

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	iv
Table des matières	v
Liste des tableaux	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Contexte théorique	1
L'envergure des agressions sexuelles	1
Définition des agressions sexuelles	4
Conséquences des agressions sexuelles.....	6
Le rôle des parents	10
Revue de la littérature	12
Modèle théorique employé	15
Objectifs et hypothèses	17
Méthodologie	19
Participants et procédures	19
Mesures	21
Résultats	23
Analyse de données effectuées	23
Conclusions générales	26
Discussion	26
Forces et limites	32
Contributions scientifiques	33
Avenues futures	34
Références	36
Annexe	45
Formulaire de consentement 2 à 7 ans	46
Formulaire de consentement 8 à 12 ans.....	50

Formulaire de consentement de l'autorité parentale.....	54
---	----

Liste des tableaux

Tableau 1

Statistique descriptive de l'échantillon.....	42
---	----

Remerciements

C'est en s'alliant et en associant nos forces que l'on peut vaincre (auteur inconnu). La réalisation d'un mémoire comme tout autre accomplissement dans la vie ne peut se faire seul. Je tiens donc à prendre quelques instants pour exprimer ma gratitude envers vous.

Tout d'abord, je tiens à remercier chacun des enfants qui ont participé à cette étude ainsi que leur famille. Vous avez choisi d'aller au-delà de la souffrance que l'agression peut causer, de briser le mur du silence pour raconter votre histoire. Vous avez donné une voix à ceux et celles qui, comme vous, ont vécu cette histoire. Merci pour votre courage, votre force et votre détermination. Sachez que votre implication est non seulement un pas en avant pour votre guérison, mais également pour l'avancement d'un monde sans violence.

Merci également à ma directrice de recherche, Mme Karin Ensink. Je vous suis reconnaissante de m'avoir laissé une place au sein de votre laboratoire. Merci pour votre patience, vos conseils et votre aide. Vous êtes une chercheure déterminée et engagée, qui donne un souffle aux enfants souffrants.

Un merci tout spécial à mes parents, Luc et Cécile, mon frère Martin, ma sœur Lyne, ma tante Édith, ma tante Loulou et mon oncle Jean-Louis. Que ce soit pour jaser, pour des conseils, m'encourager ou même emprunter votre logis, vous êtes toujours là pour moi. Merci de croire en moi et de me suivre dans tous mes projets.

Merci à toute ma famille, mes oncles et mes tantes ainsi que Gilles et Brigitte, mes cousins (es), ainsi que Jessica et Marie-Joëlle. Merci de toujours voir le meilleur de celle que je suis, de m'épauler et d'être présent pour moi à chaque instant.

Merci à Nihal pour ton support, ta générosité, tes encouragements et tes précieux conseils. Ce fut un privilège de t'avoir sur mon chemin.

Merci à Dieu. Que ce soit de Boucherville à Vancouver, en passant par Québec, Il a toujours mis sur mon chemin des gens qui m'ont fait grandir et je suis choyée d'être aussi bien entouré. Et finalement, merci à chacun d'entre vous, qui, de près ou de loin, avez croisé ma route, sans le savoir, vous avez tous contribué à ce mémoire.

Introduction

Les agressions sexuelles traversent les époques, et ce, depuis plusieurs décennies. Bien qu'il y ait une vague de dénonciation depuis les 2-3 dernières années, il reste que c'est une problématique qui semble transcender les générations sans pour autant être une préoccupation majeure pour les sociétés. En effet, la violence sexuelle est bien présente, elle existe sous différente forme, il n'y a pas d'âge requis ni de consentement requis, il n'y a pas d'exception en ce qui a trait à la victime ou à l'agresseur, il n'y a que des conséquences dévastatrices. En effet, les gestes posés par l'agresseur ont des répercussions sur la victime comme sur leur entourage et la société. Pourtant, sachant cela, les agressions sexuelles sont trop souvent gardées à l'abri sans arriver à comprendre à quel point ces gestes laissent des traces. Le présent mémoire a donc comme objectif d'étudier la dépression comme conséquences des agressions sexuelles chez une population infantile.

Contexte théorique

L'envergure des agressions sexuelles

La violence sexuelle est une problématique majeure dans les sociétés, et ce depuis toujours. Les agressions sexuelles sont présentes non seulement au Canada et au Québec, mais également dans tous les pays. Les abus sexuels touchent toutes les nationalités, les religions, les hommes et les femmes, les adultes comme les enfants. Effectivement, cela constitue un phénomène social global qui atteint des enfants de partout dans le monde (Collin-Vézina, Daigneault, & Hébert, 2013). Sur la sphère internationale, une méta-analyse récente effectuée avec 217 études publiées, déclare que 11,8 % des enfants auraient subi des agressions sexuelles (Stoltenborgh et al., 2011). Cette même étude mentionne qu'en termes de genre, 18,0% des filles ont subi un abus sexuel et pour les garçons, la prévalence s'élève à 7,6 %. De plus, une autre étude déclare que les agressions sexuelles touchent plus d'une fille sur cinq et un garçon sur 10 sur la sphère internationale (Collin-Vézina, Daigneault, & Hébert, 2013). Au Canada en 2015, au total, 21 362 cas d'agressions sexuelles ont été déclarés, ce qui signifie 58,59 cas pour 100 000 habitants (Statistique Canada, 2014). Pour ce qui est du Québec, le gouvernement déclare que pour 2014, 3 585

agressions ont été commises dont 84% étaient des femmes et des filles (« Agression sexuelle », gouvernement du Québec, 2014). Au total, 66% des victimes étaient âgés de moins de 18 ans, 80% étaient des filles et 20% des garçons (« Agression sexuelle », gouvernement du Québec, 2014). Par contre, la prudence est de mise pour ces statistiques, surtout chez les enfants. À ce sujet, les auteurs affirment que « lorsque le témoignage de l'enfant est jugé peu fiable ou lorsque la preuve est perçue comme étant contestable, les cas peuvent être considérés comme non fondés et ne seront donc pas pris en compte dans les données officielles » (Collin-Vézina, Daigneault, Hébert, 2013). Pour toutes ces raisons, s'appuyer sur les rapports officiels afin de déterminer l'ampleur des agressions sexuelles est une méthode qui comporte une erreur constante de sous-estimation (Collin-Vézina et al., 2013). En d'autres termes, les enfants qui sont identifiés sont seulement ceux qui ont été en mesure de dénoncer, ont été soupçonnés, signalés et suivis par les autorités compétentes, et les cas qui ont présenté suffisamment de preuves pour corroborer à une agression sexuelle (Collin-Vézina et al., 2013).

Les conséquences des violences sexuelles subies pendant l'enfance ont été maintes fois recensées dans les écrits scientifiques sans toutefois établir un portrait clair de la situation. Certains auteurs mentionnent entre autres, la dissociation, qui est aussi identifiée comme un facteur de risque de la psychopathologie infantile (Ensink, Begin, Normandin, Godbout, & Fonagy, 2016), les problèmes de confiance et d'intimité ainsi que le stress post-traumatique (Collin-Vézina et al., 2013). Vient s'ajouter à cela, l'abus de substance, des comportements d'automutilation, des tentatives ou commettre un suicide (Bezo et al., 2007; Shin et al., 2010). De plus, plusieurs auteurs ont étudié les problèmes intériorisés et extériorisés chez les enfants. Les résultats démontrent que les agressions sexuelles sont associées à ces problèmes (Hébert, Langevin & Bernier, 2013; Hébert, Parent Daigneault, & Tourigny, 2006) et qu'approximativement un tiers des enfants abusés développent un niveau significatif de difficultés intériorisées (Mathews, Abraham, & Jewkes, 2013) et extériorisées (Tremblay, Hébert, & Piché, 1999), incluant la dépression. (Pollio et al., 2011; Sadowski et al., 2003). Par contre, la plupart des études s'intéressent principalement à cette pathologie chez les victimes une fois qu'elles sont rendues adultes. L'objectif de ce mémoire de maîtrise est donc de mettre en lumière le niveau de dépression dans une population infantile ayant subi des violences sexuelles et de le comparer à un groupe

d'échantillon d'enfant du même âge n'ayant pas vécu d'abus. Si les résultats s'avèrent significatifs, il est souhaité que les professionnels travaillant avec les enfants puissent intervenir plus rapidement afin de contrer les conséquences de la dépression suite à un abus sexuel.

Rapport-Gratuit.com

Définition des agressions sexuelles

Les agressions sexuelles, spécialement chez les enfants, sont complexes à définir parce qu'elles se retrouvent sous différentes formes. Certaines, comme le viol, sont plus faciles à évaluer, mais d'autres formes, par exemple, être forcé à regarder des images pornographiques, sont plus subtiles et donc difficiles à déterminer. Au Québec et dans plusieurs études, les infractions sexuelles incluent les agressions sexuelles simples, armées et graves, ainsi que les autres infractions d'ordre sexuel comme les contacts sexuels, l'exploitation sexuelle, l'inceste, la corruption d'enfants et le leurre d'un enfant au moyen d'ordinateur (Agression sexuelle, Gouvernement du Québec, 2014; Putnam, 2003). Dans la littérature, différentes définitions sont données, par contre, tous les auteurs s'entendent pour dire qu'une agression sexuelle est criminelle. De nos jours, les recherches progressent vers une meilleure compréhension de l'agression sexuelle chez les enfants, qui comprend toute activité sexuelle perpétrée contre un mineur par la menace, la force, l'intimidation ou la manipulation (Collin-Vézina et al., 2013).

La définition retenue dans le contexte de cette recherche est celle du site internet (« Non aux agressions sexuelles » du Gouvernement du Québec, 2016). La définition est la suivante :

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

Cela dit, les problèmes de définition n'ont pas encore tous été résolus. Tout d'abord, dépendamment du pays dans lequel l'agression a lieu, il existe beaucoup d'hétérogénéité concernant l'âge pour le consentement sexuel et l'âge pour la maturité sexuelle, ce qui a

une influence sur la mesure dans laquelle les infractions sexuelles statutaires sont considérées comme un crime sexuel envers un enfant (Collin-Vezina et al., 2013). L'âge du consentement varie considérablement d'un pays à l'autre et cela accroît donc la complexité d'uniformiser mondialement la définition et la juridiction des abus sexuels. À ce propos (Collin-Vezina et al., 2013) mentionne que « dans pratiquement toutes les juridictions européennes, les relations sexuelles sont légales à partir de 16 ans, mais dans certains pays, par exemple, pour la Tonga et l'Espagne, le consentement sexuel est à 12 ou 13 ans tandis qu'aux États-Unis et en Australie, l'âge de consentement est fixé à 17 ou 18 ans (p. 2) ». En d'autres termes, selon l'âge légal du consentement sexuel du pays où l'évènement se produit, une relation sexuelle sera perçue soit comme une relation criminalisée et définie comme un abus sexuel soit comme étant une relation sexuelle consensuelle, et ce, même si cela se produit entre un adulte de 50 ans et un adolescent de 14 ans, pourvu qu'il n'y ait pas d'utilisation de la force ou de la contrainte (Collin-Vezina et al., 2013). Au Canada, un projet de loi a récemment été adopté pour changer l'âge du consentement de 14 à 16 ans, une première dans l'histoire du Canada, ce qui met l'accent sur l'impact que les décisions gouvernementales peuvent avoir sur les problèmes de définition de l'agression sexuelle chez les enfants dans les sociétés au fil du temps (Wong, 2016).

Conséquences des agressions sexuelles

Les agressions sexuelles affectent plusieurs personnes et les conséquences associées à ces événements peuvent être néfastes et dévastatrices pour les victimes. À la suite d'une agression sexuelle, les victimes peuvent ressentir des troubles de santé physique spécifiques associés à cet abus, tel que des douleurs abdominales, des troubles gastro-intestinaux, des douleurs pelviennes, des troubles gynécologiques, des maux de tête, de l'anxiété, de la panique et le syndrome de stress post-traumatique (Leserman, 2005). En ce qui concerne les conséquences à long terme pour la santé, cela peut comprendre la cardiopathie ischémique, le cancer, la maladie pulmonaire chronique, le syndrome du côlon irritable et la fibromyalgie (Odebrecht Vargas Nunes, Ehara Watanabe, Morimoto, Moriya, & Vissoci Reiche, 2010). Par contre, certains auteurs mentionnent que ce ne sont pas toutes les victimes de violences sexuelles qui vont développer des troubles physiques et psychologiques. En effet, certains auteurs démontrent que 21% à 49% des enfants ayant subi des violences sexuelles ne présentent pas de symptômes suite à la divulgation, ils peuvent toutefois survenir plus tard dans la vie de la victime (Hébert, 2011; Kendall-Tackett et al., 2013). Une autre recherche déclare également qu'environ un tiers des enfants et des adolescents agressés sexuellement ne présente aucun symptôme clinique après l'agression (Kendall-Tackett et al., 1993; Putnam, 2003). Au Québec, une étude a démontré des résultats similaires. Sur un échantillon d'adolescents ayant été agressé sexuellement, 31% à 62% semblent exempts de symptômes ou de problèmes psychologiques (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell & Daigneault, 2011; Daigneault, Tourigny & Cyr, 2004).

Malgré cela, plusieurs études déclarent que les agressions sexuelles sont associées à des effets néfastes sur la santé physique et psychologique et ce, à court et à long terme (Brière & Elliot, 2003; Collin-Vézina et al., 2013; Mathews et al., 2013). En effet, une analyse réalisée auprès de jeunes recevant des services psychiatriques a démontré que ceux ayant été exposés à l'agression sexuelle présentent davantage de symptômes intériorisés ou de stress post-traumatique (Naar-King, Silvern, Ryan, & Sebring, 2002), en plus d'un ensemble complexe de troubles psychologiques et comportementaux (Ford, Gagnon, Connor, & Pearson, 2011; Grilo, Sanislow, Fehon, Martino, & McGlashan, 1999). Par

ailleurs, plusieurs études viennent confirmer cela en rapportant qu'il y a environ un tiers des enfants abusés qui ont des comportements intériorisés (Mathews et al., 2013). De plus, la perturbation psychologique et comportementale à long terme de la violence sexuelle faite aux enfants incluent entre autres, l'abus d'alcool et de drogues, la délinquance, la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil, l'hyperactivité, les troubles psychosomatiques, les comportements suicidaires et les dommages corporels (Krug et al., 2002).

