

## Table des matières

|                                                              |      |
|--------------------------------------------------------------|------|
| Résumé.....                                                  | iii  |
| Table des matières .....                                     | v    |
| Liste des annexes .....                                      | vii  |
| Liste des tableaux.....                                      | ix   |
| Remerciements.....                                           | xiii |
| Contexte théorique.....                                      | 1    |
| La problématique de l’abus sexuel chez l’enfant.....         | 1    |
| Définition de l’abus sexuel chez l’enfant.....               | 2    |
| Recension des écrits sur l’abus sexuel chez l’enfant .....   | 3    |
| Modèles théoriques existants .....                           | 13   |
| Périodes de développement et abus sexuel chez l’enfant ..... | 17   |
| Question de recherche.....                                   | 18   |
| Cadre théorique employé .....                                | 19   |
| Indicateurs de la perturbation du développement .....        | 22   |
| Objectif et hypothèses.....                                  | 25   |
| Méthodologie .....                                           | 27   |
| Participants.....                                            | 27   |
| Matériel .....                                               | 30   |
| Procédure .....                                              | 33   |
| Résultats.....                                               | 34   |
| Analyses statistiques effectuées .....                       | 34   |
| Résultats obtenus.....                                       | 35   |
| Discussion .....                                             | 38   |
| Limites .....                                                | 47   |
| Contributions scientifiques .....                            | 49   |
| Avenues futures.....                                         | 50   |
| Références.....                                              | 55   |



## Liste des annexes

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| <b>Annexe A: Formulaires éthiques</b> ..... | 67 |
| Formulaires de consentement.....            | 69 |
| Formulaire d'autorité parentale.....        | 77 |



## Liste des tableaux

### **Tableau 1**

Répartition de l'échantillon en fonction du groupe de classification, de la période de développement et du genre.....63

### **Tableau 2**

Résultats des ANOVAs.....64

### **Tableau 3**

Effets simples et effet d'interaction.....65

### **Tableau 4**

Effet d'interaction entre le groupe de classification et le genre pour l'externalisation.....66



« Les esprits créatifs survivent toujours aux mauvais traitements. »  
Anna Freud

Dédié à la mémoire de Ginette Bisson,  
Femme unique, mère exceptionnelle



## Remerciements

La réalisation d'un projet d'envergure implique un long processus avec des avancées et des régressions. Pour l'accomplissement de ce mémoire doctoral, nombreux sont ceux qui ont joué un rôle de pilier, de stabilité dans ma vie, m'aidant à garder le cap vers mon objectif et à croire en ma capacité à l'atteindre.

Tout d'abord je tiens à remercier les membres de mon comité de mémoire doctoral, dont madame Karin Ensink et monsieur Stéphane Sabourin, pour leur support et leur engagement tout au long de mon parcours. Plus particulièrement, je dois souligner l'importance de ma directrice de recherche, madame Lina Normandin. Elle m'a vu faire mes premiers pas dans le domaine de la psychologie et a su me laisser l'espace nécessaire à l'apprentissage tout en sachant me ramener vers mes objectifs lorsque je m'égarais. Elle a toujours su me démontrer au-delà des mots qu'elle avait foi en moi et qu'elle veillait sur moi. Madame Normandin est pour moi un modèle remarquable de clinicienne joignant avec art une sensibilité et une compréhension aiguisée des dynamiques psychiques, de même qu'une juste mesure dans l'intervention. De plus, je dois la remercier de m'avoir offert l'opportunité d'évoluer dans un laboratoire où l'apprentissage de la clinique est important et florissant, entre autres grâce aux nombreuses années de rencontres hebdomadaires de supervision de groupe.

J'ai également eu la chance de côtoyer, durant mon cheminement dans le laboratoire de madame Normandin, Roxanne Lemieux. Je dois remercier cette dernière chaleureusement pour m'avoir rassurée dans mes moments de doute et m'avoir montré la voie à suivre. Elle a été la première à me donner ma chance comme bénévole au sein du laboratoire, il y a déjà plus de dix ans. Elle m'a guidé pas-à-pas et m'a aidé à développer les compétences nécessaires afin d'être une psychologue à la hauteur de mes aspirations. Également, je tiens à remercier mes collègues des premiers instants, dont plus particulièrement Véronik, Julie et Nicolas. Nous avons partagé les angoisses de la performance académique, de la demande d'inscription aux études de troisième cycle, de même que les frustrations et les petites victoires associées à la réalisation du doctorat. Sans eux cette épreuve aurait été bien plus aride. Merci!

Mes amies, Séverine, Dora, Rosée, Gabrielle, pour n'en nommer que quelques-unes, je leur dois beaucoup, dont de nombreux moments de folie, de fous rires, de remise en question, mais surtout d'amour inconditionnel et de support indéfectible.

Les membres de ma famille ont été présents pour moi tout au long des étapes traversées au fil des ans. Ils ont su être là aux bons moments et être disponibles pour me donner un coup de main lorsque je n'arrivais plus à ramer seule. Entre autres, il s'agit de mon grand-père Paul Bisson, mes tantes Lyne Bisson, Marie Bisson, Monique Bisson et mon oncle Guy Bisson. D'autres ont fait également partie de ma famille « de cœur » et m'ont aidé à passer à travers les défis que j'ai rencontrés et ce, dès le début de mon baccalauréat dont Steeve Savard, Noé Dumont Fournier et mon beau-père, Charles Nadeau.

Mes remerciements vont également à mon conjoint, Hugo Vézina, qui a assisté à la fin de mon parcours académique. Il a su m'offrir le juste équilibre entre apaiser mes

craintes et me motiver à terminer ce que j'avais entrepris. Sa force tranquille m'a été d'un grand secours et son amour, mon énergie pour avancer.

Je dois remercier finalement ma mère, qui a su m'élever au-delà de ce qu'elle a reçu, qui a compris qu'avec l'amour on peut arriver à se surpasser. J'ai appris de sa résilience, de sa ténacité et de sa force de caractère. Elle n'a pas été une mère parfaite, mais « suffisamment bonne », qui a toujours cru en moi, en mes capacités et qui savait que je pouvais atteindre mes rêves, peu importe leur grandeur. Elle n'a jamais su que j'ai été admise au doctorat et ainsi, elle n'a pas pu assister à son achèvement. Par contre, elle a été celle qui a fait naître en moi les ressources nécessaires afin de traverser ce périple qu'est le doctorat et son souvenir m'a aidé à toujours me relever lors des moments difficiles et à persévérer.

## **Contexte théorique**

### **La problématique de l'abus sexuel chez l'enfant**

L'abus sexuel chez les enfants est une problématique d'envergure dans nos sociétés, il constitue un phénomène social global qui atteint des enfants partout dans le monde (Collin-Vézina, Daigneault, & Hébert, 2013). En effet, 20 % des femmes et 5 à 10 % des hommes dans le monde auraient vécu ce traumatisme infantile (Collin-Vézina et al., 2013; Freyd et al., 2005). D'après une méta-analyse de 217 études (de 1980 à 2008) sur l'abus sexuel chez les enfants menée internationalement, le taux de prévalence serait de 18 % chez les filles et de 7.6 % chez les garçons (Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). Au Québec il y a, pour 100 000 enfants, 212 cas d'abus sexuels rapportés à des autorités policières et 205 cas pour l'ensemble du Canada (StatistiqueCanada, 2012). En 2005, Statistique Canada déclarait que les filles sont surreprésentées dans la population des enfants victimes d'agression sexuelle, puisque dans huit cas sur 10, il s'agit d'un enfant de sexe féminin. Fontanella, Harrington, et Zuravin (2000) précisent que 25 % à 35 % des cas seraient des enfants en bas âge (moins de 7 ans). Bien que le taux de prévalence de l'abus sexuel infantile soit élevé, il serait plus important en réalité que ce qui est officiellement documenté (Trickett, Noll, & Putnam, 2011; Tyler, 2002), car le nombre de cas est sous-rapporté (Alter-Reid, Gibbs, Lachenmeyer, Sigal, & Massoth, 1986; Jones et al., 2013; Stoltenborgh et al., 2011) et la plupart des chercheurs qualifient les taux recensés de conservateurs (Goldman & Padayachi, 2000).

Ainsi, la prudence est de mise face à ces chiffres, car le taux de prévalence est susceptible de fluctuer d'une étude à l'autre en fonction de la définition utilisée, de la méthode de collecte des données, de l'échantillonnage et de plusieurs autres facteurs associés à la méthodologie (Briere, 1992; Collin-Vézina et al., 2013; Cyr, Michel, & Dumais, 2013; Goldman & Padayachi, 2000; Putnam, 2003; Romano & De Luca, 2001; Stoltenborgh et al., 2011; Walker et al., 2004). Malgré tout, ces résultats soulignent la pertinence de mener des études sur l'abus sexuel infantile, afin de mieux comprendre cette problématique et ses effets à travers le développement et ainsi, pouvoir intervenir plus efficacement auprès de cette population (Trickett et al., 2011).

## **Définition de l'abus sexuel chez l'enfant**

L'abus sexuel n'est pas un trouble psychologique avec un diagnostic ou encore un syndrome, mais plutôt un événement traumatisant (Mannarino & Cohen, 2006). La définition qui est la plus reconnue est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (Cyr et al., 2013). Ainsi, selon l'O.M.S. l'abus sexuel chez l'enfant est défini comme :

L'implication d'un enfant dans une activité de nature sexuelle qu'il ou elle ne peut entièrement comprendre, dont il lui est impossible de donner un consentement éclairé, ou pour laquelle l'enfant n'est pas préparé dû à son niveau développemental ou qui va à l'encontre des lois ou des tabous de la société. Les enfants peuvent être abusés sexuellement par des adultes ou par d'autres enfants qui sont, en vertu de leur âge ou de leur niveau développemental, dans une position de responsabilité, de confiance ou de pouvoir envers la victime.(Cyr et al., 2013, p.144, traduction libre)

Les chercheurs sur ce thème ne s'entendent pas toujours sur la définition à employer. Ce construit ne bénéficie pas d'une définition consensuelle. La variabilité, dans la définition de l'abus sexuel, est susceptible de nuire à la comparaison des études entre elles (Collin-Vézina et al., 2013; Walker et al., 2004) et d'influencer le tableau symptomatique de la population étudiée (Briere, 1992; Yancey, Naufel, & Hansen, 2013). Selon Goldman et Padayachi (2000), qui ont examiné les problèmes d'ordre méthodologique dans les études sur l'abus sexuel infantile, il y aurait quatre éléments importants qui sont susceptibles de varier dans la définition de l'abus sexuel dans les recherches. Il s'agit de la façon dont le contact sexuel est défini, l'inclusion ou l'exclusion des événements sexuels sans contact (exhibitionnisme, pornographie, etc.), l'inclusion ou non des contacts consentants et la prise en compte ou non de la différence d'âge entre l'abuseur et l'abusé. En outre, si la définition employée est plus restrictive, incluant seulement des types d'abus sexuels plus intrusifs, il est possible que les séquelles identifiées soient plus prononcées qu'à l'intérieur d'autres recherches (Wyatt & Peters, 1986). À l'inverse, si la définition utilisée est plus large, cela peut entraîner les études à rapporter des taux de prévalence d'abus sexuels plus élevés (Cyr et al., 2013).

## **Recension des écrits sur l'abus sexuel chez l'enfant**

Historiquement, les études sur l'abus sexuel chez l'enfant ont vraiment pris leur essor que vers le milieu des années 1980 (Downs, 1993; Dubé & Hébert, 1988; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Trickett et al., 2011). Les éléments qui étaient abordés dans les premières recherches sur le sujet étaient, tout d'abord, d'identifier la prévalence, ainsi que de décrire les variables de l'abus et les caractéristiques sociodémographiques des enfants ayant subi une telle expérience (e.g. Finkelhor, 1993; Finkelhor, 1994; Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990; Watkins & Bentovim, 1992; Wyatt & Peters, 1986). Puis, les chercheurs ont tenté de déterminer si l'abus sexuel infantile a un impact sur les victimes (Friedrich, 1998) et d'identifier les séquelles à court et à long terme (e.g. Beitchman, Zucker, Hood, daCosta, & Akman, 1991; Beitchman et al., 1992; Browne & Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett et al., 1993). Ensuite, plusieurs études ont tenté d'identifier les variables qui sont corrélées, ou encore celles prédisant les effets de l'abus (Ruggiero, McLeer, & Dixon, 2000; Yancey et al., 2013).

Il a été démontré par plusieurs auteurs que, lorsque des enfants abusés sont comparés à un groupe contrôle (non-clinique), les premiers sont plus symptomatiques (e.g. Beitchman et al., 1991; Bernier, Hébert, & Collin-Vézina, 2013; Browne & Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett et al., 1993). Les séquelles de l'abus sexuel sont bien documentées, autant en recherche qu'en clinique (Romano & De Luca, 2001) et peuvent se manifester par une grande variété de symptômes et de comportements pathologiques (Barnes, Noll, Putnam, & Trickett, 2009; Cyr et al., 2013; Kendall-Tackett et al., 1993). Les symptômes présentés sont aussi variés que, entre autres, les comportements sexualisés, la dissociation, l'externalisation, les problèmes d'estime de soi, la dépression, l'anxiété, le syndrome de stress post-traumatique, etc. Quatre symptômes des suites de l'abus sexuel seront plus particulièrement étudiés dans le cadre de ce mémoire. Ils ont été sélectionnés en fonction du modèle théorique choisi, afin de constituer des indicateurs de la perturbation du développement. Cet aspect va être élaboré ultérieurement. Il s'agit des comportements sexualisés, de la somatisation, de l'externalisation et des problèmes sociaux. Ainsi, il semble pertinent de s'attarder davantage sur la littérature concernant ces symptômes.

