu'un m'aime
 Je suis sûr(e) que quelqu'un m'aime

26. Je fais habituellement ce qu'on me dit de faire
 La plupart du temps, je ne fais pas ce qu'on me dit de faire
 Je ne fais jamais ce qu'on me dit de faire

27. Je m'entends bien avec les autres
 Je me dispute souvent avec les autres
 Je me dispute tout le temps avec les autres

INSTUMENTS POUR LES ADOLESCENTS
IST-E
ESTIME DE SOI

Instructions: Les énoncés qui suivent illustrent certaines expériences que tu peux avoir vécues. Pour chacune de ces expériences, encerle le chiffre qui correspond à la fréquence à laquelle tu vis ces différentes situations. Encerle le "0" si tu ne vis jamais ce genre d'expériences, "1" si cela t'arrive parfois, "2" si cela t'arrive souvent et "3" si tu vis ces expériences presque toujours.

0 **1** **2** **3**
Jamais **Parfois** **Souvent** **Presque toujours**

Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
--------	---------	---------	------------------

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Mauvais rêves ou cauchemars. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Avoir peur qu'un événement malheureux se produise. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Des idées ou des images angoissantes me viennent à l'esprit. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Vouloir dire des mots vulgaires. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Prétendre que je suis quelqu'un d'autre. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Trop m'obstiner avec quelqu'un. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Me sentir seul-e. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Trop toucher mes parties intimes. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Me sentir triste ou malheureux-se. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Me rappeler des événements que je n'ai pas aimés. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. M'évader dans ma tête, essayer de ne pas penser. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Me rappeler des choses angoissantes. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Vouloir crier et casser quelque chose. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Pleurer. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Avoir peur tout d'un coup, sans savoir pourquoi. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Me fâcher sans pouvoir me calmer. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
--------	---------	---------	------------------

17. Penser à faire l'amour.	0	1	2	3
18. Avoir la tête qui tourne.	0	1	2	3
19. Vouloir crier après les gens.	0	1	2	3
20. Vouloir me faire mal.	0	1	2	3
21. Vouloir faire mal à quelqu'un d'autre.	0	1	2	3
22. Penser à toucher les parties intimes de quelqu'un d'autre.	0	1	2	3
23. Penser au sexe quand je ne le veux pas.	0	1	2	3
24. Avoir peur des hommes.	0	1	2	3
25. Avoir peur des femmes.	0	1	2	3
26. Me laver parce que je me sens sale à l'intérieur.	0	1	2	3
27. Me sentir stupide ou méchant-e.	0	1	2	3
28. Avoir l'impression d'avoir fait quelque chose de mal.	0	1	2	3
29. Avoir l'impression que les choses ne sont pas réelles.	0	1	2	3
30. Oublier des choses, ne pas pouvoir m'en rappeler.	0	1	2	3
31. Avoir l'impression de ne pas être dans mon corps.	0	1	2	3
32. Me sentir nerveux-se ou agité-e à l'intérieur.	0	1	2	3
33. Avoir peur.	0	1	2	3
34. Ne pas faire confiance aux gens de peur qu'ils désirent une relation sexuelle.	0	1	2	3
35. Toujours penser à un événement malheureux qui m'est arrivé.	0	1	2	3
36. Me bagarrer avec d'autres.	0	1	2	3
37. Me sentir méchant-e.	0	1	2	3
38. Prétendre que je suis ailleurs.	0	1	2	3
39. Avoir peur du noir.	0	1	2	3

Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
--------	---------	---------	------------------

40. Devenir effrayé-e ou choqué-e en pensant au sexe.	0	1	2	3
41. M'inquiéter de quelque chose.	0	1	2	3
42. Avoir l'impression que personne ne m'aime.	0	1	2	3
43. Me rappeler des choses que je voudrais oublier.	0	1	2	3
44. Ressentir des sensations sexuelles dans mon corps.	0	1	2	3
45. Ma tête se vide.	0	1	2	3
46. Avoir l'impression de haïr les gens.	0	1	2	3
47. Ne pas pouvoir m'empêcher de penser au sexe.	0	1	2	3
48. Essayer d'éprouver aucun sentiment.	0	1	2	3
49. Me sentir fou-folle.	0	1	2	3
50. Avoir peur que quelqu'un me tue.	0	1	2	3
51. Souhaiter que des événements malheureux ne se soient jamais produits.	0	1	2	3
52. Vouloir me tuer.	0	1	2	3
53. Rêvasser.	0	1	2	3
54. Être choqué-e quand les gens parlent de sexe	0	1	2	3