Toutefois, les répercussions peuvent varier selon l'âge et le genre de la victime et de l'abuseur, le lien entre la victime et l'agresseur ainsi que la fréquence et la durée des agressions (Putnam, 2003). En ce qui concerne les agressions sexuelles intrafamiliales (perpétrées par un membre de la famille : père, mère, beau-père, oncle, tante, etc.) et les agressions sexuelles extrafamiliales (perpétrées par une personne n'ayant aucun lien familial avec la victime : voisin, professeur, inconnu, etc.), très peu d'étude s'intéresse à cette différence. Pourtant, une recherche a trouvé des profils distincts dans leur échantillon pour les filles victimes de violence sexuelle faite par un des membres de la famille (Trickett, Noll, & Putnam, 2011). En effet, ces victimes démontrent des taux de dissociation significativement plus élevés. De façon plus spécifique, les victimes d'inceste père-fille présentent des niveaux de perturbations plus élevés dans tous les domaines, y compris les comportements intériorisés, par exemple la dépression et les comportements extériorisés, par exemple, la délinquance. Également, une étude longitudinale de 23 ans sur l'impact des abus sexuels intrafamiliaux sur le développement féminin a confirmé les conséquences délétères de l'agression sexuelle chez les enfants à travers les étapes de la vie, y compris les problèmes de santé mentale, mais aussi l'atténuation hypothalamique hypophysaire et surrénalienne chez les victimes comme réponses de stress (Trickett et al., 2011). Une autre étude corrobore ces écrits en mentionnant que le risque accru de problèmes de santé psychologique et de santé mentale peut être compris en partie par le fait que l'abus sexuel porte atteinte au développement d'un sens positif de soi et de confiance dans les autres (Hébert, Cénat, Blais, Lavoie, & Guerrier, 2016) et perturbe le développement de la régulation émotionnelle par un dérèglement de l'axe hypothalamique hypophysaire et surrénalienne (Kuhlman, Geiss, Vargas, & Lopez-Duran, 2015).

Malgré que plusieurs études ont été effectuées auprès d'enfants et d'adolescents, il reste que les résultats sur l'impact à court terme des agressions sexuelles sur les jeunes victimes ne sont pas encore bien documentés (Daigneault et al., 2017). Par contre, de plus en plus d'études indiquent que l'exposition à des événements traumatiques durant l'enfance est associée à des problèmes de santé physique accrus à l'âge adulte, comme recensé par la méta-analyse d'Irish (Irish, Kobayashi, & Delahanty, 2010). Les résultats de ces études dévoilent des liens assez robustes entre la maltraitance et l'agression sexuelle durant l'enfance et les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et les maladies du foie à l'âge adulte (Dube, Felitti, Dong, Giles, & Anda, 2003; Fagundes, Glaser, & Kiecolt-Glaser, 2013; Chen, & Parker, 2011), et ce, même lorsque des facteurs de risque tels que le tabagisme ou la sédentarité sont pris en considération. En plus des difficultés physiques, une variété de troubles psychiatriques chez l'adulte ont été cliniquement associés à un abus sexuel ayant été vécu durant l'enfance (Putnam, 2003). Ceux-ci incluent des psychopathologies que l'on retrouve dans le DSM, comme l'abus de substance, le trouble de la personnalité limite, le syndrome de stress post-traumatique, l'identité dissociative, la boulimie nerveuse et la dépression majeure (Putnam, 2003). Des recherches mentionnent aussi que les agressions sexuelles sont associées à des comportements intériorisés et extériorisés (Hébert, Parent, Daigneault, & Tourigny, 2006; Hébert, Langevin, & Bernier, 2013) et que les symptômes associés à l'anxiété et à la dépression demeurent les plus fréquents (Trask, Walsh, & DiLillo, 2011). Certains auteurs ont démontré que les femmes ayant vécu un abus sexuel ont des symptômes plus élevés de dépression et d'anxiété, qu'elles rapportent avoir un plus grand état de stress concernant les événements de la vie comparativement aux femmes n'ayant pas été victimes d'abus (Leeners, Richter-Appelt, Imthurn., & Rath, 2006).

Toutes ces études démontrent bien que les agressions sexuelles vécues dans l'enfance sont un facteur de risque pour une diversité de troubles psychologiques à court, à moyen et à long terme (Beitchman, Zucker, Hood, Dacosta, & Akman, 1991; Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta., Akman., & Cassavia, 1992; Briere & Elliott, 1994; Daigneault, Cyr, & Tourigny, 2003; Dinwiddie et al.2000; Polusny & Follette, 1995). Considérant cela, cette recherche a comme but principal d'étudier les conséquences à court terme des

agressions sexuelles dans une population infantile afin de mieux cerner les séquelles y étant associées et pouvoir éventuellement apporter des traitements adéquats.

Le rôle des parents

La littérature scientifique est grandissante en ce qui concerne l'importance du rôle que le parent a auprès de son enfant lorsque celui-ci a été victime de violence sexuelle. En effet, plusieurs recherches suggèrent que les parents pourraient jouer un rôle modérateur dans les symptômes pathologiques que l'enfant peut ressentir suite à l'abus. Une étude a démontré que parmi un éventail de variables susceptibles d'influencer les capacités de résilience des victimes d'agression sexuelle, les enfants qui reçoivent un soutien de leurs parents non offensants (Elliott et al., 2001) et ceux qui n'ont pas subi d'abus antérieur (Hébert, Parent, Daignault, & Tourigny, 2006) semblent mieux s'adapter malgré l'adversité à l'abus sexuel (Collin-Vézina et al., 2013). Un facteur qui est de plus en plus considéré est celui de la mentalisation. La mentalisation se définit par la capacité unique que l'humain a d'imaginer les intentions et les raisons qui sous-tendent ses propres comportements et sentiments, mais également ceux des autres (Fonagy., Target, & Gergely, 2000). Certaines études mentionnent que c'est un processus mental important dans le contexte d'un traumatisme (Fonagy et al., 2000). D'autres recherches complètent cela en déclarant que la mentalisation est considérée comme un facteur de résilience important pour les parents (Berthelot, Ensink, Bernazzani, Normandin, Luyten, & Fonagy, 2015) les adultes (Ensink, Bégin, Normandin, & Fonagy, 2014) les enfants (Ensink et al., 2016) et les adolescents (Taubner, & Curth, 2013). En effet, la capacité des parents à imaginer l'expérience subjective de leur enfant est considérée comme facilitant le développement de l'autorégulation et de la maîtrise de soi grâce à l'utilisation efficace des stratégies de changement d'attention pour réguler la détresse, ainsi que la représentation et la communication des effets (Fonagy, 2004).

Suite à cela, il y a des évidences émergentes comme quoi la mentalisation serait en lien avec la dépression. Effectivement, certains auteurs ont étudié la mentalisation chez les enfants agressés sexuellement, les chercheurs ont trouvé que les enfants du groupe abusés sexuellement, soit 74 enfants, ont un niveau significativement élevé de symptômes dépressifs qui était en partie expliqué par la mentalisation (Ensink et al., 2016). Une autre recherche démontre que, chez les adultes, le trouble dépressif majeur est associé à une

diminution de la mentalisation, tous deux généralement (Fischer-Kern et al., 2013) et spécifiquement en ce qui concerne les expériences de rejet et de perte (Staun, Kessler, Buchheim, Kächele et Taubner, 2010).

Une autre étude a trouvé que les enfants ayant vécu une situation d'abus sexuels avaient plus de difficultés de mentalisation, conséquemment à cela, leurs parents avaient également une plus grande difficulté à réfléchir à l'expérience émotionnelle subjective de leur enfant (Ensink et al., 2015). Dans une autre étude, les résultats ont démontré qu'une faible mentalisation par les parents, mesurée à l'aide de l'échelle de la construction de l'esprit mental des mères en interaction avec les nourrissons de Meins, augmentait le risque de troubles de la conduite et le trouble oppositionnel de l'enfant (Centifanti, Meins, & Fernyhough, 2015; Meins, Centifanti, Fernyhough, & Fishburn, 2013).

En outre, l'attitude mentale des parents et la capacité de considérer l'expérience subjective de l'enfant et de répondre aux besoins psychologiques et d'attachement de l'enfant en raison d'un traumatisme peuvent être supposée cruciale pour l'enfant afin de retrouver un sentiment de sécurité et de confiance et ainsi d'atténuer la réponse au stress biologique et de réduire l'impact négatif des abus (Ensink et al., 2016). Lorsque la mentalisation parentale échoue et que les parents ne sont pas en mesure de donner la priorité à l'expérience que l'enfant a vécue, cela peut contribuer davantage à la détresse de l'enfant et augmenter le risque de psychopathologie (Ensink et al., 2016). Pour toutes ces raisons, il est primordial d'examiner plus en profondeur la mentalisation des parents afin de pouvoir venir en aide aux enfants victimes d'abus sexuels. En effet, l'amélioration de la mentalisation parentale peut être particulièrement importante pour aider les parents à comprendre l'expérience subjective de leur enfant et à voir au-delà des difficultés extérieures de l'enfant (Ensink et al., 2016).

Revue de la littérature

De plus en plus d'étude démontre bien que les personnes exposées à des violences sexuelles peuvent développer toutes sortes de symptômes problématiques en lien avec l'évènement. De façon générale, la recension des écrits stipule des troubles de comportement, des troubles de santé physique et également psychologique comme entre autres, la dépression qui est de plus en plus présente. En lien avec ces symptômes, les revues scientifiques déclarent que la dépression est le trouble mental le plus fréquent ressenti par les gens (American Psychological Association [APA], 2017). Il se caractérise par un manque d'intérêt et de plaisir dans les activités quotidiennes, une perte ou un gain de poids significatif, de l'insomnie ou du sommeil excessif, un manque d'énergie, de la difficulté à se concentrer, un sentiment d'inutilité ou une culpabilité excessive et des pensées récurrentes de mort ou de suicide (APA, 2017). Selon la World Health Organization (2017), 350 millions de personnes souffrent de dépression à travers le monde, elle est une des principales causes d'invalidité dans le monde et contribue grandement au fardeau global de la maladie. La dépression est différente des fluctuations habituelles de l'humeur et des réponses émotionnelles de courte durée aux défis de la vie quotidienne. Lorsqu'elle est de longue durée et avec une intensité modérée ou sévère, la dépression peut devenir un problème de santé grave (World Health Organization, 2017). La personne touchée peut souffrir d'une incapacité à fonctionner au travail, à l'école et dans la famille. Au pire, la dépression peut mener au suicide (World Health Organization, 2017).

En effet, une étude rétrospective a démontré qu'au moins 50% des jeunes qui avaient eu un épisode dépressif majeur ont souffert d'épisodes récurrents à l'âge adulte (Kessler et al., 2001). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la dépression à l'adolescence serait susceptible d'entraîner des répercussions sur le développement et ainsi accroître la vulnérabilité lorsque des événements stressants se produisent dans les années subséquentes (Hébert et al., 2014). Ainsi, certains auteurs concluent que plusieurs événements de vie négatifs et des épisodes dépressifs fréquents risquent d'amener les adolescents à souffrir de troubles de santé mentale de plus en plus sévère (Kessler et al., 2001). Par contre, plusieurs auteurs soutiennent que pour avoir des effets à long terme et se

reproduire à l'âge adulte, l'épisode dépressif à un jeune âge doit être combiné avec des troubles anxieux et des difficultés interpersonnelles avec les pairs (Hammen, Brennan, Keenan-Miller & Herr, 2008). Considérant cela, il est important de pouvoir évaluer la dépression infantile suite à un abus survenu chez ces jeunes afin de contrer ou du moins d'essayer de minimiser les répercussions pour ne pas qu'elles persistent jusqu'à l'âge adulte.

La dépression est recensée dans la littérature comme étant une séquelle à long terme des agressions sexuelles chez les enfants (Fergusson et al., 2002). En effet, près de 50% des enfants ayant survécu aux agressions sexuelles ont présenté des symptômes significatifs de dépression au moins une fois dans leur vie (Jumper, 1995; Nelson et al., 2002; Neumann, Houskamp, Pollock, & Briere, 1996; Polusny, & Follette, 1995). La contrainte est que la plupart de ces études sont une rétrospective donnée par les adultes qui ont vécu un abus dans leur enfance afin de déterminer si la dépression qu'ils vivent à l'âge adulte est en lien avec l'agression vécue dans l'enfance. Il est donc difficile de déterminer si les symptômes rapportés par ces adultes sont directement liés à l'abus sexuel en enfance ou si, certaines variables médiatrices moduleraient cette relation (Barnes, Noll, Putnam, & Trickett, 2009).

Une étude menée au département de psychiatrie de l'Université du Queensland, à Brisbane, en Australie, a démontré que chez les garçons, après avoir contrôlé les niveaux actuels de dépression, de désespoir et de dysfonctionnement familial, l'abus sexuel autodéclaré est fortement et indépendamment associé à des pensées suicidaires, des plans, des menaces, des blessures délibérées et des tentatives de suicide. Chez les filles, la relation entre l'abus sexuel et le suicide est médiée complètement par la dépression, le désespoir et le dysfonctionnement de famille (Martin, G., et al., 2004). Plusieurs études ont démontré que les victimes d'agression sexuelle ont une prévalence plus marquée pour la dépression (Brent et al., 1999, Brown et al., 1999, Hébert et al., 2014, Molnar, Berkman & Buka, 2001, Silverman, Reinherz & Giaconia, 1996).