Premièrement, les comportements sexualisés constituent le symptôme le plus fréquemment étudié en lien avec l'abus sexuel chez l'enfant et il est souvent considéré comme le plus associé à cette problématique (Adams, McClellan, Douglass, McCurry, & Storck, 1995; Beitchman et al., 1991; Beitchman et al., 1992 ; Green, 1993; Kendall-Tackett et al., 1993). Les comportements sexualisés incluent, entre autres, les jeux sexualisés avec des poupées, l'insertion d'objets dans les orifices, la masturbation excessive ou en public, la demande de stimulation sexuelle, les comportements de séduction et les connaissances sexuelles inappropriées en fonction de l'âge de l'enfant (Beitchman et al., 1991). Selon plusieurs auteurs (Collin-Vézina et al., 2013; Cosentino, Meyer-Bahlburg, Alpert, Weinberg, & Gaines, 1995; Friedrich et al., 2001; McClellan et al., 1996; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001) les enfants abusés sexuellement présenteraient plus de comportements sexualisés que d'autres enfants n'ayant pas vécu d'abus. Kendall-Tackett et al. (1993) affirment que le taux d'occurrence de ces comportements varie grandement d'une étude à l'autre. Néanmoins, les auteurs situent autour de 35 % le pourcentage d'enfants préscolaires ayant vécu un abus sexuel qui ont des comportements sexualisés.

Il paraît utile de s'attarder aux comportements d'ordre sexuel en fonction du développement normal, afin de pouvoir mieux saisir l'importance des comportements sexualisés chez les enfants abusés sexuellement. Selon Waisbrod et Reicher (2014) les comportements sexuels peuvent être placés sur un continuum, des comportements normaux à ceux qui sont inappropriés. En outre Sandnabba, Santtila, Wannas et Krook (2003) ont été en mesure d'apporter certains éclaircissements quant au développement sexuel normal. Ils ont observé les comportements sexualisés chez des enfants n'ayant pas vécu d'abus sexuel. Ils ont trouvé que les comportements sexualisés les plus fréquents étaient les contacts physiques, les comportements reliés à la toilette, l'intérêt sexuel, l'auto-exploration, l'intérêt pour les jeux génitaux, les comportements sexualisés avec d'autres enfants, les verbalisations à caractère sexuel et le voyeurisme (Sandnabba et al., 2003). Selon les auteurs, cela correspond à ce qui a été démontré dans d'autres études sur le sujet (e.g. Davies, Glaser, & Kossoff, 2000; Larsson & Svedin, 2002; Lindblad, Gustafsson, Larsson, & Lundin, 1995). Les comportements, qui ont été moins fréquents dans l'échantillon de Sandnabba et al., (2003) étaient les comportements de séduction et les verbalisations de

nature sexuelle. Les comportements qui n'ont pas été trouvés chez les enfants étudiés étaient la pénétration orale, vaginale ou anale auprès d'autres enfants ou d'adultes et des comportements sexualisés intrusifs. Selon les auteurs, ce résultat était prévisible étant donné que ces comportements ne constituent pas des éléments attendus en fonction du développement sexuel normal (Sandnabba et al., 2003).

Waisbrod et Reicher (2014) abordent dans un article les problèmes de comportement sexuel chez les enfants (*children with sexual behavior problems, CSBP*). Les comportements sexualisés et les comportements sexuels problématiques ne sont pas identiques, mais ils constituent des comportements qui dévient de la norme et qui ne font pas partie des comportements incluant dans le développement sexuel typique. De plus, ces deux types de comportements sont susceptibles d'apparaître chez des enfants ayant vécu un abus sexuel. Les auteurs définissent les CSBP comme étant « les enfants de 12 ans et moins qui entreprennent des comportements impliquant des parties sexuelles du corps d'une manière qui est, d'un point de vue développemental, inappropriée ou potentiellement dangereuse pour eux-mêmes ou pour les autres. » (p.94-95, traduction libre). Les chercheurs affirment que le développement sexuel normal inclut notamment des comportements d'exploration. Par contre, ils sont spontanés, se produisent entre des enfants du même âge ou du même niveau de développement, qui se connaissent et ils impliquent un consentement mutuel sans être accompagnés d'agressivité, de peur ou d'anxiété. De plus, ces comportements réduisent en fréquence et en durée s'il y a une intervention parentale. Ainsi, les comportements qui sont inclus dans le développement sexuel normal et les comportements qui sont problématiques, comme les comportements sexualisés, sont variés et se conceptualisent mieux selon un continuum et non de manière dichotomique.

Il semble que, chez les enfants abusés sexuellement, les comportements sexualisés soient davantage présents chez les plus jeunes d'entre eux (Kendall-Tackett et al., 1993; McClellan et al., 1996; Putnam, 2003; Tyler, 2002). Selon Kendall-Tackett et al. (1993) les comportements sexualisés seraient plus présents chez les enfants d'âge préscolaire (pour ensuite s'atténuer durant la période de latence et réémerger durant l'adolescence). McClellan et al. (1996) abondent en ce sens et affirment que les jeunes enfants abusés,

entre 0 à 6 ans, présentent significativement plus de comportements sexualisés inappropriés. « De manière générale, il semble que la présence de comportements sexualisés inappropriés soit inversement proportionnelle à l'âge de l'enfant au moment de l'abus. » (McClellan et al., 1996, p. 1378, traduction libre). Mian, Marton et LeBaron (1996) ont également observé, dans une étude chez les filles de 3 à 5 ans ayant vécu un abus sexuel, qu'elles présentaient comme symptômes, entre autres, des comportements sexualisés. Putnam (2003) a également observé la présence de comportements sexualisés plus prononcée chez les enfants abusés à un jeune âge et chez les enfants plus jeunes au moment de l'évaluation. Les autres variables, influençant la présence de comportements sexualisés chez les enfants abusés, incluent le nombre d'abuseurs, la fréquence et la durée de l'abus (Adams et al., 1995; Friedrich, 1993; Friedrich, Urquiza, & Beilke, 1986) et l'usage de la force (Friedrich et al., 1992). Également, il semble que chez les filles, lorsque l'abuseur est le père ou le beau-père, les comportements sexualisés sont plus sévères (Cosentino et al., 1995). Concernant le genre, il n'est pas clair s'il a une influence quant au taux de comportements sexualisés observé (Feiring, Taska, & Lewis, 1999).

Deuxièmement, la somatisation est un autre symptôme qui est également présent chez les enfants abusés sexuellement. Cela correspond au processus par lequel la détresse psychologique est exprimée au travers de plaintes physiques qui ont peu ou pas d'étiologie organique (Earnest, 1999). Rimsza, Berg et Locke (1988) ont mené une étude sur le sujet et concluent que les enfants et les adolescents, abusés sexuellement, sont plus susceptibles de présenter des difficultés comportementales et somatiques, comparés à un groupe contrôle et ce, plusieurs mois ou années après l'abus sexuel. Aussi, plusieurs auteurs ont trouvé que les individus ayant vécu un abus sexuel à l'enfance présentent des symptômes somatiques et des plaintes d'ordre médical, tels que des problèmes de dos, des douleurs pelviennes ou gastro-intestinales, etc. (Briere & Runtz, 1988; Drossman et al., 1990; Freedman, Rosenberg, & Schmaling, 1991; Leserman et al., 1996; Linton, 1997; Moeller, Bachmann, & Moeller, 1993; Reiter, Shakerin, Gambone, & Milburn, 1991; Walker et al., 1992). Par contre, ces études sont majoritairement menées auprès d'adultes et parfois, au sein de populations cliniques. Un peu plus récemment, Modestin, Furrer et Malti (2005) ont étudié l'impact de plusieurs expériences traumatiques sur différentes psychopathologies, auprès

d'une population non clinique de jeunes adultes. Ils ont trouvé que l'abus sexuel sévère à l'enfance est relié significativement à la somatisation à l'âge adulte.

Plusieurs études avancent un lien entre la somatisation et l'âge de l'enfant lorsque survient l'abus sexuel. En effet, Rimsza et al. (1988) ont trouvé une tendance, sans être toutefois une différence significative, qui indique que l'âge de l'enfant au moment de l'abus peut influencer la fréquence des symptômes somatiques rapportés. Selon les auteurs, ce sont les enfants plus jeunes (moins de 7 ans) qui peuvent être les plus vulnérables. Green (1986) note que les comportements régressifs, incluant l'énurésie et l'encoprésie, sont plus communs chez les jeunes enfants que chez les enfants plus vieux et les adolescents. Trickett et Putnam (1998), qui ont mené une recension des écrits sur l'abus sexuel, concluent que chez les enfants de 0-6 ans, les effets de l'abus comprennent majoritairement des symptômes somatiques (énurésie, maux de ventre, maux de tête), des comportements sexualisés et des problèmes d'internalisation. Ces deux derniers ensembles de symptômes se retrouvent également chez les enfants plus vieux (6 à 12 ans), ce qui n'est pas le cas de la somatisation selon les auteurs.

D'autres variables ont été étudiées relativement à la présence de somatisation chez les individus ayant vécu un abus sexuel à l'enfance. Rimsza et al. (1988) ont trouvé que la durée de l'abus sexuel influence significativement le nombre de symptômes somatiques rapportés chez les enfants et les adolescents. Dans l'échantillon étudié, les auteurs ont observé que les individus, qui ont été abusés durant plus de deux ans, sont plus susceptibles d'avoir des symptômes gastro-intestinaux et des tensions musculo-squelettiques. Lorsque l'abus a duré pendant six mois, les individus présentent plus de symptômes génito-urinaires que lorsque l'abus a été perpétré durant une plus courte période (Rimsza et al., 1988). Calam et al. (1998) ont identifié une tendance du nombre de symptômes somatiques à augmenter en fonction de la période qui s'écoule entre l'abus sexuel et l'évaluation. Par exemple, les auteurs ont noté une augmentation des problèmes de sommeil chez les enfants abusés entre l'évaluation initiale et une seconde évaluation neuf mois plus tard. Jonzon et Lindblad (2005) avancent que la sévérité de l'abus est reliée significativement à la fréquence de la somatisation à l'âge adulte. Ainsi, lorsqu'il y a présence de pénétration, les

symptômes somatiques tendent à être plus élevés. Modestin et al. (2005) ainsi que Farley et Keaney (1997) vont en ce sens, ils affirment qu'un abus sexuel infantile sévère est corrélé à un niveau plus élevé de somatisation à l'âge adulte. Enfin, certains auteurs établissent un lien entre le genre et la somatisation (Atlas, Wolfson, & Lipschitz, 1995; Ehler, Heim, & Hellhammer, 1999; Kinzl, Traweger, & Biebl, 1995; Modestin et al., 2005). Ces derniers avancent que les jeunes femmes adultes, ayant vécu un abus sexuel durant l'enfance, éprouveraient davantage de somatisation que leurs congénères masculins.

Troisièmement, les problèmes dans les relations sociales avec les pairs constituent un symptôme des suites d'un abus sexuel sur lequel plusieurs auteurs se sont attardés. Ce construit peut être défini comme une difficulté d'adaptation sociale incluant, entre autres, des comportements déficitaires au plan de l'empathie, des habiletés communicatives et la présence d'inhibition sociale (Daignault & Hébert, 2004). Dubowitz, Black, Harrington et Verschoore (1993) ont observé qu'un mois après le dévoilement de l'abus sexuel, les enfants abusés présentaient davantage de comportements de retrait que les enfants du groupe contrôle. Les résultats de Calam et ses collègues (1998) vont en ce sens. Ces derniers ont comparé plusieurs problèmes d'adaptation chez des enfants abusés sexuellement, à différents moments après l'abus. Ils ont trouvé que, sur une période de deux ans, le manque d'interaction avec les pairs était le problème ayant subi la plus grande augmentation. De même, dans une étude de Mannarino, Cohen, Smith et Moore-Motily (1991), les enfants ayant subi un abus sexuel étaient jugés moins compétents au plan social que les enfants du groupe contrôle. Également, selon Cole et Putnam (1992), l'enfant ayant vécu une expérience sexuelle abusive, vivrait des sentiments intenses de culpabilité, de honte et de confusion qui réduiraient son sentiment de compétence personnelle, l'empêchant de construire des relations d'amitié satisfaisantes. Cela résulterait en un comportement de manque de contrôle ou encore, en un contrôle trop rigide dans les relations sociales. De manière générale, il semble que l'abus sexuel interfère avec le développement social.

Plusieurs études avancent un lien entre les problèmes de relation avec les pairs et l'âge de l'enfant lorsque survient l'abus sexuel. Cicchetti et Toth (1995) affirment que la

formation de relations efficaces avec les pairs est une tâche développementale importante de la période d'âge scolaire. Kendall-Tackett et al. (1993) rapportent que les enfants d'âge scolaire présentent, entre autres, davantage d'agression et de problèmes scolaires. De même, Trickett et Putnam (1998) ont trouvé, dans leur recension des écrits sur l'abus sexuel, que les enfants d'âge scolaire (6-12 ans) démontrent majoritairement de l'externalisation, de la dissociation, des problèmes scolaires, ainsi que des problèmes de relation avec leurs pairs. Selon les auteurs, ce dernier symptôme est particulier à cette tranche d'âge et ne se retrouve pas, de façon aussi importante, chez les enfants plus jeunes ou chez les adolescents. Manly et al. (2001) abondent aussi en ce sens. Ils ont identifié dans leur étude que les enfants d'âge scolaire, qui ont subi des mauvais traitements (incluant l'abus sexuel), présentaient davantage de problèmes de comportements, étaient plus agressifs et moins coopératifs que les enfants n'ayant pas vécu ce genre de situation. Les auteurs expliquent que l'impact d'un mauvais traitement (incluant l'abus sexuel), durant l'âge scolaire, aurait un effet direct et considérable sur les relations avec les pairs. En outre, Cole et Putnam (1992) suggèrent que les enfants d'âge scolaire pourraient être plus vulnérables à des déficits au plan de leurs compétences sociales auprès des pairs.