Reproduced by special permission of the Publisher, Psychological Assessment Resources, Inc. 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549 from the Trauma Symptom Checklist for Children by John Briere, Ph.D. Copyright 1989 by PAR, Inc. Further reproduction is prohibited without permission of Par, Inc.

Indique jusqu'à quel point tu es d'accord avec chacun des énoncés suivants, en encerclant le chiffre qui décrit le mieux ton opinion:

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Je considère que j'ai au moins autant de valeur que les autres personnes.	1	2	3	4
2. Je crois posséder un certain nombre de qualités.	1	2	3	4
3. Tout compte fait, j'ai tendance à penser que j'ai tout raté.	1	2	3	4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que les autres.	1	2	3	4
5. Je crois qu'il n'y a pas grand chose dont je puisse être fier(ère).	1	2	3	4
6. J'ai une attitude positive envers moi-même.	1	2	3	4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.	1	2	3	4
8. Je souhaiterais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	4
9. Il m'arrive parfois de me sentir inutile.	1	2	3	4
10. Je pense parfois que je suis bon(ne) à rien.	1	2	3	4

APPENDICE B

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

Pour l'échantillon de normalisation et l'échantillon des agressés École

Formulaire de consentement pour les parents.

(enfants de 8 à 11 ans)

Madame, Monsieur,

Nous sollicitons la participation de votre enfant à une recherche. Cette étude, réalisée par une étudiante de maîtrise en psychologie, s'inscrit dans un programme subventionné par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS). Le projet que nous vous soumettons et pour lequel nous souhaiterions obtenir la participation de votre enfant, vise à valider la traduction francophone d'un questionnaire développé aux États-Unis qui mesure les états affectifs de l'enfant, ses comportements et sentiments face à la vie. Nous cherchons à rencontrer des enfants qui sont «bien dans leur peau», afin d'établir des normes d'utilisation de ce questionnaire. Ainsi, nous serons en mesure de comparer les réponses de ces enfants à celles d'enfants qui vivent certains problèmes. À l'aide de ces normes d'utilisation, cet instrument deviendra, dans le futur, un outil indispensable pour les intervenant(e)s tant au plan de l'évaluation que de l'orientation du traitement.

Si vous acceptez que votre enfant participe à notre projet, et que lui-même y consent, il/elle répondra à des questionnaires portant sur ses comportements face à différents événements de la vie. Ces questions ne sont pas sensées provoquer de réactions désagréables chez votre enfant. Toutefois, s'il le désire il/elle pourra quitter la recherche à n'importe quel moment.

La rencontre avec les enfants aura lieu individuellement avec une étudiante en psychologie, pendant la classe, et durera environ 30 minutes.

Bien entendu, les réponses données par votre enfant sont strictement confidentielles, et ne seront utilisées que pour notre projet de recherche. Le nom de votre enfant ne sera inscrit que sur ce formulaire, aucun nom n'apparaîtra sur les questionnaires.

Si vous acceptez que votre enfant participe à cette étude, veuillez signer votre nom et celui de votre enfant et retourner ce formulaire à son enseignant par l'intermédiaire de votre enfant avant le lundi 25 septembre.

Nous vous remercions de votre collaboration.

N.B. : condition d'âge : avoir minimum 8 ans et maximum 11 ans dans l'année 2000.

Émilie Jouvin
Étudiante à la maîtrise

Mireille Cyr, Ph.D,
Professeure titulaire

Ayant pris connaissance de la nature de cette recherche et de la collaboration qui est requise de la part de mon enfant, j'accepte qu'il participe à cette étude.