Une autre recherche a dévoilé que la prévalence à vie des troubles de dépression majeure pour les adolescents âgés de 15 à 18 ans est estimée à environ 14% avec en plus,

11% des adolescents qui rapportent une dépression mineure (Hammen & Rudolph, 2003). Une autre étude américaine vient confirmer ces résultats. Les auteurs ont récolté un échantillon de 10 123 adolescents âgés de 13 à 18 ans. Ces derniers ont participé à une entrevue structurée et les résultats ont démontré que chez cette population, la prévalence à vie des troubles de l'humeur est évaluée à 14% (Merinkagas et al., 2010).

D'autres études rapportent que plus d'un tiers des enfants victimes d'abus sexuels ont des symptômes cliniques significatifs de dépression (Mathews et al., 2013). Pour ce qui est du contexte intrafamilial et extrafamilial, les recherches ont mentionné que de façon générale, on retrouve plus de symptômes chez les enfants dont les agressions débutent plus tôt, durent plus longtemps, et dont la relation avec l'agresseur est plus significative (Kendell-Tackett et al., 1993).

De part et d'autre, les études révèlent que les enfants ayant vécu des violences sexuelles sont plus susceptibles de présenter des comportements d'intériorisation comme de l'anxiété, de la dépression, des plaintes somatiques, ainsi que des comportements d'extériorisation agressifs incluant des troubles déficitaires de l'attention, de l'hyperactivité et des symptômes de stress post-traumatique, comparé aux enfants n'ayant vécu aucune agression. Dans la présente étude, la dépression des enfants est pris en considération afin d'appuyer les théories déjà existantes et de confirmer que les enfants abusés sexuellement ont des symptômes significativement plus élevés que les enfants n'ayant pas été exposés à ces violences sexuelles. De plus, afin d'avoir un éclairage nouveau sur le sujet, la dépression des mères est également étudiée à savoir si les mères des enfants du groupe abus ont des symptômes significatifs de dépression plus élevée que les mères des enfants du groupe non abus. Si les résultats s'avèrent confirmés, cela pourrait venir expliquer partiellement la dépression de l'enfant. Ensuite, la dépression est évaluée dans le contexte des agressions intrafamiliales et extrafamiliales afin de déterminer s'il existe une différence significative entre les deux. Si ces hypothèses sont confirmées, cela pourra être utile pour de futures recherches. Effectivement, cela permettrait de diagnostiquer la dépression beaucoup plus tôt chez les victimes et ainsi, apporter des traitements plus adéquats pour ces enfants.

Modèle théorique employé

Au cours des deux dernières décennies, il y a eu une augmentation majeure des recherches faites sur les enfants et les familles exposées à des événements traumatiques de la vie (Mannarino, Cohen, & Deblinger, 2014). Des tragédies comme le 11 septembre, l'ouragan Katrina ainsi que les différentes tueries qui sont médiatisées ont attiré l'attention sur l'impact de ces événements, sur la façon d'identifier les enfants les plus touchés et sur les interventions à court et à long terme susceptibles d'aider les victimes (Mannarino et al., 2014). Pourtant, les événements de vie traumatisants font partie du quotidien de plusieurs familles et enfants et peuvent se retrouver entre autres, sous forme de violence physique, violence familiale, violence psychologique, intimidation, agression sexuelle, etc. Un modèle qui est de plus en plus utilisé dans la littérature scientifique pour venir en aide aux enfants victimes d'abus sexuels est le modèle diathèse-stress (diathesis stress model). Cette théorie cognitive est un cadre important pour étudier la dépression chez les adultes et les adolescents (Braet, Van Vlierberghe, Vandevivere, Theuwis, & Bosmans, 2013). Cette méthode a déclaré que les schémas dysfonctionnels sont des modérateurs (connus sous le nom de diathèse) dans l'association du stress actuel et de la psychopathologie (Braet et al., 2013). Le risque accru de problèmes psychologiques suite à une agression sexuelle peut être compris en partie par le fait que l'évènement porte atteinte au développement positif de l'enfant et que le lien de confiance envers les autres peut se briser (Hébert et al., 2016). D'autre part, plusieurs études stipulent que différents facteurs tels que le soutien parental précaire, le fait de blâmer l'enfant pour l'abus sexuel et la faible crédibilité que l'enfant a, sont des prédispositions à la dépression chez les enfants (Cohen & Mannarino, 1998). Ensuite, d'autres auteurs mentionnent que la réaction de la mère, sa disponibilité et le support qu'elle apporte à son enfant sont en lien avec le profil symptomatologique de l'enfant ayant vécu une agression sexuelle (Kendall-Tackett et al., 1993; Rossman, Bingham & Emde, 1997; Milot, Éthier, St-Laurent, & Provost, 2010). Le rôle parental est donc particulièrement important afin de moduler l'impact de l'agression sexuelle sur l'enfant (Ensink, Begin, Normandin, & Fonagy, 2017). En complément à cela, lorsque le parent a de la difficulté à gérer le dévoilement de son enfant ou de lui apporté un support émotionnel, cela impliquerait davantage de difficultés présentées par celui-ci, par exemple,

davantage de comportements intériorisés et extériorisés (Kendall-Tackett et al., 1993; Mannarino & Cohen, 2006; Rakow et al., 2011). Un autre déterminant à considérer selon certains auteurs est l'état émotionnel psychologique du parent, par exemple, s'il est dépressif, cela altérerait également la perception qu'il a sur son enfant et les symptômes qu'il vit (Cohen et al., 1999; Rakow et al., 2011).

Dans la présente étude, la dépression des mères est étudiée à savoir si les mères des enfants du groupe abus ont des symptômes significatifs de dépression plus élevée que les mères des enfants du groupe non abus. Si cette hypothèse est confirmée, cela pourrait avoir un lien avec la dépression et les problèmes d'intériorisation de l'enfant et ainsi augmenter les symptômes de détresse psychologique chez l'enfant. Effectivement, la dépression de la mère peut venir influencer la mentalisation qu'elle porte sur elle-même et également la capacité qu'elle a de comprendre les états mentaux qui sous-tendent les comportements de son enfant. Comme certaines études le démontrent, la mentalisation est sans doute le facteur le plus important lorsqu'un parent s'occupe de nourrissons et d'enfants, en particulier dans le contexte du traumatisme (Ensink et al., 2017). Étant donné que les nourrissons et les jeunes enfants sont incapables d'articuler leurs sentiments et leur détresse, ils dépendent de l'intérêt des parents pour leur expérience subjective ainsi que de leurs capacités parentales à rendre les comportements de l'enfant significatif en l'interprétant en ce qui concerne les états mentaux sous-jacents (Ensink et al., 2017). De plus, la même étude a démontré que, dans le contexte de l'abus sexuel des enfants, la mentalisation des parents, la capacité de remarquer et de répondre à la détresse de l'enfant et de voir au-delà des comportements subjectifs difficiles vécus suite à l'évènement et leur capacité à comprendre qu'ils doivent protéger l'enfant de leurs propres détresse et colère sont des facteurs facilitant la guérison et contribuant à la régulation de soi (Ensink et al., 2017).

Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de ce mémoire de maîtrise est d'évaluer la dépression chez les enfants qui ont subi une agression sexuelle. L'étude stipule, comme la littérature le démontre, que les enfants abusés sexuellement manifestent des symptômes significativement plus élevés d'intériorisation, plus spécifiquement, la dépression (Ensink et al., 2016). Cette étude comprend quatre objectifs principaux, soit : 1) évaluer le niveau de dépression et les comportements intériorisés entre les enfants abusés et les enfants non abusés incluant des données autorapportées par les enfants et des données rapportées par la mère; 2) vérifier si le niveau de dépression et les comportements intériorisés sont plus prononcés chez les enfants ayant subi des agressions intrafamiliales versus extrafamiliales; 3) évaluer la dépression chez les mères des enfants, à savoir si les mères des enfants abusés ont plus de symptômes dépressifs que les mères des enfants non abusés et 4) examiner la corrélation entre la dépression et les comportements intériorisés autorapportés par les enfants et ceux que la mère rapporte à propos de son enfant. Pour le premier objectif, l'inventaire de la dépression des enfants a été rempli par les enfants et les mères ont rempli le questionnaire nommé Child Behavior Checklist (Child Depression Inventory, Kovacs, 1985; CBCL, Achenbach et al., 1991) et, en concordance avec les études (Ensink et al., 2016; Kendall-Tackett et al., 1993; Maniglio, 2009; Putnam, 2003), cette recherche suppose que les comportements intériorisés, dont la dépression sont significativement plus élevés chez les enfants abusés comparés à ceux qui n'ont pas été abusés. Ensuite, pour le deuxième objectif, cette recherche tente d'ajouter à la littérature déjà existante et étudie la différence au niveau de la dépression pour les agressions intrafamiliales versus extrafamiliales croyant que les symptômes sont plus présents chez les victimes d'abus intrafamiliaux. Cette hypothèse corrobore les études des auteurs Seto et al., 2015, soit que les répercussions sont plus sévères et donc que les comportements intériorisés, dont la dépression sont significativement plus élevés pour les abus intrafamiliaux. Le troisième objectif a pour but d'évaluer la dépression chez les mères des enfants croyant que la dépression maternelle pourrait venir affecter la dépression de l'enfant. Effectivement, certaines études montrent que les mères éprouvant des symptômes de détresse psychologique, y compris la dépression et les troubles anxieux, rapportent plus de

comportements d'intériorisation et d'extériorisation chez leurs enfants que les enfants eux-mêmes (Najman et al., 2000; Van Der Toorn et al., 2010). Pour terminer, l'étude stipule qu'il existerait une corrélation pour les résultats des comportements intériorisés, dont la dépression autorapportée par les enfants et ceux que la mère rapporte à propos de son enfant.

Méthodologie

Participants et procédures

Les données présentées ici ont été recueillies dans le cadre d'une étude longitudinale des facteurs de risque et de protection qui influencent l'adaptation psychologique de l'enfant et le développement de la mentalisation dans le contexte de l'abus sexuel des enfants. Cette recherche a été menée de 1996 à 2008 à l'Unité de Recherche et d'Intervention auprès de l'Enfant et de l'Adolescent, à l'École de Psychologie de l'Université Laval. Les données examinées proviennent de la banque de données recueillies durant cette période. Les enfants victimes de violences sexuelles et leurs mères ont été référés à la clinique universitaire par des médecins ou des professionnels de la santé mentale, des services de santé communautaire et des hôpitaux qui soupçonnaient des abus sexuels. L'information concernant l'abus sexuel était basée sur les rapports de travail médical et social et les informations provenant des enquêtes de la police, y compris les déclarations d'admission par l'agresseur. Ensuite, pour le groupe contrôle (enfants non abusés), les participants ont été recrutés dans des centres communautaires et les services de santé via des dépliants d'information, demandant la participation à une étude sur l'impact des agressions sexuelles. Les parents du groupe contrôle ont été questionnés sur le passé développemental de leur enfant ainsi que sur des événements de vie traumatisants afin d'exclure les enfants ayant possiblement été abusés. Le groupe témoin a été choisi pour correspondre à des critères sociodémographiques, à l'âge (dans les six mois) et aux genres du groupe maltraité. Tous les enfants étaient âgés de 7 à 13 ans et environ 98% des participants étaient d'origine caucasienne, reflétant la démographie canadienne de la région où l'étude a été menée. Au total, 378 enfants ont été rencontrés. De ce nombre, pour la présente étude, 104 enfants ont été retenus puisqu'ils ont répondu au questionnaire CDI (Child Depression Inventory (Kovacs, 1985). Par contre, par la suite, 5 participants ont dû être retirés de l'étude parce qu'il était impossible de confirmer s'il y a eu un abus sexuel ou non. Donc, le nombre total de sujets retenus pour cette étude est de 99 enfants. Le premier groupe (abus) est composé de 40 enfants ayant subi une agression sexuelle, tous âgés de 7 à 13 ans (24 filles, 16 garçons, $M = 7,83$ ans, $ET = 1,52$).

Le groupe contrôle est composé de 59 enfants n'ayant pas subi d'agression sexuelle, âgés de 7 à 13 ans (32 filles, 27 garçons, $M = 8,00$ ans, $ET = 1,52$).

Le Tableau 1 présente les statistiques descriptives des deux groupes de l'échantillon ainsi que certaines caractéristiques comme le revenu familial et les années de scolarité de la mère.

Pour ce qui est des caractéristiques de l'abus sexuel, les participants ont été placés en deux catégories : intrafamiliale (perpétré par un membre de la famille) et extrafamiliale (perpétré par un étranger). Au total, il y a 19 agressions intrafamiliales ($M = 10,32$, $ET = 7,06$) et 21 agressions extrafamiliales ($M = 14,29$, $ET = 6,63$). Pour ce qui est des caractéristiques des mères, au total 76 mères ont répondu aux questionnaires, dont 31 mères pour le groupe des enfants abusés et 45 mères pour le groupe contrôle (non-abus). En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques, les résultats concernant les années de scolarité de la mère et le revenu familial démontrent que les enfants du groupe abus vivent dans un milieu moins aisé que les enfants du groupe contrôle. Néanmoins, il est de mise de prendre en considération que 40% des mères des enfants ayant vécu un abus sexuel sont célibataires comparés à 28,9% pour les mères des enfants du groupe contrôle et que les mères du groupe abus ont moins d'années de scolarité à leur actif que les mères du groupe contrôle (non-abus).

En échange de leur participation, les parents ont reçu une allocation pour couvrir les frais de transport et les enfants ont été invités à choisir un jouet ou un petit cadeau. Le consentement de tous les participants a été recueilli et le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval.

Mesures

Cette étude a été faite en incluant trois tests psychométriques soit : le Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach et al., 1991), le Child Depression Inventory (CDI, Kovacs, 1985) et le Beck Depression Inventory (BDI, Beck, 1961). Les deux premiers tests consistent à évaluer la dépression chez les enfants tandis que le BDI répond à l'hypothèse de la dépression chez les mères des enfants agressés sexuellement.