Quatrièmement, relativement à l'externalisation, qui comprend les comportements d'opposition, l'agressivité et l'impulsivité (Walker et al., 2004), il semble que cela fasse partie des symptômes fortement reliés à l'abus sexuel à l'enfance (Kendall-Tackett et al., 1993). Plusieurs études ont trouvé que les enfants abusés sexuellement présentent plus de comportements extériorisés que les enfants n'ayant pas vécu d'abus sexuel (Kendall-Tackett et al., 1993; Manly et al., 2001; Milot, Éthier, St-Laurent, & Provost, 2010; Stern, Lynch, Oates, O'Toole, & Cooney, 1995; Wolfe, & Birt, 1995). L'âge semble être relié à l'externalisation, car ce symptôme serait plus présent chez les enfants abusés sexuellement d'âge scolaire (Black, Dubowitz, & Harrington, 1994; Kendall-Tackett et al., 1993; Manly et al., 2001; Tremblay, Hebert, & Piche, 1999). Le lien entre l'externalisation et le genre pour l'abus sexuel infantile est mitigé (Jones et al., 2013), mais certaines recherches tendent à prouver qu'il y aurait un peu plus de garçons présentant ce symptôme que de filles (Beitchman et al., 1991; Green, 1988b; Kendall-Tackett et al., 1993). Par contre, Ruggiero et al. (2000) n'ont trouvé aucune variable pouvant être identifiée comme un prédicteur

spécifique contribuant significativement à la variance unique expliquant le résultat à l'échelle d'externalisation du *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach, Howell, Quay, & Conners, 1991). Également, Mannarino, Cohen, et Gregor (1989) ont identifié que la sévérité de l'abus, la durée, l'usage de la force et la relation avec l'abuseur ne sont pas des prédicteurs statistiquement significatifs de l'externalisation.

Suite à l'exploration plus approfondie de quatre symptômes des suites d'un abus sexuel et des variables qui leur sont reliés, il semble pertinent de recenser les différentes lacunes, qui demeurent dans ce domaine de recherche. Il y a 30 ans, dans les premières études sur l'abus sexuel, il s'agissait davantage d'études rétrospectives menées auprès de populations adultes (Kendall-Tackett et al., 1993; Trickett et al., 2011) qui, souvent, consistaient en des enquêtes nationales (Finkelhor et al., 1990). Certaines études de ce type sont encore menées, pourtant ce genre d'études rend difficile l'interprétation des résultats des données ainsi obtenues. Il est souvent impossible de déterminer si les symptômes rapportés par ces adultes sont directement liés à l'abus sexuel en enfance ou si, plutôt, certaines variables médiatrices modèleraient cette relation (Barnes et al., 2009; Beitchman et al., 1992; Briere & Runtz, 1988). De plus, les études rétrospectives entraînent un certain risque, soit d'évaluer une perception au lieu de faits réels (Dube & Hebert, 1988) et en conséquence, elles sont vulnérables à des erreurs d'inférence (Briere, 1992). D'autres études, quant à elles, ont recruté des participants dans une population universitaire (Briere & Runtz, 1988). Celles-ci comportent un biais inhérent au bassin de la population étudiée qui peut différer de la population générale en terme de classe sociale, d'ethnicité, etc. (Briere, 1992; Goldman & Padayachi, 2000; Tong, Oates, & McDowell, 1987). Certains, encore, ont employé une population référée pour une évaluation ou un traitement suite à l'abus sexuel, mais cette stratégie implique des limites quant à la validité externe (Browne & Finkelhor, 1986; Dube & Hebert, 1988; Mannarino & Cohen, 2006). Cela est dû, entre autres, à l'absence presque constante de groupe contrôle dans les études sur l'abus sexuel avec ce genre de population clinique (Beitchman et al., 1992).

Plusieurs chercheurs ont entrepris des études avec des populations d'enfants, mais il y a souvent peu de groupe contrôle ou bien, il s'agit uniquement d'un groupe contrôle

clinique (enfants présentant des problèmes psychologiques). Par exemple, seulement la moitié des études recensées par Kendall-Tackett et al. en 1993, inclut un groupe contrôle. De même, Ruggiero, McLeer et Dixon, qui ont mené une étude en 2000, affirment être dans les premiers à avoir recruté un échantillon non clinique d'enfants. Depuis ce temps, il y a eu quelques études longitudinales, mais elles sont rares et les suivis sont souvent de courte durée, limités à un an ou deux (Mannarino & Cohen, 2006; Trickett et al., 2011). De plus, il y a toujours certaines limites qui rendent difficile la généralisation de ces études, comme l'attrition, la revictimisation ou le manque de groupe de comparaison (Barnes et al., 2009).

Également, les échantillons utilisés rencontrent quelques difficultés en ce qui a trait à leur représentativité concernant, par exemple, le genre (Walker et al., 2004) et l'âge (Kendall-Tackett et al., 1993; Tyler, 2002). Plusieurs études explorent uniquement l'abus sexuel chez les filles (e.g. Briere & Runtz, 1988; Butler, 2013; Tong et al., 1987; Trickett et al., 2011). En contrepartie, d'autres recherches n'incluent pas un nombre assez élevé de garçons pour considérer le genre dans les analyses statistiques (Fontanella et al., 2000; Watkins & Bentovim, 1992). Quant à l'âge, la représentativité est aussi problématique. Fréquemment, les études comprennent peu d'enfants en bas âge (Fontanella et al., 2000; Tyler, 2002; Yancey et al., 2013), ce qui a pour effet d'empêcher d'établir entièrement l'importance de cette variable, dans l'expression des séquelles de l'abus sexuel chez les enfants (Kendall-Tackett et al., 1993; Tyler, 2002).

Relativement aux groupes de comparaison employés, les études n'en comprennent pas toujours (Tyler, 2002), ce qui limite grandement la validité (Romano & De Luca, 2001) et la générabilité (Briere, 1992) des études. Il peut également arriver que le groupe de comparaison ne soit pas adéquat (Alter-Reid et al., 1986; Briere & Runtz, 1988) en terme de niveau socio-économique, d'ethnicité, etc. À titre d'exemple, lorsqu'on compare un groupe clinique à un groupe d'enfants abusés, les enfants du groupe clinique présentent plus de symptômes. Kendall-Tackett et al. (1993) expliquent qu'il est possible que certains enfants abusés soient présents dans le groupe contrôle clinique, sans que l'abus n'ait encore été découvert. Également, la plupart du temps, les enfants du groupe clinique ont été référés en raison de la présence de comportements symptomatiques. Alors, le faible niveau de

symptômes présentés par le groupe d'enfants abusés, suite à une comparaison entre les deux groupes, fournit plus d'informations sur le groupe clinique que sur le profil symptomatique des enfants abusés.

Un autre aspect comportant certaines lacunes dans les études sur l'abus sexuel concerne la mesure. Fréquemment, un seul type de mesure est employé. Il s'agit, habituellement, d'une mesure autorapportée (Whiffen & Macintosh, 2005). Or, l'idéal est d'avoir plusieurs sources d'informations (Bernier et al., 2013; Friedrich, 1998; Kendall-Tackett et al., 1993) comme les parents, l'enfant, le professeur, et ce, de manière à confirmer les renseignements. Aussi, « les données devraient être issues de la combinaison de questionnaires autorapportés et d'entrevues semi-structurées afin de fournir un profil plus complet des victimes et de leurs familles » (Cyr, Wright, McDuff, & Perron, 2002, p. 970, traduction libre).

Un dernier élément, important à souligner, a trait au manque de cadre théorique des études actuelles (Kendall-Tackett et al., 1993; Tyler, 2002). En effet, bien qu'il y ait eu une augmentation substantielle d'études sur l'abus sexuel chez l'enfant depuis plus de 30 ans, il semble qu'elles se soient davantage concentrées sur l'identification du tableau symptomatique des enfants ayant vécu un abus. Par ailleurs, très peu d'avancées ont été faites en ce qui concerne l'explication de ces symptômes, en s'appuyant sur un cadre théorique (Kendall-Tackett et al., 1993). Bien que Kendall-Tackett et ses collaborateurs aient identifié ce problème il y a plus de 20 ans, il semble que la situation ait peu évolué. En effet Tyler, dans sa recension des écrits sur le sujet en 2002, n'a identifié aucune étude tentant de tester un modèle théorique. Or, il s'agit d'une lacune importante, car il est nécessaire de tester des modèles théoriques afin de mieux comprendre l'articulation des séquelles de l'abus sexuel chez l'enfant et ainsi, d'obtenir une compréhension plus dynamique de cette problématique.

## **Modèles théoriques existants**

Certains auteurs ont tenté d'expliquer les symptômes observés chez les enfants abusés sexuellement par différentes théories, a posteriori pour la plupart. Entre autres, le modèle du stress traumatique est une piste d'explication de la symptomatologie présentée suite à un abus sexuel. Ce modèle postule que la maltraitance est une forme sévère d'un trauma interpersonnel chronique qui a des conséquences sur le développement de l'autorégulation au niveau émotionnel et comportemental chez l'enfant (Milot et al., 2010). De ce point de vue, l'aspect important à considérer afin d'évaluer l'impact sur l'enfant est l'aspect chronique du trauma et non sa nature (abus sexuel, attaque par un chien, désastre naturel, etc.) car cela résulte en une accumulation de difficultés d'ajustement (Rossman, Bingham, & Emde, 1997). De plus, les réactions à une situation stressante peuvent varier en fonction de son intensité et de sa sévérité (Milot et al., 2010).

Le modèle du trauma complexe adresse un possible effet médiateur entre le trauma vécu par l'enfant et les symptômes présentés. Milot et al. (2010) ont mené une étude qui est, selon les auteurs, la première à examiner la contribution de la symptomatologie du trauma dans le développement des problèmes psychosociaux chez des enfants maltraités d'âge préscolaire. Les auteurs proposent que la réexpérimentation du trauma, l'évitement et l'hypervigilance (variables qui font partie de la définition du stress post-traumatique) seraient impliqués dans le développement de problèmes chez l'enfant. La présence de ces trois facteurs indiquerait que l'enfant est toujours dans un état de stress et qu'il utilise une grande part de ses ressources pour le gérer. « La présence de ces symptômes, surtout chez les jeunes enfants, pourrait interférer avec le développement des processus de régulation émotionnel et comportemental. » (Milot et al., 2010, p.226, traduction libre) Ainsi, il est possible que l'abus sexuel chez les enfants entraîne des réactions de trauma, mais pas chez l'ensemble d'entre eux, particulièrement si cet événement est isolé et que cela n'entrave pas leur développement et donc qu'ils présentent peu de symptômes.

Ce dernier modèle n'est pas sans rappeler celui des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985) qui suggère que les enfants traumatisés peuvent réagir par quatre mécanismes différents qui mènent à des symptômes différents. Ces mécanismes sont

la sexualisation traumatique, la trahison, la stigmatisation et l'impuissance vécue après le trauma. Les symptômes de sexualisation seraient reliés à la sexualisation traumatique, la faible estime de soi serait liée à la stigmatisation et les symptômes de stress post-traumatique liés à l'impuissance (Kendall-Tackett et al., 1993). Selon Canton-Cortés, Cortés, Canton et Justicia (2011) il n'y aurait pas d'étude tentant d'évaluer les effets de différentes formes de mauvais traitements et les dynamiques traumagéniques sur l'ajustement psychosocial. Donc il est probable que, selon l'impact que l'abus a sur l'enfant, le mécanisme qui est atteint entraînera des symptômes différents.

Également, certaines variables individuelles ont été étudiées afin d'appuyer l'idée d'un effet médiateur entre l'abus sexuel et les symptômes présentés (Cantón-Cortés et al., 2011). Entre autres, l'atteinte à l'estime de soi a été énoncée comme étant un aspect important à considérer. Selon ce point de vue, ce serait l'atteinte à l'image de soi et non l'abus sexuel comme tel qui mènerait à des difficultés comportementales et affectives chez l'enfant (Kendall-Tackett et al., 1993). Un autre facteur individuel qui a été soulevé comme pouvant être une variable médiatrice d'intérêt est le sentiment d'auto-efficacité. Selon Mannarino et Cohen (2006), les victimes d'abus ressentent souvent un sentiment de ne pas avoir d'impact sur leur vie, d'être impuissant et se reprochent de ne pas avoir réussi à arrêter ou à prévenir l'abus. « Les enfants abusés sont à risque de ne pas évoluer selon une trajectoire développementale normale et d'avoir un locus de contrôle interne et cela augmente significativement la possibilité d'expérimenter des difficultés émotionnelles et comportementales. » (Mannarino et Cohen, 2006, p.390, traduction libre) Dans le même sens, Yancey et al. (2013) avancent que le style d'attribution de l'enfant est un facteur aussi important que le genre ou l'âge dans l'ensemble des symptômes présentés par l'enfant suite au trauma sexuel. Lorsque l'enfant s'attribue la responsabilité de l'abus cela serait relié à son profil clinique. Mannarino et Cohen (2006) ajoutent une autre variable individuelle qui serait susceptible de jouer un rôle médiateur, soit la confiance interpersonnelle. Les auteurs ont trouvé que les enfants abusés avaient une confiance interpersonnelle plus faible que les enfants du groupe contrôle. Bien que ces différentes variables individuelles sont de possibles médiateurs entre l'abus sexuel et les symptômes présentés, il demeure qu'il y a

une grande variabilité dans les difficultés présentées à un moment précis dans le développement de l'enfant et à travers le temps. (Trickett et al., 2011).