Date : _____ Signature du parent : _____

Nom de votre enfant (en lettres moulées): _____ Groupe classe: _____

Formulaire de consentement ou de refus pour les parents.

(adolescents de 13 à 17 ans)

Madame, Monsieur,

Nous sollicitons la participation de votre enfant à une recherche. Cette étude, réalisée par une étudiante de maîtrise en psychologie, s'inscrit dans un programme subventionné par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS). Le projet que nous vous soumettons et pour lequel nous souhaiterions obtenir la participation de votre enfant, vise à valider la traduction francophone d'un questionnaire développé aux États-Unis qui mesure les états affectifs de l'enfant, ses comportements et sentiments face à la vie. Nous cherchons à rencontrer des enfants et adolescents qui sont «bien dans leur peau», afin d'établir des normes d'utilisation de ce questionnaire. Ainsi, nous serons en mesure de comparer les réponses de ces enfants à celles d'enfants qui vivent certains problèmes. À l'aide de ces normes d'utilisation, cet instrument deviendra, dans le futur, un outil indispensable pour les intervenant(e)s tant au plan de l'évaluation que de l'orientation du traitement.

Si votre enfant désire participer à notre projet, il/elle répondra à des questionnaires à choix multiples portant sur ses comportements face à différents événements de la vie (voir exemples au verso). Ces questions ne sont pas censées provoquer de réactions désagréables chez votre enfant. Toutefois, s'il le désire il/elle pourra quitter la recherche à n'importe quel moment.

Deux rencontres avec les jeunes auront lieu en classe avec une étudiante en psychologie, à un moment choisi par la direction. Ces rencontres dureront environ 30 minutes chacune et s'effectueront à deux semaines d'intervalle.

Bien entendu, les réponses données par votre enfant sont strictement confidentielles, et ne seront utilisées que pour notre projet de recherche. Le nom de votre enfant ne sera inscrit que sur ce formulaire et le formulaire de consentement de votre enfant, aucun nom n'apparaîtra sur les questionnaires.

Que vous ne désiriez pas que votre enfant participe ou que vous acceptiez, veuillez signer votre nom et celui de votre enfant au bas de la page et retournez ce formulaire à son professeur par l'intermédiaire de votre enfant avant le vendredi 2 février.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Émilie Jouvin
Étudiante à la maîtrise
(514) 343-2444

Mireille Cyr, Ph.D,
Professeure titulaire

Ayant pris connaissance de la nature de cette recherche et de la collaboration qui est requise de la part de mon enfant :

j'accepte qu'il participe à cette étude

je refuse qu'il participe à cette étude

Date : _____ Signature du parent : _____

Nom de votre enfant (en lettres moulées): _____ Groupe classe: _____

Formulaire de consentement pour les adolescents

Nous sollicitons ta collaboration à un projet de recherche portant sur les caractéristiques des adolescents. Cette étude vise plus particulièrement à mieux comprendre la santé psychologique des jeunes, ainsi que les événements qu'ils vivent.

Si tu acceptes de participer à cette étude, nous te demanderons de répondre à des questions à choix multiples. Cette activité, qui se déroulera en classe, prendra environ 45 minutes de ton temps.

Tes réponses demeureront confidentielles. Afin d'assurer la confidentialité, ton nom n'apparaîtra que sur ce formulaire de consentement.

La participation à cette étude n'est pas susceptible d'entraîner des réactions désagréables pour les jeunes. Toutefois, certaines questions pourraient te surprendre. Si tu le désires, tu pourras arrêter de compléter le questionnaire à n'importe quel moment.

Si tu acceptes de participer à cette étude, signes ton nom au bas de la feuille.
Nous te remercions de ta collaboration.

Émilie Jouvin
Étudiante à la maîtrise

Mireille Cyr, Ph.D,
Professeure titulaire

Ayant pris connaissance de la nature de cette recherche et de la collaboration qui est requise de ma part, j'accepte de participer à cette étude.