Le CBCL/4-18 ans (Achenbach et al., 1991), inclut 118 items utilisés pour évaluer un large éventail des difficultés d'intériorisation et d'extériorisation des enfants rapportés par les parents. Ce test a pour objectif d'obtenir un rapport sur les compétences et les problèmes de comportement des enfants dans un format standardisé. Dans la présente étude, l'échelle d'intériorisation rapportée par les parents a été utilisée pour les enfants âgés de 6 à 18 ans (Achenbach & Rescorla, 2001). Le CBCL est un instrument s'adressant aux parents qui est grandement utilisé et amplement validé. Le répondant doit évaluer la présence, lors des six derniers mois, d'un symptôme ou d'un comportement chez l'enfant, sur une échelle en trois points (0 = *absence*, 1 = *parfois* et 2 = *souvent*). Le CBCL/4-18 ans (Achenbach et al., 1991), comprend des sous-échelles des problèmes de la pensée et des comportements sexualisés, dans l'échelle d'extériorisation. Achenbach et al. (1991), rapporte une fidélité test/retest (avec un intervalle de huit jours entre les administrations) d'une corrélation moyenne de 0,89 aux différentes sous-échelles. La version originale du test ainsi que la traduction française démontrent une bonne validité et une bonne fidélité (Fombonne, 1991).

Ensuite, le questionnaire de l'inventaire de la dépression des enfants (Child Depression Inventory, Kovacs, 1985) a été utilisé. Il est basé sur l'inventaire de la dépression de Beck pour les adultes (Beck, Ward, Mendelson, Mock, et Erbaugh, 1961). Le CDI est un questionnaire d'auto-évaluation de 27 items rapporté par les enfants, qui a été élaboré par Kovacs (1985) pour évaluer la sévérité des symptômes dépressifs chez les enfants et les adolescents âgés de 7 à 17 ans. Il prend de 15 à 20 minutes à remplir et couvre cinq dimensions y compris l'humeur négative, les problèmes interpersonnels, l'inefficacité, l'anhédonie et l'estime de soi négative. Les enfants évaluent leurs états liés

à la tristesse, au pessimisme, à l'autodépréciation, à la haine de soi, à l'autoculpabilité, aux idées suicidaires, à l'irritabilité, à l'intérêt social réduit, à l'indécision, à l'image corporelle négative, à la difficulté scolaire, à la fatigue, l'appétit, les préoccupations somatiques, la solitude et le sentiment de ne pas être aimé. Le CDI (Kovacs, 1985) est accepté comme une évaluation de la gravité des symptômes dépressifs chez les enfants, il a démontré avoir de bonnes propriétés psychométriques incluant une grande fiabilité et la validité bien établie (Ensink et al., 2016). Chaque élément est évalué sur une échelle de trois points allant de 0 à 2, et les scores totaux de 0 à 52 sont ensuite convertis en scores t standardisés. Les scores de 65 et plus sont considérés comme un indicatif de symptômes dépressifs cliniquement significatifs et un score brut de 36 ou plus reflète la dépression.

Finalement, le questionnaire d'inventaire de la dépression adulte (Beck Depression Inventory, BDI, Beck, 1961) a été utilisé afin d'évaluer le niveau de dépression chez les mères des enfants abusés sexuellement. Ce questionnaire est constitué de 21 questions à choix multiples, permettant d'évaluer la sévérité de la dépression chez les adultes. Chaque élément est évalué sur une série de 4 énoncés, gradués de 0 à 3, démontrant les symptômes ressentis. Par exemple, 0 « je ne me sens pas triste » et 3 « je suis tellement triste et malheureux que je n'arrive plus à supporter ». Les résultats du test sont classés selon des échelles allant de 0 à 63, les scores allant de 30 à 63 indiquent une dépression sévère.

Résultats

Analyse de données effectuées

Les analyses ont été faites avec un seuil de signification alpha de 0,05. Le tableau 1 présente les statistiques descriptives, en pourcentage, incluant les caractéristiques des enfants des deux groupes (abus et contrôle) ainsi que les caractéristiques des mères des enfants établis selon le groupe d'enfant (abus et contrôle). Les trois premières hypothèses ont été effectuées avec un test t pour échantillon indépendant. L'utilisation du test t a été priorisée aux autres types d'analyses puisque seulement deux groupes à la fois sont évalués. De plus, étant donné la complexité à recruter des participants, les tests t sont plus adéquats afin de maximiser le nombre de sujets pour chaque analyse. De cette façon, il s'agit de trois analyses de test t ayant été effectué sur les variables indépendantes de : a) groupe de classification enfants (abus vs contrôle), b) type d'abus (intrafamiliale vs extrafamiliale), c) groupe de classification maternelle. Les variables dépendantes pour les deux premières hypothèses sont la dépression autorapportée par les enfants et l'échelle des comportements d'intériorisation que les mères rapportent à propos de leurs enfants. Pour la troisième hypothèse, la variable dépendante est la dépression auto rapportée par la mère à propos d'elle-même afin de savoir si les mères des enfants du groupe abus ont des symptômes de dépressions significativement plus élevés que les mères des enfants du groupe contrôle. Finalement, une corrélation de Pearson a été effectuée pour vérifier s'il existe un lien entre la dépression que l'enfant autorapporte et les comportements intériorisés que la mère rapporte à propos de son enfant. Cette analyse a été utilisée afin de mettre en lumière la mentalisation de la mère en lien avec son enfant.

Pour l'objectif principal, qui stipule que les enfants abusés sexuellement manifestent des symptômes significativement plus élevés de dépression comparés aux enfants n'ayant pas subi d'agression sexuelle, le questionnaire d'auto-évaluation de la dépression des enfants (CDI, Kovacs, 1985) a été utilisé. Les résultats montrent que les enfants abusés ($M = 12,04$ $ET = 6,79$) rapportent des symptômes dépressifs significativement plus élevés ($t(50,589) = -4,682$, $p < 0,001$, $d = 0,97$) que les enfants du groupe contrôle ($M = 6,81$, $ET = 3,31$). Pour faire suite à la dépression autorapportée par les

enfants, les comportements d'intériorisation des enfants abusés versus les enfants non abusés ont été évalués par leurs mères. Les résultats démontrent que pour les enfants du groupe abus ($M = 63,69$ $ET = 12,55$) les mères rapportent des comportements d'intériorisation significativement plus élevés ($t(97) = -2,128$, $p = 0,036$ $d = 1,02$) comparativement au groupe n'ayant pas vécu d'abus ($M = 58,26$ $ET = 10,95$).

Ensuite, afin de vérifier le deuxième objectif et de voir si le niveau de dépression ainsi que les comportements d'intériorisation sont plus prononcés chez les enfants ayant subi des agressions intrafamiliales comparées aux enfants ayant subi des agressions extrafamiliales, les mêmes questionnaires ont été utilisés. Pour la condition de la dépression infantile rapportée par les enfants, les résultats démontrent que pour les enfants ayant vécu des abus sexuels intrafamiliaux ($M = 10,32$ $ET = 7,06$) il n'y a pas d'effet significatif ($t(38) = 1,833$, $p = 0,75$ $d = 0,57$) comparé aux enfants ayant vécu des agressions sexuelles extrafamiliales ($M = 14,29$ $ET = 6,63$). De plus, pour l'échelle des comportements d'intériorisation rapportée par les mères à propos de leurs enfants, les résultats démontrent également que pour le groupe des enfants abusés dans la condition intrafamiliale ($M = 65,42$ $ET = 12,45$), il n'y a aucune différence significative ($t(38) = -0,573$, $p = 0,57$ $d = 0,18$) comparée au groupe d'enfants abusés dans la condition extrafamiliale ($M = 63,24$ $ET = 11,65$).

En ce qui a trait à la troisième analyse, qui est d'évaluer le niveau de dépression chez les mères des enfants, à savoir si les mères des enfants abusés ont plus de symptômes dépressifs que les mères des enfants non abusés, le questionnaire d'inventaire de la dépression de Beck (BDI, Beck, Ward, Mendelson, Mock, et Erbaugh, 1961) a été rempli par un total de 76 mères, dont 31 mères pour le groupe d'enfant abusé et 45 mères pour le groupe d'enfants n'ayant pas subi d'abus sexuels. Les résultats stipulent que pour les mères des enfants ayant vécu des abus sexuels ($M = 14,45$ $ET = 9,146$) les symptômes de dépression sont significativement plus élevés ($t(74) = -4,138$, $p < 0,001$ $d = 0,95$) comparés aux mères du groupe d'enfant n'ayant pas vécu d'abus ($M = 6,51$ $ET = 7,525$).

Finalement, pour le dernier objectif, l'analyse de corrélation de Pearson a été utilisée afin d'examiner la corrélation entre la dépression rapportée par les enfants et les comportements intériorisés rapportés par les mères à propos de leur enfant. Le résultat de l'analyse de Pearson, avec un seuil alpha de 0,05, a été infirmé $r(99) = 0,137, p = 0,177$. Il n'existe donc aucune corrélation entre la dépression que les enfants autorapportent et les comportements intériorisés que les mères rapportent à propos de leurs enfants.

Conclusions générales

Discussion

L'objectif principal de ce mémoire de maîtrise est d'évaluer le niveau de dépression et les comportements d'intériorisation chez les enfants âgés de 7 à 13 ans ayant vécu des agressions sexuelles et de les comparer avec des enfants du même âge n'ayant pas vécu d'agressions sexuelles. Pour ce faire, les symptômes de dépression ont été rapportés par les enfants eux-mêmes et les comportements d'intériorisation des enfants ont été rapportés par les mères des enfants. Comme attendu, les résultats des analyses montrent que les enfants ayant vécu des agressions sexuelles présentent des symptômes de dépression et des comportements d'intériorisation significativement plus élevée comparés aux enfants n'ayant pas subi de violences sexuelles. Ces résultats corroborent la plupart des études existantes soit que les enfants ayant vécu des sévices sexuels présentent des symptômes de dépression et d'intériorisation significativement plus élevés comparés aux enfants n'ayant pas subi de violences sexuelles (Beitchman et al., 1991; Collin-Vézina et al., 2013; Kendall-Tackett et al., 1993; Rakow et al., 2011).

Par la suite, l'étude a été plus spécifique en continuant d'évaluer le niveau de dépression autorapporté par les enfants et les comportements intériorisés des enfants rapportés par leurs mères, mais, dans le contexte d'agressions sexuelles intrafamiliales (perpétré par un membre de la famille) versus extrafamiliales (perpétré par un étranger). Contrairement à ce qui avait été émis comme hypothèse, les résultats de cet objectif n'ont démontré aucune différence significative pour les enfants qui ont vécu des abus intrafamiliaux et des abus extrafamiliaux, et ce, autant pour la dépression que pour les comportements intériorisés. Il serait donc intéressant de pousser plus loin les recherches avec un plus grand nombre de participants puisque dans la littérature scientifique, les résultats sur ce sujet sont controversés et il n'y a pas encore de consensus établi. En effet, plusieurs études démontrent que l'abus par un membre de la famille, contrairement à un étranger, entraîne des conséquences négatives à long terme et des niveaux de détresse élevés (Faust, Runyon et Kenny, 1995, Wyatt et Newcomb, 1991). De plus, McLeer et al. (1988) ont constaté que 31 jeunes victimes de violence sexuelle de la part de leur père

présentaient une fréquence beaucoup plus élevée de symptômes de stress post-traumatique que les enfants maltraités par des étrangers, des enfants plus âgés ou d'autres adultes.

Ensuite, un autre objectif de l'étude était d'évaluer la dépression chez les mères des enfants, à savoir si les mères des enfants abusés ont plus de symptômes dépressifs que les mères des enfants non abusés. En concordance avec le modèle théorique utilisé dans cette recherche, les résultats ont démontré une différence significative de dépression pour les mères des enfants abusés comparativement aux mères des enfants n'ayant pas subi de violences sexuelles.

Finalement, le dernier objectif de cette étude était d'évaluer la corrélation entre la dépression autorapportée par les enfants et les comportements intériorisés des enfants rapportés par les mères des enfants. Contrairement à l'hypothèse émise, aucun lien n'a été trouvé entre les deux.

Pour la première hypothèse, soit d'évaluer le niveau de dépression et les comportements d'intériorisation chez les enfants ayant vécu des sévices sexuels comparés aux enfants du même âge, mais qui n'ont pas vécu d'abus, deux mesures d'évaluation ont été utilisées. Premièrement, les symptômes de dépression ont été auto rapportée par les enfants avec le questionnaire d'auto-évaluation de la dépression des enfants (CDI, Kovacs, 1985). Deuxièmement, les symptômes d'intériorisation des enfants ont été rapportés par leurs mères en utilisant le questionnaire d'inventaire du comportement des enfants (CBCL, Achenbach et al., 1991). Dans les deux cas, les résultats démontrent que les enfants ayant vécu des abus sexuels ont des symptômes de dépression et des comportements d'intériorisation significativement plus élevés que les enfants n'ayant pas vécu d'agressions sexuelles. Plus précisément, les résultats démontrent que lorsque l'enfant rapporte lui-même les symptômes de dépression, il y a un effet principal du groupe d'enfants abusés comparativement au groupe d'enfant qui n'a pas vécu de violences sexuelles. Ces résultats appuient la littérature scientifique et confirment les études sur le sujet qui mentionne que la violence sexuelle durant l'enfance est associée à la présence de dépression (Putnam et al., 2003; Fergusson et al., 2013; Ensink et al., 2016; Pollio et al., 2011). De plus, en ce qui concerne les comportements d'intériorisation des enfants, rapportés par les mères des enfants, les analyses de cette étude vont dans le même sens que la dépression autorapportée

par les enfants et démontrent que les mères rapportent plus de comportements d'intériorisation pour les enfants qui ont subi des violences sexuelles comparées aux enfants n'ayant pas subi d'agression sexuelle. En outre, la présente recherche donne un appui supplémentaire à la littérature scientifique et corrobore également les résultats d'une étude récente qui indiquent que les enfants victimes de violence sexuelle ont beaucoup plus de difficultés d'intériorisation que les enfants exposés à d'autres formes d'abus (Lewis et al., 2016).