Plusieurs auteurs ont énoncé et démontré que les facteurs familiaux ont un impact sur les symptômes que présentent les enfants des suites d'un trauma en général ou d'un abus sexuel en particulier (Bhandari, Winter, Messer, & Metcalfe, 2011; Kendall-Tackett et al., 1993; Rakow, Smith, Begle, & Ayer, 2011; Turner et al., 2012; Yancey et al., 2013; Zielinski & Bradshaw, 2006). Selon Rossman, Bingham, et Emde (1997) la théorie de l'attachement pourrait établir un lien entre l'abus sexuel et le profil symptomatologique de l'enfant abusé, par le biais de la réaction de la mère face aux stress et dangers normatifs auxquels un enfant peut être confrontés. Les auteurs indiquent que l'enfant, particulièrement en bas âge, s'en remet à sa mère durant les moments de stress pour obtenir de la sécurité. Si la mère n'est pas disponible, dû à sa réaction au stress et n'est pas soutenante, cela est à même de nuire à son adaptation. L'enfant est particulièrement dépendant de sa mère pour maintenir et regagner son équilibre lorsqu'il est confronté à des situations de grands stress (Milot et al., 2010). Le support maternel est démontré par la mère en croyant son enfant et en agissant de manière à le protéger (Kendall-Tackett et al., 1993). De plus, lorsque des parents ont de la difficulté à gérer le dévoilement d'un abus sexuel chez leur enfant ou lui apporter un support émotionnel, cela impliquerait davantage de difficultés présentées par celui-ci, entre autres davantage d'internalisation, d'externalisation et de comportements sexualisés (Kendall-Tackett et al., 1993; Mannarino & Cohen, 2006; Rakow et al., 2011).

Dans le même ordre d'idées, Yancey et al. (2013) considèrent que l'abus sexuel chez la mère est une variable importante à considérer en expliquant que les parents qui ont expérimenté des émotions extrêmement négatives pourraient être moins capables de supporter leur enfant dû à leur propre tentative à gérer leurs émotions. En outre, lorsque la mère a vécu un abus sexuel en enfance, cela peut influencer la symptomatologie présentée par l'enfant abusé sexuellement (Trickett et al., 2011). En ce sens, Yancey et al. (2013) affirment que la capacité d'un parent à gérer leur propre histoire d'abus est susceptible d'influencer la façon dont leur enfant va gérer le leur. McCourt et Peel (1998) ont trouvé

que l'abus sexuel d'un parent ne peut pas être abordé ou géré avant que leur enfant ait dénoncé leur abus. De plus, cette dénonciation peut amener le parent à revivre des réactions traumatiques dû à leur propre abus.

Également, Rakow et al. (2011) adressent l'importance que peut avoir le rôle de la psychopathologie chez les parents, dont la dépression, sur les difficultés présentées par un enfant. Les auteurs affirment que les parents déprimés peuvent être davantage biaisés négativement dans leurs perceptions de leurs enfants et cela peut mener à des problèmes de comportement chez ces derniers. Cohen, Deblinger, Maedel et Stauffer (1999) rapportent que les parents déprimés sont plus susceptibles de rapporter des symptômes d'externalisation et de stress post-traumatique chez leurs enfants. De plus, les parents sont moins disponibles émotionnellement pour leurs enfants.

Zielinski et Bradshaw (2006) abordent le modèle de processus familial qui propose que les conditions familiales et les caractéristiques de l'environnement familial affectent le style éducatif parental, sa qualité et la capacité des parents à s'occuper de leur enfant. Subséquemment, cela influence le développement et l'ajustement de l'enfant face aux différents stressors qu'il peut vivre. En lien avec l'abus sexuel infantile, selon Turner et al. (2012), dans une étude auprès d'enfants de 2 à 9 ans, «le style parental inconsistant ou hostile ressort comme ayant l'effet indépendant le plus puissant sur les symptômes de trauma d'un enfant. » (p.209, traduction libre). Plus précisément, il y aurait un impact de l'environnement familial sur les symptômes présentés par les enfants abusés sexuellement ainsi que sur leur estime de soi, leur image corporelle et sur leurs attitudes sexualisées et ce, indépendamment des effets de l'abus sexuel sur ces variables (Bhandari et al., 2011).

Enfin, toujours en lien avec les facteurs familiaux, il a été postulé que l'impact de l'environnement familial varierait en fonction de l'âge de l'enfant. « Les parents ont un contrôle direct sur la majorité de l'environnement social des jeunes enfants (...) alors que les enfants plus vieux et les adolescents ont davantage d'opportunités d'obtenir du support de la part de pairs ou d'autres adultes. » (Zielinski & Bradshaw, 2006, p.52, traduction

libre). Ainsi, l'importance du contexte familial est susceptible de varier selon la période de développement où est rendu l'enfant au moment de l'abus sexuel.

### **Périodes de développement et abus sexuel chez l'enfant**

L'aspect de la période développementale, dans le profil des enfants abusés sexuellement, semble être une avenue importante à prendre en considération. En effet, plusieurs études, traitant des effets du mauvais traitement et de l'abus chez les enfants, affirment qu'examiner la période développementale où survient l'événement traumatisant est important et même essentiel (English, Graham, Litrownik, Everson, & Bangdiwala, 2005; Manly et al., 2001; Thornberry, Ireland, & Smith, 2001). Cicchetti et Toth (1995) avancent qu'« un cadre développemental amène plusieurs éléments afin d'aider à éclaircir non seulement les conséquences d'un mauvais traitement, mais également à comprendre le processus qui sous-tend ces dernières. » (p. 546, traduction libre). Kaplow et Widom (2007) ont mené une étude examinant trois différents modèles relatifs à l'âge (a) de manière continue (b) dichotomique, ou encore (c) en tenant compte de la période développementale. Ils ont trouvé que l'utilisation d'un modèle développemental, qui utilise l'âge où l'abus sexuel survient comme classificateur, est le modèle le plus prometteur des trois systèmes de classification explorés. Plus précisément, en ce qui concerne les études sur l'abus sexuel, il semble qu'il y ait également une reconnaissance de la nécessité et de la pertinence de comprendre la nature et l'impact de l'abus sexuel chez l'enfant, à partir d'une perspective développementale (Cole & Putnam, 1992; Downs, 1993; Feiring et al., 1999; David Finkelhor & Berliner, 1995; Friedrich, 1998).

La pertinence d'une perspective incluant les périodes développementales, dans le contexte de l'abus sexuel chez l'enfant, est encore plus saillante lorsque les résultats des études, incluant la variable de l'âge, sont examinés. Il ne semble pas y avoir de consensus dans la littérature, relativement au lien entre l'âge et le profil symptomatique de l'enfant abusé sexuellement, les résultats sont équivoques (Yancey et al., 2013). Certaines études démontrent la présence d'un lien entre ces variables (Holmes & Slap, 1998; Kendall-Tackett et al., 1993; Manion et al., 1998; Manly et al., 2001; Rowan, Foy, Rodriguez, & Ryan, 1994; Tyler, 2002) et d'autres études n'en voient pas (Calam et al., 1998; Tebbutt,

Swanston, Oates, & O'Toole, 1997). Également, plusieurs études ont des résultats contradictoires (Mannarino & Cohen, 2006), à savoir si le fait de vivre un abus sexuel entraîne des symptômes plus importants lorsque l'abus survient à un âge plus jeune (Browne & Finkelhor, 1986; Kaplow & Widom, 2007) ou plus vieux (Davies & Jones, 2013; Friedrich, 1988; Kaplow & Widom, 2007; Ruggiero et al., 2000). Il ressort donc, de ces résultats mitigés, que l'âge n'est pas une variable faisant consensus. Il est possible que la période développementale soit une variable peut-être plus révélatrice, en regard au tableau symptomatique de l'enfant abusé sexuellement.

Les études incluant une perspective développementale sont peu nombreuses (Downs, 1993; Jackson, Calhoun, Amick, Maddever, & Habif, 1990). Malgré tout, les études incluant la période développementale où survient l'abus semblent démontrer que la symptomatologie varierait selon la période développementale où se situe l'enfant (Kendall-Tackett et al., 1993). Plusieurs avancent que certains symptômes pourraient survenir à certains stades développementaux plutôt qu'à d'autres (Downs, 1993; Manly et al., 2001; Sandnabba et al., 2003). De plus, il a été démontré que l'abus sexuel perturbe le développement normal de l'enfant (Alter-Reid et al., 1986; Collin-Vézina et al., 2013; Thornberry et al., 2001) et qu'il nuit à la capacité de l'enfant à gérer, de manière adaptée, les tâches développementales auxquelles il fait face (Friedrich, 1998; Manly et al., 2001).

### **Question de recherche**

En regard de la faible occurrence de cadres théoriques testés au sein de la littérature sur l'abus sexuel à l'enfance, Tyler (2002) avance que « puisque les recherches ont démontré que les enfants de différentes périodes développementales présentent différents symptômes, les théories qui prennent en considération ce genre de différence d'âge pourraient être salutaires. » (p.586, traduction libre). Ainsi, il est justifié de questionner les différences dans le type de symptômes présentés par un enfant abusé sexuellement comparativement à un groupe contrôle, selon la période développementale où l'abus sexuel survient. De même, il semble pertinent d'explorer la possibilité d'une association entre les différents enjeux liés à la période développementale où survient l'abus sexuel et le type de symptômes exprimés par l'enfant abusé sexuellement. Donc, ce mémoire doctoral vise à

vérifier si les séquelles de l'abus sexuel infantile varient selon la période développementale où cela survient.

### **Cadre théorique employé**

La perspective développementale semble être des plus pertinentes dans le contexte de l'étude de l'abus sexuel chez l'enfant et, est à même de constituer un cadre théorique intéressant. Pour ce faire, l'approche d'Anna Freud, concernant les lignes développementales et la perspective de la psychopathologie développementale constitueront les fondements théoriques qui seront ici considérés.

Tout d'abord, il est nécessaire d'établir le cours normal du développement à partir du cadre théorique choisi, afin d'évaluer l'impact que peut avoir un événement traumatisant, comme l'abus sexuel, sur l'enfant. Les lignes développementales qu'Anna Freud a établies se basent sur les interactions entre le ça et le moi, « entre leurs divers niveaux de développement et, aussi, leur séquence, fonction de l'âge, comparable en importance, en fréquence et en régularité, à celle des stades du développement libidinal ou au développement progressif des fonctions du moi. » (Freud, 1968, p.49). Donc, il s'agit pour l'enfant d'abandonner des attitudes qui sont principalement sous l'influence du ça et d'accéder à un monde davantage dirigé par le moi. De plus, il est nécessaire de souligner qu'il s'agit moins d'évaluer à quel âge l'enfant atteint un stade particulier, mais bien plus d'adopter une vision globale du développement où l'enfant est en processus constant de maturation avec des avancées et des régressions le menant vers une maîtrise croissante du moi, sur son monde intérieur et extérieur. En effet, selon Anna Freud, « l'aptitude d'un enfant à se comporter selon un degré relativement élevé de développement ne garantit pas que la réussite soit stable et durable. Au contraire, on doit tenir pour normaux des retours épisodiques à des comportements plus infantiles. » (Freud, 1968, p.78). Alors les différents stades, jonchant chacune des lignes de développement, sont davantage organisés selon ceux du développement libidinal et ne correspondent pas à des âges précis. Bien que cela corresponde davantage à la réalité du développement des enfants, il n'en demeure pas moins la nécessité d'avoir des points de repère, afin de pouvoir ultimement comparer les enfants « normaux » des enfants ayant vécu un abus sexuel. Afin de répondre à cette

exigence, il est utile de considérer que, même si les lignes développementales sont présentes tout au long du développement, chacune émerge de façon prépondérante à certains moments dans l'évolution de l'enfant. Ainsi, le développement est considéré selon les quatre lignes de développement énoncées par Anna Freud, en regard du moment où chacune est susceptible de constituer un enjeu plus central.

Les quatre principales lignes de développement, élaborées par Anna Freud, sont l'indépendance corporelle, la camaraderie, la maturité affective et le jeu/travail. L'indépendance corporelle fait référence au passage de l'allaitement à l'alimentation rationnelle (où les considérations rationnelles envers la nourriture l'emportent sur les facteurs affectifs), ainsi que de l'incontinence au contrôle des sphincters, de même que de l'insouciance au sens des responsabilités concernant la prise en charge des soins de son corps et, de sa protection contre le danger (Freud, 1968). La camaraderie est une ligne de développement qui prend son origine dans la vision égocentrique de l'enfant jusqu'aux sentiments d'empathie, de réciprocité et de camaraderie envers autrui (Freud, 1968). La maturité affective correspond à la ligne de développement qui débute par la complète dépendance affective du nourrisson, jusqu'au sentiment relatif d'autonomie affective et aux relations d'objet de type adulte (Freud, 1968). Puis, la dernière ligne de développement considérée par Anna Freud, est celle où l'enfant passe du premier jeu érotique avec son propre corps et celui de sa mère, au jeu puis accède graduellement au travail.

Ces lignes de développement décrivent l'ensemble des caractéristiques du développement de l'enfant. Afin de mieux comprendre l'influence de l'abus sexuel sur le développement, deux des lignes semblent particulièrement intéressantes à explorer, soit l'indépendance corporelle et la camaraderie. L'abus sexuel a certainement aussi une influence sur les deux autres lignes de développement, mais leur étude approfondie dépasse le cadre de ce mémoire doctoral.

Les lignes développementales d'Anna Freud sont en mesure de constituer une base théorique solide pour inclure une perspective développementale à l'étude de l'abus sexuel

chez l'enfant. Afin de renforcer cette avenue théorique, il est souhaitable de considérer la perspective, plus contemporaine, de la psychopathologie développementale. Il s'agit, selon Thornberry et al. (2001), d'une approche qui met l'emphasis sur la diversité pour comprendre un profil symptomatologique suite à un événement marquant, dans le cas présent, l'abus sexuel infantile. Cela s'applique aux concepts d'équifinalité et de multifinalité. L'équifinalité reconnaît qu'il y a des causes multiples à un comportement ou à un symptôme. Également, ce concept implique qu'il est possible d'y avoir plusieurs voies développementales menant à un symptôme particulier qui peuvent varier d'un individu à l'autre (Thornberry et al., 2001). La multifinalité fait davantage référence à la diversité de symptômes qu'un individu particulier est susceptible de présenter (Thornberry et al., 2001). Plus précisément, il est possible d'entrevoir la multifinalité « comme expliquant de quelle façon des expériences similaires de mauvais traitement peuvent, selon les individus, évoluer en des adaptations au plan comportemental, émotionnel, et psychologique très différentes. » (Thornberry et al., 2001, p. 958, traduction libre).