Date

signature de l'adolescent(e)

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT
Pour l'échantillon des agressés CJ

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Madame,

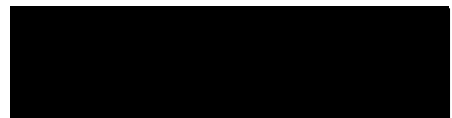
Nous sollicitons votre collaboration à une étude portant sur ce que vivent les victimes et leur famille lors du dévoilement d'un abus sexuel. Une meilleure compréhension de ces réactions nous aiderait éventuellement à mieux cerner les besoins d'intervention auprès des victimes et de leur famille. Nous sollicitons donc votre participation ainsi que celle de votre enfant (s'il est âgé entre 6 et 17 ans).

Ainsi, si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous demandons l'autorisation d'enregistrer sur cassette audio, une entrevue d'une durée d'environ vingt minutes auprès de vous et une entrevue de même durée auprès de votre enfant. Les questions qui vous seront posées auront trait à la façon dont le dévoilement du présumé abus s'est déroulé, à vos réactions et à celles de votre famille suite à celui-ci ainsi qu'aux ressources dont vous avez besoin pour faire face à cette situation.

Après l'entrevue, la cassette sera acheminé au chercheur principal qui sera la seule autre personne, en plus de l'intervieweur, à avoir accès à cet enregistrement. Dès que le travail d'analyse sera effectué, l'enregistrement sera effacé. Afin d'assurer votre anonymat, votre nom n'apparaîtra que sur ce formulaire de consentement; seul le numéro inscrit au bas de la feuille sera indiqué sur la cassette. Vous ou votre enfant pourrez arrêter l'enregistrement à n'importe quel moment, si vous le désirez.

Si vous acceptez de participer à cette étude, pour vous et votre enfant, veuillez signer votre nom au bas de la présente feuille.

Nous vous remercions de votre collaboration.



*Chantal Thériault
étudiante au doctorat
Université de Montréal*

Ayant pris connaissance de la nature de cette étude et de la collaboration qui est requise de ma part et de celle de mon enfant, j'accepte que nous participions à cette étude.

Date

Signature du parent

Signature de l'enfant ou de l'adolescent(e)

No. de sujet: _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
(pour les adolescentes de plus de 14 ans)

Nous sollicitons ta collaboration à un projet de recherche concernant l'impact de l'abus sexuel chez les adolescentes et leur mère. Une meilleure compréhension de cet impact nous aiderait à mieux cerner les besoins d'intervention des mères et des filles. Nous sollicitons donc ta participation.

Si tu acceptes de participer à cette étude, nous te demanderons de répondre à deux occasions, soit maintenant et dans neuf mois, à des questionnaires et des questions d'entrevue avec une assistante de notre équipe de recherche qui te posera toutes les questions. Ces questions ont trait à tes perceptions de ton état émotionnel, des ressources disponibles dans ton entourage, de ta relation avec ta mère et de tes relations amoureuses. L'entrevue durera environ deux heures. Une collation te sera offerte.

Tes réponses demeureront strictement confidentielles et ne seront utilisées qu'aux fins de cette étude. Afin d'assurer la confidentialité, ton nom n'apparaîtra que sur ce formulaire de consentement; seul le numéro inscrit au bas de la feuille sera indiqué sur les autres formulaires que tu devras remplir. La seule situation où ces informations ne seraient pas sous le sceau de la confidentialité serait dans le cas de procédures judiciaires : un juge pourrait demander de déposer ces informations en cour afin de les consulter. Toutefois, une telle situation n'arrive que très rarement. Tu pourras te retirer de ce projet d'étude à n'importe quel moment, si tu le désires.

Si tu acceptes de participer à cette étude, signe ton nom au bas de la feuille.

Nous te remercions de ta collaboration.

Mireille Cyr, Ph.D.
Chercheure responsable du projet
Membre du Partenariat de Recherche et
d'Intervention en Matière d'Abus Sexuel
à l'endroit des Enfants (PRIMASE)

Ayant pris connaissance de la nature de cette recherche et de la collaboration qui est requise de ma part, j'accepte de participer à cette étude.

Date

Signature de l'adolescente

No. de sujet: _____

Approuvé
Le Comité d'éthique
Date: 7/10/97
Signé: [Signature]