Pour le deuxième objectif, le niveau de dépression autorapporté par les enfants et les comportements d'intériorisation des enfants rapportés par leurs mères ont été évalués, mais, dans le contexte d'abus intrafamiliaux (perpétré par un membre de la famille) et extrafamiliaux (perpétré par un étranger). Aucune différence significative n'a été trouvée, et ce, autant pour la dépression rapportée par les enfants que pour les comportements d'intériorisation rapportée par les mères. Ces résultats vont à l'encontre de l'idée de départ de cette recherche qui stipulait que les abus intrafamiliaux devaient démontrer plus de symptômes dépressifs et de comportements intériorisés que les abus extrafamiliaux. Par contre, ces résultats corroborent certains écrits scientifiques qui attestent qu'il n'y a pas de différence significative entre les enfants avec des antécédents de violences sexuelles intrafamiliales versus les violences sexuelles extrafamiliales, et ce, sur les caractéristiques comme la dépression, l'anxiété, la dissociation et le genre (Bal et al., 2004; Ensink et al., 2016; Sarah Bal et al., 2004). Une autre hypothèse qui pourrait venir expliquer ces résultats pourrait être le faible nombre de participants. En effet, l'échantillon était composé de 40 participants au total dont 19 participants qui ont été classés dans la catégorie abus sexuel intrafamilial et 21 participants qui ont été classés dans la catégorie abus sexuel extrafamilial.

Pour le troisième objectif, la dépression des mères a été étudiée. L'étude cherchait à savoir si les mères des enfants du groupe abus ont des symptômes de dépression significativement plus élevée que les mères des enfants n'ayant pas vécu de sévices sexuels. Les résultats des analyses démontrent qu'il y a une différence significative entre les deux. Les mères des enfants abusés ont des symptômes de dépression significativement plus

élevés que les mères des enfants n'ayant pas vécu d'abus sexuels. Ces résultats corroborent la plupart des écrits scientifiques qui stipule que les mères des enfants ayant été victime d'agression sexuelle sont plus susceptibles d'avoir un niveau de détresse élevée et approximativement 26% à 46% d'entre elles indique un niveau des symptômes de dépression allant de modéré à sévère (Wagner, 1991; Deblinger, Hathaway et al., 1993; Mannarino, Cohen et al., 2007). Le but de cet objectif est en lien avec le modèle théorique employé puisque le modèle diathèse-stress démontre l'importance du rôle de la mentalisation chez les parents (Slade et al., 2005; Suchman et al., 2010). En effet, la dépression de la mère peut venir influencer la mentalisation qu'elle porte sur elle-même et également la capacité qu'elle a de comprendre les états mentaux qui sous-tendent les comportements de son enfant. La littérature scientifique a mainte fois démontré que les mères éprouvant des symptômes de détresse psychologique, y compris la dépression et les troubles anxieux, rapportent plus de comportements d'intériorisation et d'extériorisation chez leurs enfants que les enfants eux-mêmes (Najman et al., 2000; Van Der Toorn et al., 2010). De plus, dans le contexte du traumatisme, la mentalisation est considérée comme un facteur de résilience important pour les parents (Berthelot, Ensink et al., 2015), pour les enfants (Ensink et al., 2016) et les adolescents (Taubner et Curth, 2013). Le rôle parental est donc particulièrement important afin de moduler l'impact de l'agression sexuelle sur l'enfant (Ensink et al., 2017). En complément à cela, lorsque le parent a de la difficulté à gérer le dévoilement de son enfant ou de lui apporter un support émotionnel, cela impliquerait davantage de difficultés présentées par celui-ci, par exemple, davantage de comportements intériorisés et extériorisés (Kendall-Tackett et al., 1993; Mannarino & Cohen, 2006; Rakow et al., 2011).

Finalement, pour faire suite aux hypothèses précédentes, cette étude cherche à établir une corrélation entre la dépression autorapportée par les enfants et les comportements intériorisés que les mères rapportent à propos de leurs enfants. Pour ce dernier postulat, contrairement à ce qui avait été émis comme hypothèse, les résultats n'ont montré aucun lien entre la dépression autorapportée par les enfants et les comportements intériorisés que les mères rapportent à propos de leurs enfants. En plus du faible nombre de participants, ces résultats pourraient s'expliquer en partie par la dépression de la mère. En

effet, la dépression de la mère peut venir influencer la mentalisation qu'elle porte sur elle-même et également la capacité qu'elle a de comprendre les états mentaux qui sous-tendent les comportements de son enfant.

De façon générale, les résultats de cette recherche ont démontré que les enfants abusés sexuellement rapportent un niveau de dépression significativement plus élevé que les enfants n'ayant pas vécu d'abus sexuel. Il en est de même lorsque les mères des enfants rapportent les comportements intériorisés de leurs enfants, les résultats ont aussi montré que les enfants ayant subi des sévices sexuels ont des comportements intériorisés significativement plus élevés que les enfants n'ayant pas vécu de violences sexuelles. Par la suite, il a été démontré que les mères des enfants abusés ont des symptômes dépressifs significativement plus élevés que les mères des enfants qui n'ont pas vécu d'agressions sexuelles. Par contre, en ce qui a trait au contexte d'abus intrafamilial (perpétré par un membre de la famille) versus extrafamilial (perpétré par un étranger), aucune différence significative n'a été trouvée et il n'y a aucune corrélation entre la dépression que l'enfant autorapporte et les comportements d'intériorisation que la mère rapporte à propos de son enfant. En effet, les résultats de cette recherche permettent de consolider les études antérieures et démontre que la dépression autorapportée par les enfants et les comportements intériorisés rapportés par les mères des enfants sont significativement plus importante chez les enfants victimes de violences sexuelles comparées aux enfants n'ayant pas vécu d'agressions sexuelles. De plus, il est bien démontré que les mères des enfants du groupe abus ont des symptômes dépressifs significativement plus élevés que les mères des enfants appartenant au groupe d'enfants qui n'a pas subi de violences sexuelles. En ce qui a trait aux agressions sexuelles intrafamiliales versus extrafamiliales, les résultats n'ont démontré aucune différence significative entre les deux. Cela corrobore donc avec la propension des études des dernières années faites sur le sujet qui n'évoque aucune différence significative entre les abus intrafamiliaux versus extrafamiliaux. En effet, certaines études démontrent qu'il n'y a pas de différence significative au niveau de la symptomatologie, pour les agressions intrafamiliales versus extrafamiliales (Bal et al., 2004; Ensink et al., 2016; Sarah Bal et al., 2004). Finalement, aucune corrélation n'a été trouvée en ce qui concerne la dépression autorapportée par les enfants et les comportements intériorisés des enfants rapportés par les mères des enfants. Cela suggère donc que la mère

n'est pas en mesure de bien évaluer l'état psychologique de son enfant. En effet, en lien avec le modèle théorique employé, l'état émotionnel psychologique du parent par exemple, s'il est dépressif, altérerait également la perception qu'il a sur son enfant et les symptômes qu'il vit (Cohen et al., 1999; Rakow et al., 2011). Il serait alors important d'examiner cette hypothèse puisque le rôle du parent est primordial pour l'enfant dans le cadre d'un abus sexuel et il est démontré dans la littérature scientifique que la mentalisation des parents combinés à d'autres facteurs est des coefficients facilitant la guérison et contribuant à la régulation de soi (Ensink et al., 2017).

Forces et limites

La littérature scientifique est rigoureuse et démontre que les comportements intériorisés et plus précisément la dépression sont des conséquences réelles des violences sexuelles infligées aux victimes. La robustesse de cette étude est d'avoir eu recours à des instruments de mesure largement reconnus et utilisés en recherche comme le questionnaire d'auto-évaluation de la dépression des enfants (CDI, Kovacs, 1985) qui évalue la dépression auto rapportée par les enfants et le questionnaire d'inventaire du comportement des enfants (CBCL, Achenbach et al., 1991), qui permet à la mère d'évaluer les comportements d'intériorisation de son enfant. Une autre force de cette étude est également d'avoir eu recours à deux répondants, soit l'enfant et sa mère. En effet, plusieurs études reconnaissent qu'il est préférable d'avoir plus d'un répondant afin d'obtenir différentes vues sur l'état de l'enfant (Friedrich et al., 1998). Ensuite, l'étude a été faite avec 98% de participants caucasiens, ce qui peut être considéré comme une force puisque cela représente bien la population où l'étude a été faite. Par contre, cela peut également être considéré comme une limite méthodologique puisque le seuil de généralisation est restreint à un contexte culturel en particulier. Une autre lacune est que les caractéristiques de l'agression sexuelle, comme la durée, la sévérité et la chronicité ne sont pas contrôlées. Pourtant, comme le démontrent les écrits, ces variables peuvent avoir un impact différentiel sur la dépression que vit l'enfant (Putnam, 2003). De plus, dans cette recherche, l'opinion de certaines mères a pu être biaisée dépendamment de leur état mental. Plus précisément, certaines caractéristiques des mères comme avoir elle-même vécu un abus, vivre de l'anxiété, de la dépression, etc. viennent influencer l'opinion qu'elle a sur l'état de son enfant (Cohen et al., 1999). En outre, l'étude de DiLillo et al., 2000, a trouvé que les mères ayant vécu un abus sexuel pendant leur enfance sont plus enclines à abuser physiquement de leurs enfants, ce qui pourrait venir altérer l'état psychologique de l'enfant. Finalement, le faible nombre de participants peut également venir expliquer les limites de cette recherche. Il serait donc important pour les études futures de prendre ces différentes caractéristiques en considération.

Contributions scientifiques

L'ensemble des données dans la littérature scientifique sont claires sur le sujet et démontrent bien que l'agression sexuelle durant l'enfance, tout comme la maltraitance, est un problème prévalant partout dans le monde ((Barth, Bermetz, Heim, Trelle et Tonia, 2013; Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser et Bakermans-Kranenburg, 2011). La présente étude a donc permis de confirmer les résultats des études antérieures et de démontrer que les comportements d'intériorisation et plus spécifiquement la dépression sont significativement plus élevés chez les enfants victimes d'abus sexuels comparés aux enfants qui ne sont pas victimes de sévices sexuels. De plus, en lien avec le modèle diathèse-stress utilisé dans cette recherche, l'état mental de la mère a été pris en considération. Les résultats démontrent que les mères des enfants du groupe abus ont des symptômes significativement plus élevés de dépression que les mères des enfants du groupe contrôle (non-abus). Cela contribue à l'avancement scientifique puisque la dépression de la mère peut venir influencer la mentalisation qu'elle porte sur elle-même et également la capacité qu'elle a de comprendre les états mentaux qui sous-tendent les comportements de son enfant. En effet, comme certaine étude le démontre, dans le contexte de l'abus sexuel des enfants, la mentalisation des parents, la capacité de remarquer et de répondre à la détresse de l'enfant et de voir au-delà des comportements subjectifs difficiles vécus suite à l'évènement et leur capacité à comprendre qu'ils doivent protéger l'enfant de leurs propres détresse et colère sont des facteurs facilitant la guérison et contribuant à la régulation de soi (Ensink et al., 2017).

Avenues futures

Bien que cette étude ait permis d'appuyer les études antérieures en ce qui concerne la dépression et les comportements d'intériorisation des enfants ayant vécu des violences sexuelles, il serait intéressant, pour de futures recherches, d'analyser plus en profondeur les agressions sexuelles en contexte intrafamilial et extrafamilial. Plusieurs études démontrent que la symptomatologie des enfants est généralement plus sévère lorsque la relation entre la victime et l'agresseur est plus significative (Kendall-Tackett et al., 1993). Quoi qu'il en soit, cette recherche ainsi que les études déjà existantes démontrent bien que les agressions sexuelles sont un traumatisme ayant des répercussions néfastes pour les victimes. En effet, plusieurs études démontrent que la présence de comportements sexualisés perdure dans le temps, que les effets de l'abus à l'âge adulte s'expriment à travers des difficultés de fonctionnement psychosexuel (Alter-Reid et al., 1986; Bernier et al., 2013; Easton, Coohy, O'leary, Zhang, & Hua, 2011), de revictimisation, c'est-à-dire un risque plus élevé de revivre un abus sexuel plus tard dans la vie (Barnes et al., 2009; Collin-Vézina et al., 2013; Jones et al., 2013), de problèmes d'extériorisation (décrochage scolaire, idées suicidaires, usage de drogue, d'alcool, bagarre, vols) (Yancey et al., 2013). Sachant cela, il est d'une importance primordiale de continuer à évaluer les conséquences que peut vivre un enfant victime de violence sexuelle. En effet, évaluer la présence de symptôme dépressif et de comportements intériorisés plus tôt dans la vie des victimes donne la possibilité aux psychologues, thérapeutes, médecins et tout autre spécialiste d'apporter un traitement plus rapidement chez ces derniers. Cela contribue donc à des répercussions bénéfiques non seulement pour la victime, mais également pour la société.