Selon Cicchetti et Toth (1995), la perspective de la psychopathologie développementale souligne la nécessité de reconnaître les aspects développementaux et contextuels d'un mauvais traitement (incluant l'abus sexuel), afin d'en comprendre les causes et les conséquences adéquatement. Donc, selon cette perspective, il ne s'agit pas tant de faire une description des variables reliées à l'abus, mais plutôt d'adopter une vision globale du fonctionnement normal et anormal, à l'aide de trajectoires développementales. Alors, une analyse de l'abus sexuel, selon l'approche de la psychopathologie développementale, prend en considération le fait que l'influence de l'abus sexuel sera distinct, en fonction des différentes tâches développementales que l'individu rencontre et des compétences qu'il a déjà acquises (Cicchetti & Toth, 1995).

Ainsi, un événement marquant peut résulter en des difficultés comportementales distinctes, à différents moments dans le développement et dans différents contextes. Alors, les individus peuvent expérimenter les mêmes événements, différemment, selon leur niveau de fonctionnement quant aux différentes sphères du développement psychologique et biologique (Cicchetti & Toth, 1995, p. 542, traduction libre).

La perspective de la psychopathologie développementale est alors à même de souligner l'importance et la pertinence de tenir compte de la période développementale où survient l'abus sexuel, afin de comprendre son influence sur l'enfant.

### **Indicateurs de la perturbation du développement**

Afin de préciser davantage les lignes de développement sélectionnées, soit l'indépendance corporelle et la camaraderie, il semble important de spécifier le moment charnière du développement de chacune d'elles. La période, où le développement de l'indépendance corporelle constitue un enjeu plus central, semble être principalement au cours de la phase préœdipienne et œdipienne. Plus précisément en ce qui concerne l'alimentation, lors de la phase préœdipienne, l'enfant est entièrement dans le stade de l'alimentation active et les difficultés mère/enfant s'expriment au travers des repas et du refus de manger, car pour l'enfant, la nourriture représente encore la mère (Freud, 1968). L'enfant, en refusant la nourriture, rejetterait ainsi les soins et l'attention que la mère lui porte. Dans la phase suivante, l'association mère/nourriture n'est plus présente et les troubles alimentaires ne sont plus liés à un objet extérieur, mais à des conflits internes. Relativement au contrôle sphinctérien, la phase préœdipienne est également considérable, car « cette réussite [le contrôle des sphincters] est fondée sur des identifications et des intériorisations et que, de ce fait, elle ne trouve une assise sûre qu'après la résolution du complexe d'Œdipe. Le contrôle anal préœdipien demeure vulnérable [...] il reste dépendant des objets et de la stabilité des relations positives établies avec eux » (Freud, 1968, p.59).

La façon de traiter son corps est également à un point névralgique, lors de la phase préœdipienne, lorsque le principe de réalité apparaît et que l'investissement narcissique du corps est davantage présent. À ce moment, les progrès de l'enfant, au plan du fonctionnement du moi, l'amènent à être en mesure de se protéger contre les dangers extérieurs (eau, feu, hauteurs, etc.) (Freud, 1968). Il est donc possible de constater que la période de 2 à 5 ans, correspondant à la phase préœdipienne et œdipienne, est une période charnière pour le développement de l'indépendance corporelle. L'indépendance corporelle comprend, entre autres, « l'alimentation, le sommeil, l'évacuation des émonctoires, l'hygiène corporelle, la prévention des blessures et des maladies » (Freud, 1968, p.54). Il

est alors possible d'établir qu'une perturbation, durant la période critique de l'évolution de cette ligne développementale, établie entre 2 et 5 ans, est susceptible de causer des symptômes tels l'encoprésie, l'énurésie, des problèmes d'alimentation, de sommeil, des comportements à risque, des comportements sexualisés et autres problèmes d'ordre somatique. Ainsi, les indicateurs de la perturbation de la ligne de développement de l'indépendance corporelle qui seront employés dans ce mémoire doctoral sont les comportements sexualisés et la somatisation.

La ligne développementale de la camaraderie est particulièrement sollicitée lors de l'entrée à l'école. L'enfant doit avoir acquis la conception que les autres enfants ne sont pas des objets inanimés, mais bien des compagnons de jeu, afin d'atteindre l'exigence minimale pour la socialisation et l'entrée à la maternelle (Freud, 1968). Cependant, pour réellement être en mesure de partager et d'être sur une base égalitaire avec ses pairs, l'enfant doit atteindre le stade suivant. Cela l'amène à considérer les autres enfants comme des partenaires qui ont leurs droits, leurs désirs et auxquels il est possible de s'identifier (Freud, 1968). C'est ainsi que l'enfant en viendra à développer des relations d'amitié et d'intimité propre à la camaraderie. Face à ces considérations, il est possible d'identifier que la période de latence, de 6 à 12 ans, est particulièrement sensible pour l'évolution de la ligne développementale de camaraderie. L'exposition de l'enfant à une perturbation dans sa ligne développementale de camaraderie, à un moment critique de son évolution, soit entre 6 et 12 ans, pourrait causer des problèmes au plan des relations avec les pairs et de l'externalisation. (Black et al., 1994; Cole & Putnam, 1992; Kendall-Tackett et al., 1993; Tremblay et al., 1999; Trickett & Putnam, 1998). Donc, les indicateurs de l'interruption de la ligne de développement de la camaraderie qui seront ici abordés sont les problèmes sociaux et l'externalisation.

## Objectif et hypothèses

L'objectif principal de ce mémoire doctoral est de vérifier s'il existe un lien entre la période de développement à laquelle l'abus sexuel a lieu et les symptômes présents chez un groupe d'enfants abusés sexuellement. Plus spécifiquement, en considérant la théorie proposée par Anna Freud des lignes développementales et la perspective de la psychopathologie développementale, huit hypothèses sont proposées.

Un premier ensemble d'hypothèses concerne la période saillante de la ligne développementale de l'indépendance corporelle, soit durant la phase préoedipienne et oedipienne, qui correspond à l'âge préscolaire (2 à 5 ans). Ainsi, premièrement, il est postulé que le groupe d'enfants abusés sexuellement durant la période préscolaire devrait présenter significativement plus de comportements sexualisés, tel que mesuré par la sous-échelle des *comportements sexualisés spécifiques à l'abus sexuel et à la transgression des frontières personnelles* (SASI) du test *Child Sexual Behavior Inventory* (CSBI) (Friedrich et al., 1991), que le groupe d'enfants abusés à la période scolaire (qui correspond à la période de latence, soit entre 6 et 12 ans). Deuxièmement, il est attendu que le résultat au SASI, des enfants abusés sexuellement, soit significativement plus élevé que celui des enfants contrôles. Troisièmement, il est postulé que, lorsque l'abus sexuel survient à la période préscolaire, le groupe d'enfants abusés sexuellement présentera un résultat significativement plus élevé à la sous-échelle des plaintes somatiques de l'échelle d'intériorisation du CBCL (CBCL/2-3 ans; Achenbach et al., 1987 et CBCL/4-18 ans; Achenbach et al., 1991) que les enfants abusés durant la période scolaire. Quatrièmement, il est attendu que le résultat à la sous-échelle des plaintes somatiques, des enfants abusés sexuellement, soit significativement plus élevé que celui des enfants contrôles.

Un second ensemble d'hypothèses concerne la période saillante de la ligne de développement de la camaraderie, soit durant la phase de latence qui correspond à l'âge scolaire (entre 6 et 12 ans). Ainsi, cinquièmement il est avancé que, lorsque l'abus sexuel survient durant cette période, le groupe d'enfants abusés sexuellement présentera un résultat significativement plus élevé à la sous-échelle des problèmes sociaux, de l'échelle d'intériorisation du CBCL 2-3 ans (Achenbach et al., 1987) et 4-18 ans (Achenbach et al.,

1991), que le groupe d'enfants abusés durant la période préscolaire. Sixièmement, il est avancé que, le résultat à la sous-échelle des problèmes sociaux des enfants abusés sexuellement, soit significativement plus élevé que celui des enfants du groupe contrôle. Septièmement, il est postulé que, lorsque l'abus sexuel survient durant la période scolaire, le groupe d'enfants abusés sexuellement présentera un résultat significativement plus élevé à l'échelle d'externalisation du CBCL 2-3 ans (Achenbach et al., 1987) et 4-18 ans (Achenbach et al., 1991), que le groupe d'enfants abusés à la période préscolaire. Huitièmement, il est attendu que le groupe d'enfants abusés sexuellement présente un résultat significativement plus élevé à l'échelle d'externalisation que celui des enfants du groupe contrôle.

## Méthodologie

### Participants

Le présent projet de recherche s'inscrit à l'intérieur d'une étude longitudinale explorant l'évolution des séquelles d'un abus sexuel à l'enfance. Cette recherche clinique 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 participants viennent de la région de Québec et ses environs. Les enfants abusés sexuellement proviennent d'un recrutement effectué par l'intermédiaire de travailleurs sociaux et d'autres intervenants œuvrant à la Direction de la Protection de la Jeunesse, dans les centres de santé et services sociaux ou dans les écoles. Lorsque les professionnels de la santé avaient des doutes quant à la possibilité qu'un enfant ait vécu une expérience sexuelle à caractère abusif, ils référaient les mères et les enfants à l'unité de recherche. Des dépliants publicitaires ainsi que des affiches dans les écoles, les garderies et les services de santé ont permis de solliciter les enfants formant le groupe contrôle. Toutes les mères ayant un enfant entre 2 et 12 ans ont été invitées à participer à l'étude. Il y a eu exclusion des cas où l'enfant souffrait d'un trouble psychiatrique sévère diagnostiqué ou lorsque l'enfant avait vécu de façon intense et répétée un mauvais traitement, autre que l'abus sexuel (e.g. abus physique sévère).

Il y a 378 enfants qui ont été rencontrés dans l'étude longitudinale. De ce nombre, il a été possible d'établir une probabilité élevée d'avoir vécu un abus sexuel chez 168 enfants. L'établissement de la probabilité d'abus (ou cote abus) suit une procédure standard qui est utilisée dans des recherches similaires. Notamment, une grille nommée *critères d'établissement du score composite et de la cote abus* (Normandin, Gendron, Terradas, 2001) a été développée, elle est basée sur une revue exhaustive de la littérature. Elle regroupe différents critères associés à l'abus sexuel chez l'enfant et permet de discriminer l'abus sexuel d'autres problématiques (négligence, violence physique, etc.). Plus spécifiquement, la grille inclut des critères quant à l'évaluation médicale de la possibilité d'abus sexuel. Ces critères sont inspirés de la grille de Adams (2001) et sont établis par le

médecin ayant fait l'examen médical de l'enfant dans le contexte d'allégations d'abus sexuel. Il est démontré que l'abus sexuel peut avoir un impact sur le développement physique de l'enfant au niveau de blessures génitales, d'infections urinaires ou de maladies transmises sexuellement (Green, 1988a; Jenny, 1996). Les séquelles physiques conséquentes à un abus sexuel ne représentent toutefois qu'une infime proportion des victimes (Adams, 2001). Ainsi, la grille inclut aussi des informations recueillies au terme de l'*entrevue du contexte de l'abus sexuel* (Normandin, Gendron, Terradas, 2001) auprès du parent non abuseur. Il s'agit entre autres du type d'abus, de la nature de l'abus, de l'incidence rapportée, des verbalisations de l'enfant, des témoins de l'abus ainsi que d'autres variables à considérer (conflits au niveau de la garde, négligence, violence physique, etc.). Certains aspects issus de l'entrevue d'*anamnèse* (Normandin, 1996), sur l'histoire de vie de l'enfant, sont également examinés. Enfin, l'opinion de l'intervenant social quant à la probabilité d'abus sexuel de l'enfant est prise en compte à partir de l'*échelle d'évaluation d'abus sexuel* (Wright, 1994).

Par ailleurs, dans l'étude longitudinale, 23 enfants ne répondaient pas aux critères de la grille, mais présentaient des comportements érotisés tels que rapportés par un parent, un membre de l'école ou de la garderie. Enfin, 159 enfants ne présentaient aucun indice d'abus sexuel et 28 enfants n'ont pas pu être classés dans l'une ou l'autre des catégories faute de données suffisantes pour déterminer une probabilité d'abus.

Dans l'échantillon à l'étude ( $n=273$ ), le groupe clinique sélectionné inclut les enfants ayant vécu un abus sexuel et les enfants érotisés. Ces derniers ont été inclus dans le groupe d'enfants abusés car cela correspond à la définition plus large de l'abus sexuel infantile employée dans ce mémoire. De plus, le milieu de la recherche sur l'abus sexuel chez l'enfant se dirige de plus en plus vers une définition plus inclusive de l'abus sexuel (Collin-Vézina et al., 2013). Les enfants sélectionnés pour former le groupe contrôle sont ceux qui n'ont pas vécu d'abus sexuel et qui ne présentent pas d'indice de la présence d'une difficulté clinique autre.

De ce nombre, 168 enfants ont été retenus à des fins d'analyses statistiques. Il s'agit des enfants dont l'information est disponible concernant leur âge d'abus (selon ce qui a été rapporté par la mère) et leur âge d'évaluation, s'ils font partie du groupe contrôle. De plus, uniquement ceux de 4 ans et demi et moins et ceux de plus de 6 ans ont été retenus. Les enfants de plus de 4 ans et demi et moins de 6 ans ont été retirés pour les analyses statistiques afin de mieux pouvoir cibler l'impact des périodes de développement. Les enfants entre ces deux âges sont dans la fin de la période de développement de l'Œdipe et dans le début de celle de latence et cela pourrait confondre les résultats. Dans le groupe d'enfants abusés ( $n=100$ ) il y a 56 % qui l'ont été entre 0 à 4 ans et demi et 44 % entre 6 à 12 ans. À l'intérieur du groupe contrôle ( $n=68$ ), il y a 39.71 % d'enfants qui ont été évalués à moins de 4 ans et demi et 60.29 % entre 6 à 12 ans (e.g. tableau 1). Également, concernant les caractéristiques de l'abus, il est à noter qu'il y a 49.7 % d'enfants ayant vécu un abus sexuel intrafamilial et 50.3 % un abus sexuel extrafamilial.

L'impact potentiel de certaines variables sociodémographiques a été testé. Le genre des enfants à l'étude ne varie pas en fonction du groupe de classification (abus ou contrôle) duquel ils proviennent ( $\chi^2=0.302$  à  $p=0.583$  avec 1 degré de liberté). Le groupe d'enfants abusés est formé de 58.6 % de filles et 41.4 % de garçons. Le groupe contrôle, pour sa part, se compose de 62.2 % de filles et 37.8 % de garçons. Concernant l'ethnicité, il appert qu'il n'y a pas d'association entre l'ethnicité des enfants étudiés et le groupe de classification duquel ils proviennent, c'est-à-dire abus ou contrôle ( $\chi^2=3.113$  à  $p=0.539$  avec 4 degrés de liberté). Il est possible de conclure qu'il y a une répartition au hasard des sujets dans les deux groupes relativement à la variable sociodémographique de l'ethnicité. Pour les enfants abusés, il y a 93.7 % d'enfants d'origine caucasienne, 2.6 % des premières nations, 1 % hispanique, 0.5 % asiatique et 2.1 % d'autres origines. Pour les enfants du groupe contrôle, il y a 92.7 % d'enfants d'origine caucasienne, 1.2 % des premières nations, 3.7 % hispanique et 2.4 % d'autres origines.

Il est à noter qu'il y a une association significative entre le groupe de classification (abus ou contrôle) et le revenu familial, l'état civil et le niveau d'éducation des mères des enfants à l'étude. Afin de tester l'adéquation entre l'appartenance au groupe de

classification et la variable du revenu familial, un test de khi carré a été effectué ( $\chi^2=59.948$  à  $p=0.001$ , avec 5 degrés de liberté). Ainsi, il y a une association entre le groupe de classification duquel provient le sujet (abus ou contrôle) et le revenu familial. Le groupe d'enfants abusés a un revenu familial se situant le plus fréquemment en bas de 15 000 \$ (40.4 % de l'échantillon) tandis que, pour les enfants du groupe contrôle, le revenu familial ayant la fréquence la plus élevée (39 % de l'échantillon) est de 60 001 \$ et plus.

Il est possible d'expliquer ces différences à la lumière des statistiques descriptives pour l'état civil et le niveau d'éducation des mères des enfants à l'étude. En effet, la distribution de l'état civil de la mère dépend du groupe de classification du sujet puisque le khi carré pour le statut civil des mères des enfants de l'échantillon est significatif ( $\chi^2=21.252$  à  $p=0.001$ , avec 1 degré de liberté). Dans les foyers des enfants abusés, il y a 48.4 % des mères vivant sans conjoint et 51.6 % de mères vivant avec un conjoint. Relativement aux enfants du groupe contrôle, 18.5 % de leurs mères vivent sans conjoint et 81.5 % vivent avec un conjoint. En outre, le khi carré pour le niveau d'éducation des mères des enfants est également significatif ( $\chi^2=56.697$  à  $p=0.001$  avec 2 degrés de liberté). Donc, il est possible d'établir que le niveau d'éducation des mères varie selon le groupe de classification de l'enfant (abus ou contrôle). Dans le groupe d'enfants abusés, la plus grande proportion de leurs mères (49.2 %) ont entre 12 et 16 ans de scolarité. Pour les enfants du groupe contrôle, la majorité de leurs mères (64.6 %) ont 16 ans de scolarité et plus. Ainsi, s'il est plus fréquent dans le groupe abus que la mère soit célibataire et ait un niveau d'éducation plus bas, il est donc logique que le revenu familial des enfants abusés soit plus bas que celui des enfants du groupe contrôle dont les mères ont plus souvent un conjoint et un niveau de scolarité plus élevé.

## **Matériel**

*Child Behavior Checklist.* L'utilisation des deux versions du questionnaire (CBCL/2-3 ans; Achenbach et al., 1987 et CBCL/4-18 ans; Achenbach et al., 1991) permet de mesurer les séquelles de l'abus sexuel dans cette étude. Le CBCL est un instrument s'adressant aux parents qui est largement utilisé et amplement validé. Les items du CBCL/2-3 ans (Achenbach et al., 1987) résultent d'un ensemble d'items formulés à partir

d'entrevues cliniques réalisées auprès de mères ayant des enfants de 2 et 3 ans et d'items du CBCL/4-18 ans (Achenbach et al., 1991). Le questionnaire comprend 100 items évaluant la présence chez l'enfant de certains comportements ou symptômes, lors des deux derniers mois (0 = *absence*, 1 = *parfois* et 2 = *souvent*). Deux échelles de syndromes découlent du CBCL: l'échelle de comportements problématiques intériorisés et l'échelle de comportements problématiques extériorisés. La première inclut les sous-échelles liées à l'anxiété, la dépression, le retrait, les problèmes de sommeil, les problèmes sociaux et les plaintes somatiques. La deuxième traite des comportements délinquants, cruels et agressifs. Une transformation en score *T* est effectuée pour chacune des sous-échelles.

Le CBCL/4-18 ans (Achenbach et al., 1991), inclut 113 items. 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*). Les échelles et les sous-échelles du CBCL/4-18 ans (Achenbach et al., 1991), sont semblables à celles du CBCL/2-3 ans (Achenbach et al., 1987). Par contre, le CBCL/4-18 ans (Achenbach et al., 1991), comprend l'ajout des sous-échelles des problèmes de la pensée et des comportements sexualisés, dans l'échelle d'externalisation. Également, le CBCL/4-18 ans (Achenbach et al., 1991), en comparaison au CBCL/2-3 ans (Achenbach et al., 1987), a retiré de l'échelle d'intériorisation la sous-échelle mesurant les problèmes de sommeil. La façon de calculer les résultats standardisés est semblable à celle décrite précédemment pour l'autre version du questionnaire. 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).

Dans le cadre de la présente recherche, deux sous-échelles du CBCL/2-3 ans (Achenbach et al., 1987) et du CBCL/4-18 ans (Achenbach et al., 1991) seront employées. Les problèmes d'ordre somatique seront évalués grâce à la sous-échelle des plaintes somatiques de l'échelle d'intériorisation. Les difficultés au plan des relations avec les pairs seront mesurées par le biais de la sous-échelle des problèmes sociaux de l'échelle

d'intériorisation. Également, les problèmes d'externalisation seront observés avec l'échelle d'externalisation. Il est à noter que les seuils cliniques ne sont pas les mêmes selon les échelles. En effet, pour les sous-échelles des plaintes somatiques et des problèmes sociaux un résultat de 50 équivaut à la moyenne, un résultat à partir de 67 indique un niveau de symptomatologie à la limite du seuil clinique, tandis qu'un résultat supérieur à 70 indique un niveau de symptomatologie clinique. Pour l'échelle d'externalisation un résultat de 50 équivaut aussi à la moyenne, mais un résultat plus grand ou égal à 60 est à la limite du seuil clinique et s'il est plus grand ou égal à 64 il atteint le seuil de symptomatologie clinique.

*Child Sexual Behavior Inventory.* Le CSBI (Friedrich et al., 1991) est une mesure rapportée par les parents de l'enfant pour lequel il y a des soupçons d'abus sexuel, comprenant 35 items. Cet outil s'intéresse à l'occurrence d'un vaste éventail de comportements sexualisés pouvant survenir chez les jeunes de 2 à 12 ans, au cours des six derniers mois. La fonction principale de l'instrument est de dépister les enfants étant susceptibles d'avoir été abusés sexuellement. Les répondants doivent indiquer la fréquence à laquelle ils ont observé les comportements proposés, à l'aide d'une échelle en quatre points (0 = *jamais* et 3 = *au moins une fois par semaine*). Le CSBI (Friedrich et al., 1991) évalue neuf différents types de comportements sexualisés incluant les problèmes de frontières, l'exhibitionnisme, les comportements associés au rôle sexuel de l'enfant selon son genre, l'autostimulation, l'anxiété par rapport à la sexualité, l'intérêt sexuel, l'intrusion sexuelle, les connaissances sexuelles et le voyeurisme. Il en découle un résultat total et deux sous-totaux. Il y a un sous-total de *comportements sexualisés reliés au développement* (DRSB), reflétant le niveau de comportements associés au rôle sexuel de l'enfant selon son genre, et un sous-total de *comportements sexualisés spécifiques à l'abus sexuel et à la transgression des frontières personnelles* (SASI). Le sous-total SASI sert directement à détecter un vécu d'abus sexuel. Uniquement ce dernier résultat est considéré dans la présente étude afin de mesurer les comportements sexualisés. Concernant le seuil clinique pour cette sous-échelle, un résultat de 50 équivaut à la moyenne, un résultat de 60 ou plus est à la limite du seuil clinique et un résultat de 65 ou plus atteint le niveau de symptomatologie clinique. Le CSBI (Friedrich et al., 1991) possède une bonne consistance interne, une fidélité test/retest adéquate, ainsi qu'une bonne validité discriminante entre des

enfants ayant vécu un abus sexuel et des enfants contrôles. La validité et la fidélité de l'instrument sont démontrées dans plusieurs études (Friedrich, Fisher, Broughton, Houston, & Shafran, 1998; Friedrich et al., 2001; Friedrich, Grambsch, Damon, 1992).

## **Procédure**

Le protocole d'évaluation du projet global se divise en trois différentes séances d'approximativement 1h30. Au cours des deux premières rencontres, une assistante de recherche réalise une entrevue d'anamnèse (Normandin, 1996) avec la mère. Les mères des enfants, pour lesquels il y a des soupçons d'abus sexuel, répondent également à une entrevue du contexte de l'abus sexuel vécu par leur enfant (Normandin et al., 2001). Enfin, toutes les mères doivent répondre à différents questionnaires évaluant les comportements de leur enfant. Lors de la première participation à la recherche, une troisième rencontre d'évaluation s'ajoute où la mère participe à *l'entrevue du développement parental* (Slade, Aber, Bresgi, Berger, & Kaplan, 2004). Les données issues de l'anamnèse, de l'entrevue spécifique à l'abus et des questionnaires sont utilisées dans la présente étude.

Lors des deux premières rencontres, les enfants âgés de moins de 8 ans participent à deux séances de jeu libre et font *l'activité du miroir*. Les enfants âgés d'au moins 8 ans participent à une séance de jeu libre, font *l'entrevue d'attachement pour enfant* (Target, Fonagy, & Shmueli-Goetz, 2003) et l'activité du miroir. L'ensemble des activités avec l'enfant prend place dans une salle de jeu qui inclut différents jouets, deux tables avec des chaises et un miroir bidirectionnel. La pièce est équipée de deux caméras rotatives filmant l'enfant sur bande vidéo. Un assistant de recherche contrôle les caméras à partir d'une pièce adjacente à la salle de jeu.

Lors de la dernière rencontre, l'équipe de clinique et de recherche transmet ses observations et recommandations de l'enfant à la mère. Également, 40 dollars sont remis à la mère et un jouet est remis à l'enfant. Ce dernier point s'applique lorsque l'enfant ne fait pas partie du groupe pour lequel il y a des soupçons d'abus sexuel, à moins que ce soit lors

du suivi longitudinal. Les mères, acceptant de participer au suivi longitudinal, sont recontactées après deux ans, afin de reprendre part au même protocole.

## Résultats

### Analyses statistiques effectuées

La réalisation de quatre ANOVAs plan mixte 2 X 2 X 2 a permis de vérifier les huit hypothèses postulées. Il s'agit d'analyses de variance où les variables indépendantes sont (a) groupe de classification (abus et contrôle), (b) période de développement (préscolaire et scolaire) et (c) le genre (féminin et masculin). L'emploi d'ANOVAs a été privilégié à l'utilisation d'une MANOVA étant donné que les groupes ne sont pas égaux d'une échelle à l'autre et ce, afin de maximiser le nombre de sujets par analyse. De plus, il a été vérifié préalablement que les variables dépendantes ne corrélaient pas entre elles. La variable dépendante, pour les deux premières hypothèses, est le résultat à la sous-échelle SASI du test CSBI (Friedrich et al., 1991). La première hypothèse stipule qu'il y a une présence significativement plus importante de comportements sexualisés chez les enfants abusés durant la période préscolaire que les enfants abusés durant la période scolaire. Ainsi, il est attendu qu'il y a un effet d'interaction groupe de classification X période de développement. La seconde hypothèse avance qu'il y a significativement plus de comportements sexualisés chez les enfants abusés que chez les enfants contrôles. Ici, il est prévu qu'il y ait un effet principal du groupe de classification.

La démarche est semblable pour la troisième et la quatrième hypothèse, mais la variable dépendante est le résultat à la sous-échelle de somatisation du CBCL/2-3 ans (Achenbach et al., 1987) et du CBCL/4-18 ans (Achenbach et al., 1991). La troisième hypothèse postule qu'il y a significativement plus de somatisation chez les enfants abusés à la période préscolaire que chez les enfants abusés à la période scolaire. L'effet attendu est un effet d'interaction groupe de classification X période de développement. Aussi, pour la quatrième hypothèse où les enfants abusés présentent plus de somatisation que ceux non abusés, un effet principal du groupe de classification permettra de la confirmer.

Relativement à la vérification de la cinquième et la sixième hypothèse, les variables indépendantes sont les mêmes, mais la variable dépendante est le résultat à la sous-échelle des problèmes sociaux du CBCL/2-3 ans (Achenbach et al., 1987) et du CBCL/4-18 ans (Achenbach et al., 1991). Pour la cinquième hypothèse attestant que le groupe scolaire

rapporte significativement plus de problèmes sociaux que le groupe préscolaire, un effet d'interaction du groupe de classification X période de développement permettra de la confirmer. La sixième hypothèse, qui identifie que les enfants abusés ont plus de problèmes sociaux que les enfants non abusés, suppose un effet principal du groupe de classification.