Références

- Achenbach, T.M. (1991). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profiles. Burlington: *University of Vermont, Department of Psychiatry*.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Adams, J.A. (2001). Evolution of a classification scale: Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreatment*, 6, 31-36.
- APA, 2017. American Psychological Association. Récupéré de: <<http://www.apa.org/topics/depression/>>.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition*. Washington, DC: Author.
- Bal, S., De Bourdeaudhuij, I., Crombez, G., & Van Oost, P., (2004). Differences in Trauma Symptoms and Family Functioning in Intra- and Extrafamilial sexually Abused Adolescents. *Journal of Interpersonal violence*, Vol. 19, No. 1, 108-123. DOI: 10.1177/0886260503259053.
- Barnes, J. E., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2009). Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 33(7), 412-420.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide : a systematic review and metaanalysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483.
- 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 and Neglect*, 15, 4, 537-556.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16(1), 101-118.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>.
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., Fonagy, P., 2015. Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: the role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Ment. Health J.* 36, 200–212.
- Braet, C., Van Vlierberghe, L., Vandevivere, E., Theuwis, L., Bosmans, G., (2013). Depression in Early, Middle, and Late Adolescence: Differential Evidence for the Cognitive Diathesis-Stress Model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 369-383.
- Briere, J. N., (1988). Symptomatology associate with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse Negl*, 12(1), 51-59.
- Briere, J. N., Elliott, D. M., (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse, *The Future of Children*, 4, 2, 54-69.
- Brezo J, Paris J, Tremblay R, Vitaro F, Hébert M, Turecki G: Identifying correlates of

- suicide attempts in suicidal ideators: A population-based study. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences* 2007, 31:1551–1562.
- Calam, R., Horne, L., Glasgow, D., & Cox, A. (1998). Psychological disturbance and child sexual abuse: a follow-up study. *Child Abuse Negl*, 22(9), 901-913.
- Cohen, J. B., Deblinger, E., Maedel, A. B., & Stauffer, L. B. (1999). Examining sex-related thoughts and feelings of sexually abused and nonabused children. *J Interpers Violence*, 14(7), 701-712.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 24, 983-994.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00153-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00153-8).
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for sexually abused children with PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393–402. doi: 10.1097/01.chi.0000111364.94169.f9 .
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2010). Trauma-focused cognitive Behavioral therapy for traumatized children. In J. A. Weiss & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 295–311). New York: Guilford Press.
- Cohen, J. A., Perel, J. M., DeBellis, M. D., Friedman, M. J., & Putnam, F. W. (2002). Treating traumatized children: Clinical implications of the psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Trauma, Violence & Abuse*, 3, 91–108. doi: 10.1177/15248380020032001 .
- Collin-Vézina, D. (2016). Impact des traumatismes multiples sur la trajectoire des enfants : Pistes de compréhension et d'intervention.
- Collin-Vézina, D., Cyr, M., Pauzé, R., McDuff, P. (2008). The Role of Depression and Dissociation in the Link Between Childhood Sexual Abuse and Later Parental Practices, *Journal of Trauma and Dissociation*, 6:1, 71-97.
- Collin-Vézina, D., Daigneault, I., Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7:22.
- Csorba, R., Tsikouras, P., Lampé, R., Poka R. (2012). The sexual abuse of female children in Hungary: 20 years' experience. *Arch Gynecol Obstet* 286:161–6.
- Daigneault, I., Cyr, M., Tourigny, M., (2003). Profil psychologique d'adolescentes agressées sexuellement et prises en charge par les services de la protection de la jeunesse. *Santé mentale du Québec*, vol. 28, n°2, 211-232.
- Daigneault, I., Hébert, M., Bourgeois, C., Dargan. S., Frappier, J.-Y., (2017). Santé mentale Et physique des filles et des garçons agressés sexuellement: Une étude de cas Contrôle apparié avec un suivi de cohortes sur 10 ans. *Criminologie* 501, 99-125.
- Deblinger, E., Hathaway, C. R., Lippmann, J., & Steer, R. (1993). Psychosocial characteristics and correlates of symptom distress in nonoffending mothers of sexually abused children. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(2), 155–168. doi:10.1177/088626093008002001.

- Deblinger, Esther., Mannarino, Anthony P., Cohen, Judith A., Runyon, Melissa K., Steer, Robert A., (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: Impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and anxiety* 28: 67-75.
- DiLillo, D., Tremblay, G. C., & Peterson, L. (2000). Linking childhood sexual abuse and Abusive parenting: The mediating role of maternal anger. *Child Abuse & Neglect*, 24, 767-779.
- Dinwiddie, S. H., Heath, A. C., Dunne, M. P., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., Slutske, W. S., Bierut, L. J., Statham, D. B., Martin, N. G., (2000). Early sexual abuse and lifetime psychopathology: A co-twin-control study, *Psychological Medicine*, 30, 1, 41-52.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H. et Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems : Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine : An International Journal Devoted to Practice & Theory*, 37(3), 268-277.
- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., Berthelot, N., (2015) Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Development Psychology*, 33, 203-217.
- Ensink, K., Begin, M., Normandin, L., Godbout, N., Fonagy, P. (2014). Mentalization And dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*. DOI: 10.1080/15299732.2016.1172536.
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., Fonagy, P., 2016. Maternal and child reflective functioning in the context of child sexual abuse: pathways to depression and externalising difficulties. *Eur. J. Psychotraumatol.* 7, 30611. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v7.30611>.
- Ensink, K., Begin, M., Normandin, L., Fonagy, P., 2017. Parental reflective functioning as a moderator of child internalizing difficulties in the context of child sexual abuse. *Psychiatry research* : 257, 361-366.
- Fergusson, D. M., Swain-Campbell, N. R., & Horwood, L. J. (2002). Does sexual violence contribute to elevated rates of anxiety and depression in females? *Psychological Medicine*, 32, 991-996.
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 103-122. doi:10.1016/S0193-953X(05)70146-5.
- Ford, J.D., Russo, E. (2006). Trauma-Focused, Present Centered, Emotional Self-Regulation Approach to integrated Treatment for Posttraumatic Stress and Addiction: Trauma Adaptive Recovery Group Education and Therapy (TARGET). *American journal of Psychotherapy*, vol. 60, No.4.
- Ford, J. D., Gagnon, K., Connor, D. F. et Pearson, G. (2011). History of interpersonal violence, abuse, and nonvictimization trauma and severity of psychiatric symptoms among children in outpatient psychiatric treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(16), 3316-3337.

- Friedrich, W. N. (1998). Behavioral manifestations of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 22(6), 523-531.
- Grilo, C. M., Sanislow, C., Fehon, D. C., Martino, S. et McGlashan, T. H. (1999). Psychological and behavioral functioning in adolescent psychiatric inpatients who report histories of childhood abuse. *American Journal of Psychiatry*, 156, 538-543.
- Hammen, C., Rudolph, K. D. (2003). Childhood mood disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed., pp. 233-278). New York : Guildford Press.
- Hammen, C., Brennan, P. A., Keenan-Miller, D., & Herr, N. R. (2008). Early onset recurrent subtype of adolescent depression: Clinical and psychosocial correlates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 433-440.
- Hébert, M., Parent, N., Daignault, I. V., & Tourigny, M. (2006). A typological analysis of Behavioral profiles of sexually abused children. *Child Maltreatment*, 11, 203-216.
- Hébert, M., Langevin, R., & Bernier, M. -J. (2013). Self-reported symptoms and parents' evaluation of behavior problems in preschoolers disclosing sexual abuse. *International Journal of Child, Youth & Family studies*, 4, 467-483.
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (éds), *L'agression sexuelle envers les enfants, tome I* (pp.149-204). Québec, Qc: Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Cyr, M., Tourigny, M. (2014). Livre: *L'agression sexuelle envers les enfants: Tome 2*. Quebec, CA: Les Presses de l'Université du Québec, Proquest ebrary, p. 56-81.
- Hébert, M., Cénat, J.M., Blais, M., Lavoie, F., Guerrier, M., (2016). Child sexual abuse, bullying, cyberbullying, and mental health problems among high schools students: a moderated mediated model. *Depression Anxiety* 33, 623–629.
<http://dx.doi.org/10.1002/da.22504>.
- Irish, L., Kobayashi, I. et Delahanty, D. L. (2010). Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse : a meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 450-461.
- Johnson CF., 2004. Child sexual abuse. *Lancet*;364:462–70.
- Jumper, S. A., (1995). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse and Neglect*, 19, 715-728.
- Kessler, R C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1002-1014.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., Finkelhor, D., (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies, *Psychological Bulletin*, 113, 1, 164-180.
- Krug, E. G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). Child abuse and Neglect by parents and other caregivers. *World Health Organization. World Report on violence and health* (p. 59–81). Geneva: World Health Organization.
- Kuhlman, K.R., Geiss, E.G., Vargas, I., Lopez-Duran, N.L., 2015. Differential Associations between childhood trauma subtypes and adolescent HPA-axis functioning. *Psychoneuroendocrinology* 54, 103–114.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psneuen.2015.01.020>.

- Lanktree, C., Briere, J. (2008). Integrative Treatment of Complex Trauma for Children (ITCT-C): A guide for the treatment of Multiply-Traumatized Children Aged Eight to twelve years. *MCAVIC-USC Child and Adolescent Trauma Program, National Child Traumatic Stress Network*.
- Leeners, B., Richter-Appelt, H., Imthurn, B., & Rath, W. (2006). Influence of childhood Sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 139–151.
- Leserman, J. (2005). Sexual abuse history: Prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 906–907.
- Lewis, T., McElroy, E., Harlaar, N., Runyan, D., 2016. Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abused children? A prospective examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. *Child Abuse Negl.* 51, 31–40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.016>.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Deblinger, E., & Steer, R. (2007). Self-reported depression in mothers of children who have experienced sexual abuse. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 203–210. doi:10.1007/s10862-006-9036-7.
- Mannarino, A. P., & Cohen, J. A. (2006). Child sexual abuse *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (Vol. 3, pp. 388-402). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Mannarino, A.P., Cohen J.A., Deblinger, E. (2014). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy; Book: *Evidence-Based Approaches for the Treatment of Maltreated Children*; p.165-185.
- Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L., & Allison, S., (2004). Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 28(5), 491-503.
- Mathews, S., Abrahams, N., & Jewkes, R. (2013). Exploring mental health adjustment of children post sexual assault in South Africa. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22, 639-657.
- McLeer, S. V., Deblinger, E., Atkins, M. S., Foa, E. B., & Ralphe, D. L. (1988). Posttraumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 650-654.
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., et al. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Milot, T., Éthier, L. S., St-Laurent, D., & Provost, M. A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 225-234.
- Mullen, P. E., Romans-Clarkson, S.E., Walton, V. A., & Herbison, G. P. (1988). Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet*, 1, 841-845.
- Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'Callaghan, M., Shuttlewood, G. J. (2000). Mothers mental illness and child behavior problems:

- Cause-effect association or observation bias? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 592–602.
- Naar-King, S., Silvern, L., Ryan, V. et Sebring, D. (2002). Type and severity of abuse as predictors of psychiatric symptoms in adolescence. *Journal of Family Violence*, 17(2), 133-149.
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., Glowinski, A., McLaughlin, T., Dunne, M. P., Statham, D. J., & Martin, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 59, 139-145.
- Neumann, D. A., Houskamp, B., Pollock, V., & Briere, J. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. *Child Maltreatment*, 1, 6-16.
- Non aux Agressions sexuelles, gouvernement du Québec (2016). Section statistique. Récupéré de:<[http://www.agressionssexuelles.gouv.qc.ca/fr/mieux comprendre/statistiques.php](http://www.agressionssexuelles.gouv.qc.ca/fr/mieux_comprendre/statistiques.php)>.
- Non aux Agressions sexuelles, gouvernement du Québec (2016a). Section définition. Récupéré de:< [http://www.agressionssexuelles.gouv.qc.ca/fr/mieux comprendre/index.php](http://www.agressionssexuelles.gouv.qc.ca/fr/mieux_comprendre/index.php)>.
- Normandin, L., Gendron, L., & Terradas, M. (2001). *Contexte d'abus sexuel*. Québec: Université Laval.
- Odebrecht Vargas Nunes, S., Ehara Watanabe, M.A., K. Morimoto, H., Moriya, R., Vissoci Reiche, E.M., (2010). The impact of childhood sexual abuse on activation of immunological and neuroendocrine response. *Agression and violent behavior*, 15, 440-445.
- Pariante, C.M., (2017). Why are depressed patients inflamed? A reflection on 20 years of research on depression, glucocorticoid resistance and inflammation. *European Neuropsychopharmacology*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.04.001>.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135(1), 17-36.
- Pollio E, Deblinger E, Runyon M: Mental health treatment for the effects of child sexual abuse. In *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2011:267–288.
- Polusny, M. A., Follette, V. M., (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature, *Applied and Preventive Psychology*, 4, 3, 143-166.
- Putnam, F. W., (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42:3, 269-275.
- Statistique Canada (2015). Crimes selon le type d'infraction, par province et territoire de 2015. Récupéré du site internet: <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/legal50a-fra.htm>.
- Rakow, A., Smith, D., Begle, A. M., & Ayer, L. (2011). The association of maternal depressive symptoms with child externalizing problems: The role of maternal support following child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 20(4), 467-480.
- Rossman, B.B.R., Bingham, R. D., & Emde, R. N. (1997). Symptomatology and

- adaptive functioning for children exposed to normative stressor dog attack, and parental violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (8), 1089-1097.
- Sadowski H, Trowell J, Kolvin I, Weeramanthri T, Berelowitz M, Gilbert LH: Sexually abused girls: Patterns of psychopathology and exploration of risk factors. *Eur Child Adolescents Psychiatry* 2003, 12:221–230.
- Seto M. C., Babchishin, K. M., Pullman, L. E., McPhail, I. V. (2015). The puzzle of intrafamilial child sexual abuse : A meta-analysis comparing intrafamilial and extrafamilial offenders with child victims. *Clinical Psychology review* 39 42-57.
- Slade, A., Grienemberger, J., Bernbach, E., Levy, D., Locker, A., 2005. Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: a preliminary study. *Attach. Hum. Dev.* 7, 283–298. <http://dx.doi.org/10.1080/14616730500245880>.
- Shin SH, Edwards EM, Heeren T: Child abuse and neglect: Relations to adolescent binge drinking in the National Longitudinal Study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addiction Behaviors* 2010, 34:277–280.
- Stein, J. A., Golding, J.M., Siegel, J. M., Burnam, M.A., & Sorenson, S.B. (1988). Long-term psychological sequelae, of child sexual abuse : The Los Angeles Epidemiologic Catchment Area Study. In G.E. Wyatt & G. J. Powell (Eds.), *Lasting effects of child sexual abuse* (pp. 135-154). Newbury Park, CA : sage.
- Stoltenborgh, M., H. van IJzendoorn, M., M. Euser, E., Bakermans-Kranenburg, M. J., (2011). A global perspective on child sexual abuse : Meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, 16 (2), 79-101.
- Suchman, N.E., DeCoste, C., Leigh, D., Borelli, J., 2010. Reflective functioning in mothers with drug use disorders: implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attach. Hum. Dev.* 12, 567–585. <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2010.501988>.
- Taubner, S., Curth, C., 2013. Mentalization mediates the relation between early traumatic experiences and aggressive behavior in adolescence. *Psihologija* 46, 177–192.
- Trask, E. V., Walsh, K., & DiLillo, D. (2011). Treatment effects for common outcomes of child sexual abuse: A current meta-analysis. *Agression and Violent Behavior*, 16(1), 6-19.
- Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23,929–945. doi:10.1016/S0145-2134(99)00056-3.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 23(2), 453-476.
- Van Der Toorn, S. L. M., Huizink, A. C., Utens, E. M. W. J., Verhulst, F. C., Ormel, J., & Ferdinand, R. F. (2010). Maternal depressive symptoms, and not anxiety symptoms, are associated with positive mother-child reporting discrepancies of internalizing problems in children: A report on the TRAILS study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 379–388.
- Yancey, C. T., Naufel, K. Z., & Hansen, D. J. (2013). The relationship of personal, family, and abuse-specific factors to children's clinical presentation following childhood sexual abuse. *Journal of Family Violence*, 28(1), 31-42.
- Yasinski, C., Hayes, A. M., Beth Ready, C., Cummings, J. A., Berman, I. S., McCauley,

- T., Webb, C., Deblinger, E. (2016). In-Session Caregiver Behavior Predicts Symptom Change in Youth Receiving Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 84, No. 12, 1066-1077.
- Wagner, W. G. (1991). Depression in mothers of sexually abused vs. mothers of nonabused children. *Child Abuse & Neglect*, 15(1-2), 99-104. doi:10.1016/0145-2134(91)90094-T.
- Wong JP. (2006). Age of consent to sexual activity in Canada: Background to proposed new legislation on 'age of protection'. *Can J Hum Sex* 2006, 15:163-169.
- World Health Organization, 2017. Récupéré de :
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>>.
- Wright, J., Sabourin, S., & Lussier, Y. (1994c). *Traduction française de l'Échelle d'évaluation de l'abus sexuel*. Document inédit, Université Laval, Québec, Canada.

Tableau 1.

Statistiques descriptives de l'échantillon

	Enfants abusés	Enfants non abusés
Caractéristiques des enfants	%	%
Sexe		
Filles	60,0	54,2
Garçons	40,0	45,8
Groupes d'âge		
6 ans et 1 mois à 9 ans	47,5	44,0
9 ans et 1 mois à 12 ans	47,5	54,2
12 ans et un mois à 13 ans	5,0	1,7
Type d'abus		
Extrafamiliale	52,5	
Intrafamiliale	47,5	
Caractéristiques de la mère		
Années de scolarité		
4 à 10	22,5	6,8
11 à 15	57,5	45,8
16 à 20	17,5	42,5
21 à 24	2,5	5,1
Revenu familial annuel		
0 à 25 000\$	67,5	33,9
25 001\$ à 45 000\$	15,0	32,2
45 001\$ à 80 000\$	15,0	22,1
80 001\$ et plus	2,5	11,9

Annexe

Formulaires éthiques de consentement

Consentement éthique pour la première évaluation (groupe abus et contrôle)
Comité d'éthique à la recherche à l'Université Laval (2001-105 R2)

Formulaire de consentement relatif à l'autorité parentale
Unité de recherche et d'intervention auprès de l'enfant et de l'adolescent

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

(Temps I)

Entente quant à votre participation et celle de votre enfant à une recherche longitudinale qui évalue l'adaptation sociale et affective d'enfants âgés entre 2 et 7 ans

Titre:

«Suivi longitudinal d'enfants soupçonnés d'abus sexuel en bas âge et évolution de la relation mère-enfant»

Objectif:

Comparer l'adaptation sociale et affective d'enfants soupçonnés d'avoir subi un abus sexuel en bas âge à celles d'enfants n'ayant pas subi un tel traumatisme.

Attentes des participants:

Pour effectuer cette recherche, nous avons besoin de trois groupes d'enfants : 1) un groupe d'enfants pour lesquels il y a des soupçons d'abus sexuel; 2) un autre groupe d'enfants n'ayant pas subi un tel traumatisme; et 3) un groupe d'enfants présentant des difficultés d'adaptation socio-affective non reliées à un traumatisme sexuel. Vous considérez que votre enfant fait partie du **Groupe 1 : Soupçons d'Abus Sexuel**.

Enfant: En acceptant de participer à cette étude, vous aurez à remplir certains questionnaires portant sur les comportements actuels de votre enfant ainsi que sur son tempérament, répondre à des questions portant sur son développement socio-affectif et sur la possibilité d'avoir subi un traumatisme sexuel. Durant ce temps, votre enfant sera amené dans une salle de jeu qu'on vous aura au préalable fait visiter. Il recevra la consigne de jouer librement avec les jouets ou jeux mis à sa disposition en présence d'un(e) intervenant(e). Deux séances de jeu sont prévues et sont d'une durée de 45 minutes chacune. L'ensemble des entretiens sera enregistré sur bande vidéo. Finalement, et à moins qu'il ne l'introduise lui-même, le sujet de l'abus sexuel ne sera pas abordé avec votre enfant.

Mère de l'enfant: Pour votre part, vous serez invitée à remplir certains questionnaires portant sur votre tempérament, votre état émotionnel en général et sur des événements traumatisants que vous pourriez avoir vécus durant votre vie. Vous serez également invitée à participer à une entrevue qui portera sur votre relation avec votre enfant ainsi qu'à faire une activité de dessin partagé avec lui. L'entrevue sera enregistrée sur bande vidéo.

Ce processus d'évaluation est réalisé à l'École de psychologie de l'Université Laval. Il nécessite qu'on rencontre votre enfant à deux (2) reprises pendant environ une heure et demie et qu'on vous invite à une entrevue supplémentaire d'une durée équivalente.

Confidentialité: Nous tenons à vous assurer que l'identité et le matériel enregistré de vous-même et de votre enfant seront tenus confidentiels. Notamment, en lieu et place de vos noms usuels, il sera indiqué un numéro de code sur le matériel recueilli. De plus, les bandes vidéo seront remises dans un endroit tenu sous clé et gardées pour une durée n'excédant pas huit ans, soit la durée de la présente recherche. Au terme de cette période, le matériel d'enregistrement sera détruit. Enfin, les seules personnes ayant accès à ce matériel seront les membres de l'équipe de recherche directement associés au projet en titre.

Avantages et inconvénients:

La participation à cette recherche permettra d'évaluer l'adaptation sociale et affective de votre enfant. Si vous le souhaitez, un compte rendu des résultats de recherche vous sera communiqué sous forme d'entrevue à la fin de la troisième rencontre. Un présent sera également offert à votre enfant. Par ailleurs, compte tenu que la recherche porte sur le sujet délicat de l'abus sexuel à l'endroit d'enfants, il se peut que vous ressentiez certaines réactions d'inconfort. Si tel était le cas, et si vous le souhaitez, vous pourrez en discuter avec le responsable de cette recherche qui verra à identifier avec vous la forme d'aide nécessaire pour surmonter ces réactions. D'autre part, si l'intervenant qui rencontrera votre enfant constate qu'il y a eu possibilité d'abus, il a l'obligation de le signaler à la Direction de la Protection de la Jeunesse selon l'article 39 de la Loi sur la protection de la jeunesse, si cela n'a pas déjà été fait.

Droits du participant

Il vous sera possible de vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans aucune condition ni préjudice, et obtenir que les données recueillies sur votre enfant ou à votre sujet ne soient pas utilisées.

Cette recherche est réalisée sous la direction du Docteur Lina Normandin, psychologue et professeure titulaire à l'École de psychologie de l'Université Laval et a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Université Laval (2001-105 R2). Toute question, critique ou plainte pourra être adressée à cette dernière au numéro de téléphone suivant: (418) 656-2131, poste 5686 ou par écrit à l'adresse suivante: École de psychologie, Cité universitaire, Université Laval, Québec, Qc, G1K 7P4 ou encore à l'Ombudsman de l'Université Laval au numéro de téléphone suivant : (418) 656-3081.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous demandons de cocher la case qui correspond à un consentement de votre part et de signer au bas de la présente.

J'accepte (☐) / Je refuse (☐) que mon enfant _____ participe à cette étude.

J'accepte (☐) / Je refuse (☐) de participer aux aspects de la recherche qui me concernent moi personnellement, me placent en interaction avec mon enfant ou m'amènent à parler de ma relation avec lui.

Enfin, étant donné que ce projet de recherche est de type longitudinal, j'ai été informée que je serai recontactée dans le futur par un membre de l'équipe de recherche et ce afin de suivre l'évolution de mon enfant. Par conséquent,

Oui (☐) j'accepte d'être recontactée / Non (☐) je ne désire pas être recontactée.

Nom (en lettres moulées)

Date

Signature

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (Temps I)

Entente quant à votre participation et celle de votre enfant à une recherche longitudinale qui évalue l'adaptation sociale et affective d'enfants âgés entre 2 et 7 ans

Titre:

«Suivi longitudinal d'enfants soupçonnés d'abus sexuel en bas âge et évolution de la relation mère-enfant»

Objectif:

Comparer l'adaptation sociale et affective d'enfants soupçonnés d'avoir subi un abus sexuel en bas âge à celles d'enfants n'ayant pas subi un tel traumatisme.

Attentes des participants:

Pour effectuer cette recherche, nous avons besoin de trois groupes d'enfants : 1) un groupe d'enfants pour lesquels il y a des soupçons d'abus sexuel; 2) un autre groupe d'enfants n'ayant pas subi un tel traumatisme; et 3) un groupe d'enfants présentant des difficultés d'adaptation socio-affective non reliées à un traumatisme sexuel. Vous considérez que votre enfant fait partie du **Groupe 2 : Aucun soupçon d'Abus Sexuel**.

Enfant: En acceptant de participer à cette étude, vous aurez à remplir certains questionnaires portant sur les comportements actuels de votre enfant ainsi que sur son tempérament, répondre à des questions portant sur son développement socio-affectif et sur la possibilité d'avoir subi un traumatisme sexuel. Durant ce temps, votre enfant sera amené dans une salle de jeu qu'on vous aura au préalable fait visiter. Il recevra la consigne de jouer librement avec les jouets ou jeux mis à sa disposition en présence d'un(e) intervenant(e). Deux séances de jeu sont prévues et sont d'une durée de 45 minutes chacune. L'ensemble des entretiens sera enregistré sur bande vidéo. Finalement, et à moins qu'il ne l'introduise lui-même, le sujet de l'abus sexuel ne sera pas abordé avec votre enfant.

Mère de l'enfant: Pour votre part, vous serez invitée à remplir certains questionnaires portant sur votre tempérament, votre état émotionnel en général et sur des événements traumatisants que vous pourriez avoir vécus durant votre vie. Vous serez également invitée à participer à une entrevue qui portera sur votre relation avec votre enfant ainsi qu'à faire une activité de dessin partagé avec lui. L'entrevue sera enregistrée sur bande vidéo.

Ce processus d'évaluation est réalisé à l'École de psychologie de l'Université Laval. Il nécessite qu'on rencontre votre enfant à deux (2) reprises pendant environ une heure et demie et qu'on vous invite à une entrevue supplémentaire d'une durée équivalente.

Confidentialité: Nous tenons à vous assurer que l'identité et le matériel enregistré de vous-même et de votre enfant seront tenus confidentiels. Notamment, en lieu et place de vos noms usuels, il sera indiqué un numéro de code sur le matériel recueilli. De plus, les bandes vidéo seront remises dans un endroit tenu sous clé et gardées pour une durée n'excédant pas huit ans, soit la durée de la présente recherche. Au terme de cette période, le matériel d'enregistrement sera détruit. Enfin, les seules personnes ayant accès à ce matériel seront les membres de l'équipe de recherche directement associés au projet en titre.

Avantages et inconvénients:

La participation à cette recherche permettra d'évaluer l'adaptation sociale et affective de votre enfant. Si vous le souhaitez, un compte rendu des résultats de recherche vous sera communiqué

sous forme d'entrevue à la fin de la troisième rencontre. Un présent sera également offert à votre enfant. Par ailleurs, compte tenu que la recherche porte sur le sujet délicat de l'abus sexuel à l'endroit d'enfants, il se peut que vous ressentiez certaines réactions d'inconfort. Si tel était le cas, et si vous le souhaitez, vous pourrez en discuter avec le responsable de cette recherche qui verra à identifier avec vous la forme d'aide nécessaire pour surmonter ces réactions. D'autre part, si l'intervenant qui rencontrera votre enfant constate qu'il y a eu possibilité d'abus ou abus, il a l'obligation de le signaler à la Direction de la Protection de la Jeunesse selon l'article 39 de la Loi sur la protection de la jeunesse, si cela n'a pas déjà été fait.

Droits du participant

Il vous sera possible de vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans aucune condition ni préjudice, et obtenir que les données recueillies sur votre enfant ou à votre sujet ne soient pas utilisées.

Cette recherche est réalisée sous la direction du Docteur Lina Normandin, psychologue et professeure titulaire à l'École de psychologie de l'Université Laval et a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Université Laval (2001-105 R2). Toute question, critique ou plainte pourra être adressée à cette dernière au numéro de téléphone suivant: (418) 656-2131, poste 5686 ou par écrit à l'adresse suivante: École de psychologie, Cité universitaire, Université Laval, Québec, Qc, G1K 7P4 ou encore à l'Ombudsman de l'Université Laval au numéro de téléphone suivant : (418) 656-3081.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous demandons de cocher la case qui correspond à un consentement de votre part et de signer au bas de la présente.

J'accepte (☐) / Je refuse (☐) que mon enfant _____ participe à cette étude.