Concernant la septième et la huitième hypothèse, cela nécessite l'emploi de la même analyse statistique, mais la variable dépendante est le résultat à l'échelle d'externalisation du CBCL/2-3 ans (Achenbach et al., 1987) et du CBCL/4-18 ans (Achenbach et al., 1991). Pour la septième hypothèse, attestant que l'enfant abusé durant la période scolaire présente significativement plus d'externalisation que l'enfant abusé à la période préscolaire, un effet d'interaction groupe de classification X période de développement est supposé. Pour la huitième hypothèse, affirmant que les enfants abusés présentent plus d'externalisation que les enfants non abusés, un effet principal du groupe de classification est attendu.

## **Résultats obtenus**

L'analyse de variance réalisée, pour les comportements sexualisés, indique qu'il y a des effets significatifs. Il y a un effet principal du groupe de classification où il y a une différence significative des moyennes ( $F_{(1,163)}=56.190$ ,  $p=0,001$ ) entre le groupe abus ( $M=80.13$ ) et le groupe contrôle ( $M=53.82$ ), avec une puissance statistique de  $\eta^2=0.256$ . Les enfants abusés ont un résultat plus élevé à la sous-échelle SASI du test de CSBI, donc ils présentent plus de comportements sexualisés que les enfants du groupe contrôle. De plus, au niveau clinique il est possible d'observer que le groupe d'enfants abusés présente un résultat au-delà du seuil de symptomatologie clinique alors que le groupe contrôle est près de la moyenne, donc non-cliniquement significatif (e.g. tableau 2). Aussi, il y a un effet principal des périodes de développement. Il y a une différence significative ( $F_{(1,163)}=6.451$  à  $p=0.012$  et  $\eta^2=0.038$ ) entre les enfants préscolaires et scolaires. Les enfants du groupe préscolaire ( $M=75.63$ ,  $SD=25.749$ ) ont un résultat significativement plus élevé que les enfants du groupe scolaire ( $M=63.42$ ,  $SD=22.354$ ) à la sous-échelle SASI du test de CSBI, alors ils démontrent davantage de comportements sexualisés (e.g. tableaux 2 et 3). Il est à noter que le groupe préscolaire a un niveau de comportements sexualisés au-delà du seuil clinique et le groupe scolaire à la limite du seuil de symptomatologie clinique (e.g.

tableau 2). Donc la différence entre ces deux groupes est significative au niveau statistique et clinique.

Pour la somatisation, l'ANOVA a démontré qu'il y a un effet principal du groupe de classification à la sous-échelle de somatisation du CBCL. Il y a une différence significative ( $F_{(1,152)}=31.587$  à  $p=0.001$  et  $\eta^2=0.172$ ) entre les enfants abusés ( $M=61.22$ ,  $SD=8.488$ ) et ceux du groupe contrôle ( $M=54.54$ ,  $SD=5.670$ ). Ainsi les enfants abusés sexuellement présentent plus de somatisation que ceux du groupe contrôle (e.g. tableaux 2 et 3).

Relativement aux problèmes sociaux, l'ANOVA effectuée indique qu'il y a un effet principal du groupe de classification. Ainsi, il y a une différence significative ( $F_{(1,106)}=16.848$  à  $p=0.001$  et  $\eta^2=0.137$ ) entre le groupe abus ( $M=61.26$ ) et le groupe contrôle ( $M=54.49$ ) à la sous-échelle des problèmes sociaux du CBCL. Donc, les enfants abusés sexuellement ont significativement plus de problèmes sociaux que les enfants du groupe contrôle (e.g. tableaux 2 et 3).

L'analyse de variance pour l'externalisation révèle qu'il y a plusieurs effets significatifs. Il y a un effet d'interaction entre le groupe de classification et le genre ( $F_{(1,151)}=5.620$  à  $p=0.019$  et  $\eta^2=0.036$ ). Il y a un effet du genre dans le groupe d'enfants contrôles. Ainsi, il y a une différence entre les filles non abusées ( $M=53.81$ ,  $SD=11.766$ ) et les garçons non abusés ( $M=47.00$ ,  $SD=7.195$ ), où les filles ont un résultat plus élevé d'externalisation. De plus, autant chez les filles que chez les garçons, il y a une différence significative entre le groupe abus et le groupe contrôle. Alors, les filles abusées sexuellement ( $M=67.17$ ,  $SD=12.009$ ) ont un résultat significativement plus élevé à l'échelle d'externalisation du CBCL que les filles non abusées ( $M=53.81$ ). De même, les garçons abusés sexuellement ( $M=68.34$ ,  $SD=12.918$ ) ont un résultat significativement plus élevé à l'échelle d'externalisation du CBCL que les garçons non abusés ( $M=47.00$ ) (e.g. tableau 4). Il est à noter que les groupes abus (filles, garçons et total) ont des moyennes au-delà du seuil de symptomatologie clinique et que les groupes contrôles (filles, garçons et total) ont des moyennes près de la moyenne ou en-dessous (e.g. tableau 2). Donc les effets notés sont

statistiquement et cliniquement significatifs. De plus, il y a un effet principal des périodes de développement pour l'échelle d'externalisation du CBCL ( $F_{(1,151)}=7.002$  à  $p=0.009$  et  $\eta^2=0.044$ ). Il y a une différence significative entre les enfants préscolaires ( $M=64.87$ ,  $SD=15.271$ ) et ceux scolaires ( $M=57.51$ ,  $SD=12.398$ ). Cela indique que les enfants plus jeunes présentent un résultat significativement plus élevé d'externalisation que leurs congénères plus vieux.

## Discussion

L'objectif principal de ce mémoire doctoral est d'étudier les liens entre la période de développement au moment de l'abus sexuel et les séquelles de celui-ci en regard des lignes développementales énoncées par Anna Freud et la psychopathologie développementale. D'une part, la présente étude a permis de confirmer les résultats de recherches antérieures stipulant que les enfants ayant vécu un abus sexuel présentent significativement plus de symptômes que des enfants non abusés (Beitchman et al., 1991; Browne & Finkelhor, 1986; Collin-Vézina et al., 2013; Kendall-Tackett et al., 1993; Rakow et al., 2011). En effet, les analyses de variance ont permis de mettre en lumière un effet principal du groupe de classification (abus / contrôle) pour les quatre symptômes explorés (comportements sexualisés, somatisation, problèmes sociaux et externalisation). De plus, les périodes de développement (préscolaire / scolaire) se sont avérées avoir un effet significatif sur certains symptômes étudiés. En outre, les enfants de la période de développement préscolaire démontrent significativement plus de comportements sexualisés et d'externalisation que leurs congénères de la période scolaire. Aussi, un effet d'interaction entre les périodes de développement et le genre s'est avéré significatif pour l'externalisation. Par contre, il n'y a pas d'effet d'interaction qui a été trouvé entre le groupe de classification et la période de développement où survient l'abus sexuel. Ainsi, l'ensemble des hypothèses formulées n'a pas pu être entièrement confirmé.

Relativement aux comportements sexualisés, deux effets principaux ont été démontrés. L'effet du groupe de classification démontre que, lorsqu'un enfant est abusé, il présente plus de comportements sexualisés qu'un enfant qui ne l'a pas été et ce, autant pour les enfants préscolaires que scolaires (e.g. tableaux 2 et 3). En regard du cadre théorique employé ces résultats viennent appuyer l'idée que, bien que les enfants évoluent selon des avancées et des régressions le long de leur développement (Freud, 1968) et qu'ils peuvent présenter des symptômes différents face à l'abus sexuel selon leurs compétences acquises et leurs tâches développementales auxquelles ils font face (Cicchetti et Toth, 1995), les comportements sexualisés constituent un indicateur particulièrement révélateur d'une interruption dans le développement. Ainsi, cela confirme que l'abus sexuel perturbe le développement normal de l'enfant (Alter-Reid et al, 1986; Collin-Vézina et al., 2013;

Thornberry et al., 2001) et qu'il nuit à la capacité de l'enfant à gérer, de manière adaptée, les différentes tâches développementales auxquelles il fait face (Friedrich, 1998; Manly et al.). De plus, les comportements sexualisés constituent le symptôme le plus étudié et associé avec l'abus sexuel à l'enfance (Alter-Reid et al., 1986; Beitchman et al., 1992; Kendall-Tackett et al., 1993). Plusieurs études démontrent que la présence de comportements sexualisés perdure dans le temps. 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) et de la 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).

Il y a un effet significatif des périodes de développement qui a été démontré par les analyses statistiques concernant les comportements sexualisés. Plus précisément cela signifie que, lorsqu'un enfant est dans la période préscolaire, il présentera davantage de comportements sexualisés qu'un enfant de la période scolaire (e.g. tableaux 2 et 3). Selon le cadre théorique choisi, cela indique que, lorsqu'un enfant vit une perturbation de son développement durant la phase pré-oedipienne que ce soit un trauma comme l'abus sexuel ou l'adaptation à un changement (tel que l'évolution vers un autre stade de développement), l'enfant va s'exprimer à travers des symptômes associés à la période du développement de l'indépendance corporelle, comme les comportements sexualisés. Ainsi, les résultats indiquent que les comportements sexualisés ne se manifestent pas seulement chez les enfants abusés sexuellement (Kendall-Tackett et al., 1993), entre autres chez les enfants ayant vécu d'autres traumas. De plus, il existe des comportements sexualisés qui correspondent au développement sexuel normal (Sandnabba et al., 2003). En outre Cohen, Deblinger, Meadel et Stauffer (1999) ont observé dans l'étude qu'ils ont mené que l'âge était associé à l'anxiété sexuelle et les peurs liées à la sexualité, et ce, autant dans leur groupe contrôle que dans leur groupe d'enfants abusés. Les auteurs concluent qu'en vieillissant, les enfants deviennent moins préoccupés par les aspects reliés à la sexualité.

Un élément intéressant à considérer pour comprendre l'effet des périodes de développement sur les comportements sexualisés chez l'enfant, indépendamment d'un vécu

d'abus sexuel infantile, est l'aspect développemental au niveau cognitif et langagier. En effet, il est possible de se questionner sur la capacité des jeunes enfants à exprimer leurs problèmes à travers la compréhension et le langage, ainsi ils sont peut-être plus susceptibles d'exprimer leurs malaises à travers des symptômes tels que les comportements sexualisés. Les enfants de la période de développement préscolaire ont des limitations développementales sur le plan cognitif (Buchsbaum, Toth, Clyman, Cicchetti, & Emde, 1992). Or, les enfants plus âgés et avancés dans leur développement sont probablement plus en mesure d'interpréter, de comprendre et de partager leur vécu et leurs difficultés de façon à moins les agir, par exemple par le biais des comportements sexualisés. Kendall-Tackett et al. (1993) expliquent que le développement cognitif des enfants est susceptible d'influencer leur développement émotionnel et social, de même que leur interprétation des comportements d'autrui et d'eux-mêmes. En vieillissant, les enfants deviennent de moins en moins centrés sur eux-mêmes et davantage en mesure de considérer les gens, et eux-mêmes, comme ayant des émotions et des traits de personnalité positifs et négatifs. Cela est à même d'influencer leurs actions, leurs interprétations des actions d'autrui et des différents événements marquants qu'ils vivent. Selon Buchsbaum et al. (1992) « les capacités et les habiletés limitées à partager des informations à propos des intentions, des pensées et des sentiments peuvent sérieusement affecter les habiletés des enfants à réguler leurs propres émotions et influencer leurs interactions interpersonnelles. » (p.618, traduction libre). Ainsi, face à l'effet significatif des périodes de développement sur les comportements sexualisés, il est possible de conclure qu'il faut être davantage prudent avant d'établir qu'un enfant a été abusé lorsqu'il présente uniquement des comportements sexualisés, bien que ce symptôme ait été très fréquemment associé à l'abus sexuel, surtout si cet enfant est dans la période de développement préscolaire.

Relativement à la somatisation, la présente recherche confirme que cela constitue un symptôme qui est davantage présent chez les enfants abusés sexuellement que les enfants non abusés (e.g. tableaux 2 et 3). De plus, les résultats n'ont pas démontré que les enfants abusés plus jeunes présentent plus de somatisation que leurs congénères plus vieux (e.g. tableau 2), bien que le cadre théorique choisi postule que ce symptôme est davantage présent chez les enfants de la période préscolaire. Malgré tout, il est possible d'avancer

l'idée que, lorsqu'il y a perturbation du développement, tel que produit par un abus sexuel, cela pourrait possiblement entraîner l'enfant à régresser à un stade antérieur de développement où l'indépendance corporelle est un enjeu plus central. L'indépendance corporelle constitue un enjeu central durant l'apparition du principe de réalité et de l'investissement narcissique du corps. Les progrès de l'enfant à ce stade n'étant pas encore complet au plan du fonctionnement du moi, cela l'amène à avoir de la difficulté à se protéger contre les dangers ou atteintes à son intégrité corporelle et par là, à vivre de la somatisation. Donc, les résultats obtenus renforcent l'importance accordée au développement de l'indépendance corporelle. De plus, la somatisation est un symptôme qui est présent à court terme (Bernier et al., 2013), mais qui peut aussi persister à long terme tel qu'énoncé par plusieurs auteurs (e.g. Alter-Reid et al., 1986; Modestin et al., 2005; Walker et al., 1992). Également, il est possible d'expliquer l'absence d'effet de la période de développement sur la somatisation par l'exploration de différents problèmes reliés au champ d'étude de l'abus sexuel infantile. D'une part, les enfants préscolaires sont moins susceptibles de dénoncer leur abus (Mannarino & Cohen, 2006) et le font plus souvent de manière accidentelle (Fontanella et al., 2000). D'autre part, selon Butler (2013) qui a mené une étude prospective, l'âge où le premier abus a eu lieu peut avoir été mal rapporté menant à des conclusions biaisées. Ainsi, durant la période de développement préscolaire les phénomènes associés à l'abus sont peut-être confondus et nuisent à la justesse des résultats obtenus, comparativement aux enfants de la période scolaire dont leur tableau clinique est susceptible d'être plus clair.