J'accepte (☐) / Je refuse (☐) de participer aux aspects de la recherche qui me concernent moi personnellement, me placent en interaction avec mon enfant ou m'amènent à parler de ma relation avec lui.

Enfin, étant donné que ce projet de recherche est de type longitudinal, j'ai été informée que je serai recontactée dans le futur par un membre de l'équipe de recherche et ce afin de suivre l'évolution de mon enfant. Par conséquent,

Oui (☐) j'accepte d'être recontactée / Non (☐) je ne désire pas être recontactée.

Nom (en lettres moulées)

Date

Signature

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

(Temps I)

Entente quant à votre participation et celle de votre enfant à une recherche longitudinale qui évalue l'adaptation sociale et affective d'enfants âgés entre 8 et 12 ans

Titre:

«Suivi longitudinal d'enfants soupçonnés d'abus sexuel en bas âge et évolution de la relation mère-enfant»

Objectif:

Comparer l'adaptation sociale et affective d'enfants soupçonnés d'avoir subi un abus sexuel en bas âge à celles d'enfants n'ayant pas subi un tel traumatisme.

Attentes des participants:

Pour effectuer cette recherche, nous avons besoin de trois groupes d'enfants : 1) un groupe d'enfants pour lesquels il y a des soupçons d'abus sexuel; 2) un autre groupe d'enfants n'ayant pas subi un tel traumatisme; et 3) un groupe d'enfants présentant des difficultés d'adaptation socio-affective non reliées à un traumatisme sexuel. Vous considérez que votre enfant fait partie du **Groupe 1 : Soupçons d'Abus Sexuel**.

Enfant: En acceptant de participer à cette étude, vous aurez à remplir certains questionnaires portant sur les comportements actuels de votre enfant ainsi que sur son tempérament, répondre à des questions portant sur son développement socio-affectif et sur la possibilité d'avoir subi un traumatisme sexuel. Durant ce temps, votre enfant sera amené dans une salle de jeu qu'on vous aura au préalable fait visiter. Il recevra la consigne de jouer librement avec les jouets ou jeux mis à sa disposition en présence d'un(e) intervenant(e). Deux séances de jeu sont prévues et sont d'une durée de 45 minutes chacune. L'ensemble des entretiens sera enregistré sur bande vidéo. Finalement, et à moins qu'il ne l'introduise lui-même, le sujet de l'abus sexuel ne sera pas abordé avec votre enfant.

Mère de l'enfant: Pour votre part, vous serez invitée à remplir certains questionnaires portant sur votre tempérament, votre état émotionnel en général et sur des événements traumatisants que vous pourriez avoir vécus durant votre vie. Vous serez également invitée à participer à une entrevue qui portera sur votre relation avec votre enfant ainsi qu'à faire une activité de dessin partagé avec lui. L'entrevue sera enregistrée sur bande vidéo.

Ce processus d'évaluation est réalisé à l'École de psychologie de l'Université Laval. Il nécessite qu'on rencontre votre enfant à deux (2) reprises pendant environ une heure et demie et qu'on vous invite à une entrevue supplémentaire d'une durée équivalente.

Confidentialité: Nous tenons à vous assurer que l'identité et le matériel enregistré de vous-même et de votre enfant seront tenus confidentiels. Notamment, en lieu et place de vos noms usuels, il sera indiqué un numéro de code sur le matériel recueilli. De plus, les bandes vidéo seront remises dans un endroit tenu sous clé et gardées pour une durée n'excédant pas huit ans, soit la durée de la présente recherche. Au terme de cette période, le matériel d'enregistrement sera détruit. Enfin, les seules personnes ayant accès à ce matériel seront les membres de l'équipe de recherche directement associés au projet en titre.

Avantages et inconvénients:

La participation à cette recherche permettra d'évaluer l'adaptation sociale et affective de votre enfant. Si vous le souhaitez, un compte rendu des résultats de recherche vous sera communiqué sous forme d'entrevue à la fin de la troisième rencontre. Un présent sera également offert à votre enfant. Par ailleurs, compte tenu que la recherche porte sur le sujet délicat de l'abus sexuel à l'endroit d'enfants, il se peut que vous ressentiez certaines réactions d'inconfort. Si tel était le cas, et si vous le souhaitez, vous pourrez en discuter avec le responsable de cette recherche qui verra à identifier avec vous la forme d'aide nécessaire pour surmonter ces réactions. D'autre part, si l'intervenant qui rencontrera votre enfant constate qu'il y a eu possibilité d'abus ou abus, il a l'obligation de le signaler à la Direction de la Protection de la Jeunesse selon l'article 39 de la Loi sur la protection de la jeunesse, si cela n'a pas déjà été fait.

Droits du participant

Il vous sera possible de vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans aucune condition ni préjudice, et obtenir que les données recueillies sur votre enfant ou à votre sujet ne soient pas utilisées.

Cette recherche est réalisée sous la direction du Docteur Lina Normandin, psychologue et professeure titulaire à l'École de psychologie de l'Université Laval et a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Université Laval (2001-105 R2). Toute question, critique ou plainte pourra être adressée à cette dernière au numéro de téléphone suivant: (418) 656-2131, poste 5686 ou par écrit à l'adresse suivante: École de psychologie, Cité universitaire, Université Laval, Québec, Qc, G1K 7P4 ou encore à l'Ombudsman de l'Université Laval au numéro de téléphone suivant : (418) 656-3081.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous demandons de cocher la case qui correspond à un consentement de votre part et de signer au bas de la présente.

J'accepte (☐) / Je refuse (☐) que mon enfant _____ participe à cette étude.

J'accepte (☐) / Je refuse (☐) de participer aux aspects de la recherche qui me concernent moi personnellement, me placent en interaction avec mon enfant ou m'amènent à parler de ma relation avec lui.

Enfin, étant donné que ce projet de recherche est de type longitudinal, j'ai été informée que je serai recontactée dans le futur par un membre de l'équipe de recherche et ce afin de suivre l'évolution de mon enfant. Par conséquent,

Oui (☐) j'accepte d'être recontactée / Non (☐) je ne désire pas être recontactée.

Nom (en lettres moulées)

Date

Signature

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (Temps I)

Entente quant à votre participation et celle de votre enfant à une recherche longitudinale qui évalue l'adaptation sociale et affective d'enfants âgés entre 8 et 12 ans

Titre:

«Suivi longitudinal d'enfants soupçonnés d'abus sexuel en bas âge et évolution de la relation mère-enfant»

Objectif:

Comparer l'adaptation sociale et affective d'enfants soupçonnés d'avoir subi un abus sexuel en bas âge à celles d'enfants n'ayant pas subi un tel traumatisme.

Attentes des participants:

Pour effectuer cette recherche, nous avons besoin de trois groupes d'enfants : 1) un groupe d'enfants pour lesquels il y a des soupçons d'abus sexuel; 2) un autre groupe d'enfants n'ayant pas subi un tel traumatisme; et 3) un groupe d'enfants présentant des difficultés d'adaptation socio-affective non reliées à un traumatisme sexuel. Vous considérez que votre enfant fait partie du **Groupe 2 : Aucun soupçon d'Abus Sexuel**.

Enfant: En acceptant de participer à cette étude, vous aurez à remplir certains questionnaires portant sur les comportements actuels de votre enfant ainsi que sur son tempérament, répondre à des questions portant sur son développement socio-affectif et sur la possibilité d'avoir subi un traumatisme sexuel. Durant ce temps, votre enfant sera amené dans une salle de jeu qu'on vous aura au préalable fait visiter. Il recevra la consigne de jouer librement avec les jouets ou jeux mis à sa disposition en présence d'un(e) intervenant(e). Deux séances de jeu sont prévues et sont d'une durée de 45 minutes chacune. L'ensemble des entretiens sera enregistré sur bande vidéo. Finalement, et à moins qu'il ne l'introduise lui-même, le sujet de l'abus sexuel ne sera pas abordé avec votre enfant.

Mère de l'enfant: Pour votre part, vous serez invitée à remplir certains questionnaires portant sur votre tempérament, votre état émotionnel en général et sur des événements traumatisants que vous pourriez avoir vécus durant votre vie. Vous serez également invitée à participer à une entrevue qui portera sur votre relation avec votre enfant ainsi qu'à faire une activité de dessin partagé avec lui. L'entrevue sera enregistrée sur bande vidéo.

Ce processus d'évaluation est réalisé à l'École de psychologie de l'Université Laval. Il nécessite qu'on rencontre votre enfant à deux (2) reprises pendant environ une heure et demie et qu'on vous invite à une entrevue supplémentaire d'une durée équivalente.

Confidentialité: Nous tenons à vous assurer que l'identité et le matériel enregistré de vous-même et de votre enfant seront tenus confidentiels. Notamment, en lieu et place de vos noms usuels, il sera indiqué un numéro de code sur le matériel recueilli. De plus, les bandes vidéo seront remises dans un endroit tenu sous clé et gardées pour une durée n'excédant pas huit ans, soit la durée de la présente recherche. Au terme de cette période, le matériel d'enregistrement sera détruit. Enfin, les seules personnes ayant accès à ce matériel seront les membres de l'équipe de recherche directement associés au projet en titre.

Avantages et inconvénients:

La participation à cette recherche permettra d'évaluer l'adaptation sociale et affective de votre enfant. Si vous le souhaitez, un compte rendu des résultats de recherche vous sera communiqué

sous forme d'entrevue à la fin de la troisième rencontre. Un présent sera également offert à votre enfant. Par ailleurs, compte tenu que la recherche porte sur le sujet délicat de l'abus sexuel à l'endroit d'enfants, il se peut que vous ressentiez certaines réactions d'inconfort. Si tel était le cas, et si vous le souhaitez, vous pourrez en discuter avec le responsable de cette recherche qui verra à identifier avec vous la forme d'aide nécessaire pour surmonter ces réactions. D'autre part, si l'intervenant qui rencontrera votre enfant constate qu'il y a eu possibilité d'abus ou abus, il a l'obligation de le signaler à la Direction de la Protection de la Jeunesse selon l'article 39 de la Loi sur la protection de la jeunesse, si cela n'a pas déjà été fait.

Droits du participant

Il vous sera possible de vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans aucune condition ni préjudice, et obtenir que les données recueillies sur votre enfant ou à votre sujet ne soient pas utilisées.

Cette recherche est réalisée sous la direction du Docteur Lina Normandin, psychologue et professeure titulaire à l'École de psychologie de l'Université Laval et a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Université Laval (2001-105 R2). Toute question, critique ou plainte pourra être adressée à cette dernière au numéro de téléphone suivant: (418) 656-2131, poste 5686 ou par écrit à l'adresse suivante: École de psychologie, Cité universitaire, Université Laval, Québec, Qc, G1K 7P4 ou encore à l'Ombudsman de l'Université Laval au numéro de téléphone suivant : (418) 656-3081.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous demandons de cocher la case qui correspond à un consentement de votre part et de signer au bas de la présente.

J'accepte () / Je refuse () que mon enfant _____ participe à cette étude.

J'accepte () / Je refuse () de participer aux aspects de la recherche qui me concernent moi personnellement, me placent en interaction avec mon enfant ou m'amènent à parler de ma relation avec lui.

Enfin, étant donné que ce projet de recherche est de type longitudinal, j'ai été informée que je serai recontactée dans le futur par un membre de l'équipe de recherche et ce afin de suivre l'évolution de mon enfant. Par conséquent,

Oui () j'accepte d'être recontactée / Non () je ne désire pas être recontactée.

Nom (en lettres moulées)

Date

Signature

**UNITÉ DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION
AUPRÈS DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT****FORMULAIRE DE CONSENTEMENT RELATIF À L'AUTORITÉ PARENTALE**

L'Unité de Recherche et d'Intervention auprès de l'Enfant et de l'Adolescent, rattaché au Service de Consultation de l'École de psychologie de l'Université Laval, apporte une aide psychologique à des enfants et des adolescents et procède à des recherches portant sur leur développement. Ces activités se font dans le respect des dispositions du Code civil. En conséquence, l'Unité s'assure que les deux parents détenant conjointement l'autorité parentale soient informés des interventions faites auprès de l'enfant ou de l'adolescent. Les deux parents doivent ainsi consentir à l'évaluation psychologique, au traitement psychologique ou à la participation dans un protocole de recherche, à défaut de quoi l'évaluation, le traitement psychologique ou la recherche ne pourra s'effectuer.

Aussi, si un des deux parents détenant l'autorité parentale s'opposait ou venait à s'opposer à l'évaluation, au traitement psychologique de son enfant, ou à sa participation dans un protocole de recherche, l'Unité se verrait dans l'obligation de mettre fin au processus.

Aspects concernant l'autorité parentale:

- Le père et la mère exercent l'autorité parentale conjointement et en toute égalité.
- La situation de couple des parents ne modifie ni la nature, ni l'exercice de l'autorité parentale. Seule la déchéance de l'autorité parentale par le tribunal prive un parent de cette autorité.

Articles 600 et 603 du Code civil du Québec:

- Le père et la mère exercent ensemble l'autorité parentale.
- Si l'un d'eux décède, est déchu de l'autorité parentale ou n'est pas en mesure de manifester sa volonté, l'autorité est exercée par l'autre.
- À l'égard des tiers de bonne foi, le père ou la mère qui accomplit seul un acte d'autorité à l'égard de l'enfant est présumé agir avec l'accord de l'autre.

Après lecture des informations contenues dans ce formulaire de consentement, je consens à ce que l'Unité de Recherche et d'Intervention auprès de l'Enfant et de l'Adolescent entreprenne une démarche d'évaluation, de traitement psychologique ou de recherche auprès de mon enfant _____ (nom de l'enfant), et assure que l'autre parent détenant l'autorité parentale soit informé des interventions psychologiques faites auprès de l'enfant ou de l'adolescent et des procédures à entreprendre s'il venait à s'opposer à ces activités.

Signature du parent: _____

Signature du parent (si présent): _____

Signature du témoin: _____

Formulaire lu et signé ce _____ à l'École de psychologie de l'Université Laval