Les problèmes sociaux se sont avérés significativement plus présents chez les enfants abusés dans le présent échantillon que les enfants non abusés (e.g. tableau 2 et 3). En lien avec le cadre théorique choisi il est possible de conclure que la ligne de développement de la camaraderie est importante et qu'elle peut être perturbée par une interruption du développement consécutive, entre autres, par un traumatisme comme l'abus sexuel. Les résultats de ce mémoire doctoral permettent également d'établir que les problèmes sociaux constituent un indicateur de la perturbation du développement pertinent et évocateur. Il n'a pas été trouvé que les enfants plus âgés lors de l'abus avaient plus de problèmes sociaux tel que postulé initialement (e.g. tableau 2). Cela peut s'expliquer entre

autres par le fait que, selon Buchsbaum, Toth, Clyman, Cicchetti, et Emde (1992) « À partir de l'âge préscolaire, les relations avec les pairs deviennent une avenue de plus en plus importante pour expérimenter un sens positif de soi et pour apprendre de meilleures habiletés de régulation.» (p.618, traduction libre). Allant dans le même sens, Milot et al. (2010) explique que: « Les problèmes de comportements peuvent se développer aussi tôt qu'à l'âge préscolaire et rester stables à travers le temps pour une certaine proportion des enfants.» (p.226, traduction libre). Ainsi, bien que les relations avec les pairs ne soient pas au cœur des défis développementaux des enfants de la période préscolaire, il demeure qu'un traumatisme vécu durant cette période de développement puisse venir perturber leur développement social. De plus, il a été avancé que, lorsque non traités, les adultes ayant été victimes d'abus sexuel infantile démontrent certains symptômes qui perdurent dans le temps, comme les problèmes sociaux, car ils démontrent de faibles habiletés sociales (Alter-Reid et al., 1986).

Tout comme d'autres auteurs ont trouvé par le passé, la présente recherche confirme qu'il y significativement plus d'externalisation chez les enfants abusés sexuellement que ceux qui ne l'ont pas été (e.g. Kendall-Tackett et al., 1993; Manly et al., 2001; Stern et al., 1995). Ainsi, en regard du cadre théorique employé des lignes développementales d'Anna Freud et de la psychopathologie développementale, il est possible de conclure que l'externalisation est un indicateur de la perturbation du développement qui est important à considérer. Également, les analyses de variance ont mis à jour un effet d'interaction entre le groupe de classification et le genre (e.g. tableaux 2, 3 et 4). Il y a une différence significative pour l'externalisation entre les genres dans le groupe contrôle, ce qui n'est pas le cas pour le groupe d'enfants abusés. Le lien entre l'abus et le genre pour le symptôme d'externalisation ne fait pas consensus dans la littérature. Jones et al. (2013) indiquent qu'encore aujourd'hui les recherches chez les enfants ayant vécu un abus sexuel démontrent des résultats mitigés concernant le lien entre le genre et les symptômes d'externalisation. En général, dans le domaine de l'abus sexuel infantile, les recherches démontrent que les garçons abusés sexuellement présentent plus de problèmes d'externalisation que les filles ayant vécu ce trauma (Beitchman et al., 1991; Bergen, Martin, Richardson, Allison, & Roeger, 2004; Kendall-Tackett et al., 1993; Moran,

Vuchinich, & Hall, 2004). Par exemple, Fontanella et al. (2000) concluent de leur étude qu'il n'y a pas de différence entre les genres pour l'internalisation, mais que les garçons présentaient significativement un plus haut niveau d'agressivité que les filles. Cependant, dans cette étude il n'y avait pas de groupe de comparaison ou de groupe contrôle, ce qui réduit considérablement les portées de ces conclusions. D'autres auteurs n'ont pas trouvé de lien entre le genre et l'abus sexuel pour l'externalisation chez les enfants (Ruggiero et al., 2000; Yancey et al., 2013). Par exemple, Yancey et al. (2013) avaient émis l'hypothèse dans leur étude que les garçons abusés sexuellement présenteraient davantage d'externalisation que les filles abusées. Les résultats de l'étude n'ont pas démontré de lien entre le genre et l'externalisation.

La présente étude ne démontre pas qu'il y a une différence entre les garçons abusés et les filles abusées concernant l'externalisation, mais que la différence la plus grande entre les groupes concernant l'externalisation est entre les filles abusées et les filles non abusées autant qu'entre les garçons abusés et ceux qui ne l'ont pas été. Malgré tout, les garçons abusés sexuellement sont ceux ayant la moyenne d'externalisation la plus élevée (e.g. tableau 3). En outre, en bas âge compte tenu de leur contexte de vie, les garçons et les filles seraient autant dans un état de dépendance qui les placeraient à risque d'abus sexuel et les différencieraient peu face au symptôme de l'externalisation (Fontanella et al., 2000). À l'âge adulte, par contre, il semblerait que les victimes d'abus sexuel durant l'enfance de sexe masculin présenteraient davantage de problèmes d'externalisation (usage de drogue, d'alcool, bagarre, vols) (Yancey et al., 2013). Donc, il est possible de se demander si, pour l'abus sexuel infantile, il n'y aurait pas de différence en ce qui a trait au genre pour l'externalisation durant l'enfance, mais qu'à l'âge adulte le profil clinique changerait et qu'il y aurait une différence significative entre les genres.

Les résultats des analyses statistiques réalisées pour l'externalisation démontrent aussi qu'il y a un effet des périodes de développement concernant l'externalisation. Plus spécifiquement, les enfants préscolaires ont significativement plus de problèmes d'externalisation que les enfants scolaires. Ces résultats vont dans le sens contraire de l'hypothèse formulée pour ce symptôme. Il était avancé que les enfants dans la période

développementale scolaire présenteraient plus d'externalisation étant donné que ce symptôme constitue l'indicateur d'une interruption de la ligne développementale de la camaraderie, qui se situe à la période scolaire (tel qu'énoncée par Anna Freud). Il est possible de tenter d'expliquer ce résultat à la lumière de différents éléments issus de la littérature sur l'abus sexuel infantile.

Dans un article de Kendall-Tackett et al. (1993), résumant les études sur l'abus sexuel, les auteurs exposent un modèle qui met la vulnérabilité de l'enfant au cœur des symptômes qu'il vivra des suites d'un abus sexuel. Dans ce modèle, les enfants vont développer des problèmes dans des domaines où ils présentaient initialement une vulnérabilité. Ainsi, il y aurait très peu de différence entre les effets d'un abus sexuel, et ceux d'un autre stressor. Ce modèle rappelle une partie du cadre théorique employé, soit la perspective de la psychopathologie développementale, qui prend en considération le fait que l'impact de l'abus sexuel sera distinct, en fonction des différentes tâches développementales rencontrées mais aussi des compétences déjà acquises (Cicchetti & Toth, 1995). Aussi, le concept de multifinalité, inclut dans cette approche, explique que des expériences traumatiques similaires peuvent évoluer en des adaptations différentes selon les individus (Thornberry et al., 2001). Alors, bien que l'abus sexuel infantile constitue un événement marquant d'envergure, il est possible qu'il soit vécu par un enfant comme un autre stressor (Mannarino & Cohen, 2006) et que les symptômes qu'il peut vivre dépendent de la façon dont l'enfant ressent et gère cet événement, indépendamment de la nature de cet événement. En outre, selon Milot et al. (2010): « les symptômes devraient être associés à la façon dont les enfants gèrent les facteurs de stress social et non social qu'ils sont susceptibles de vivre, par exemple en entrant à la garderie ou à la maternelle, en ayant à établir de nouvelles relations avec des pairs et des éducateurs inconnus dans un environnement nouveau. » (p.227, traduction libre). Ainsi, il est possible d'envisager que les enfants de la période préscolaire sont plus vulnérables concernant la gestion comportementale de leur vécu (externalisation) comparativement aux enfants plus vieux. Ces derniers sont plus fréquemment dans l'univers social et sont davantage habitués à devoir composer avec les conséquences négatives associées à l'externalisation et donc, à possiblement en faire un moins grand usage que les enfants plus jeunes.

Enfin, Butler (2013) qui a mené une étude prospective atteste qu'un niveau préexistant d'externalisation pourrait expliquer l'association trouvée entre l'abus sexuel et l'externalisation et il ajoute que cela pourrait même constituer un facteur de risque. Dans le même sens, Rakow et al. (2011) dans leurs analyses préliminaires ont observé un lien entre l'âge et l'externalisation et ils ont contrôlé cet effet pour leurs analyses statistiques subséquentes. Donc, cela pourrait expliquer en partie l'effet de la période de développement sur l'externalisation.

Un dernier résultat, sur lequel il est intéressant de s'attarder, est l'absence d'effet significatif d'interaction entre la variable du groupe de classification et les périodes de développement. Il semble en effet surprenant de constater que les résultats de la présente étude démontrent un effet significatif du groupe de classification sur les quatre symptômes étudiés et un effet de la période de développement sur deux d'entre eux (comportements sexualisés, externalisation), mais aucune interaction significative. Il est possible d'avancer différentes interprétations face à ces résultats à l'aide de certains modèles théoriques en lien avec l'abus sexuel ou les traumatismes infantiles.

Premièrement, il est intéressant de se pencher sur un modèle récent rapporté par Yancey et al. (2013) qui expose une façon de regrouper les enfants abusés sexuellement selon la symptomatologie présentée des suites d'un abus sexuel. Ce modèle a été établi à partir de tests autorapportés par les enfants et les parents (CSBI et CBCL). Les auteurs ont fait une analyse de groupe. Ils ont établi quatre sous-groupes selon les symptômes qui sont corrélés entre eux. Le premier inclut les enfants avec un haut niveau de détresse rapportant des niveaux élevés de dépression, d'anxiété, de symptômes de stress post-traumatique et leurs parents ont noté de hauts niveaux d'internalisation, d'externalisation et de comportements sexualisés. Le deuxième groupe d'enfants avec des problèmes comportementaux a rapporté des niveaux normaux de dépression, d'anxiété et de symptômes de stress post-traumatique, mais leurs parents ont rapporté de hauts niveaux d'internalisation, d'externalisation et de comportements sexualisés. Le troisième groupe

sous-clinique est constitué d'enfants qui rapportent un faible niveau de dépression, d'anxiété, de symptômes de stress post-traumatique et leurs parents rapportent aussi de faibles niveaux de symptômes concernant l'internalisation, l'externalisation et les comportements sexualisés. Le dernier groupe, de détresse rapportée, comprend des enfants affirmant vivre de hauts niveaux de dépression, d'anxiété et de symptômes de stress post-traumatique, mais leurs parents ont noté de faibles niveaux d'internalisation, d'externalisation et de comportements sexualisés. Ainsi, il semble que les symptômes peuvent être corrélés entre eux et entre les répondants (enfants et parents). Il est possible qu'en ayant pris en considération ces regroupements de symptomatologie dans la présente étude, les effets des variables confondantes auraient été moins présents. Par là les effets spécifiques aux périodes de développement et à l'abus auraient pu émerger davantage et aussi, l'effet d'interaction.

Deuxièmement, les variables caractérisant l'abus sexuel peuvent avoir un impact plus ou moins important, selon le cas, sur les conséquences de ce traumatisme chez l'enfant. La majorité des études explorent les variables de l'abus sexuel de manière isolée et non pas les corrélations qui peuvent exister entre elles. Trickett et al. (2011) ont fait une analyse hiérarchique de groupe afin de déterminer si leur échantillon pouvait être divisé selon différentes catégories de variables de l'abus. Il est ressorti un modèle des variables de l'abus classées selon trois groupes. Le premier inclut les abus par plusieurs agresseurs, aucun d'eux n'étant le père biologique, une courte durée d'abus et accompagné de violence. Le deuxième groupe comprend les abus effectués par un seul agresseur, par le père biologique, une courte durée et absent de violence. Le troisième groupe est défini par l'abus perpétré par le père biologique, sur une longue durée et avec peu de violence qui a débuté lorsque l'enfant était à un jeune âge. Après avoir regroupé les individus abusés selon ces trois groupes les chercheurs ont comparé les groupes entre eux selon différents symptômes et trouvé des résultats significatifs intéressants. Entre autres, il s'agirait du troisième groupe qui présenterait, au temps un, un profil de problèmes le plus extrême (sur neuf symptômes étudiés). Ainsi, en prenant en considération les liens qui existent entre les variables de l'abus, en contrôlant leurs effets, cela permet de ne pas fausser les résultats quant aux variables que l'on tente d'étudier et faire ressortir les résultats les plus importants.

## **Limites**

Certains facteurs méthodologiques sont susceptibles d'avoir influencé les données obtenues et limiter ainsi la portée des résultats. Premièrement, la définition de l'abus sexuel employée peut avoir influencé les résultats (Kendall-Tackett et al., 1993; Yancey et al., 2013) parce que ce n'est pas un construit qui est établi de manière totalement consensuelle, car toujours en évolution (Fallon et al., 2010). Dans le cas présent, une définition plus large a été employée, puisque les enfants ayant vécu de l'érotisation ont été inclus dans le groupe d'enfants abusés. Par contre, il est à noter que cela va dans le sens des recherches dans le domaine de l'abus sexuel chez l'enfant qui se dirigent de plus en plus vers une définition plus large, plus inclusive de l'abus sexuel (Collin-Vézina et al., 2013).

Deuxièmement, la sélection de l'échantillon a pu biaiser les données (Goldman & Padayachi, 2000). En effet, le groupe contrôle est constitué d'enfants issus de familles volontaires, autoréférées. Il est possible de questionner s'il s'agit d'un réel groupe contrôle. Les parents ayant accepté que leurs enfants participent à l'étude auraient pu avoir des questionnements quant à la sexualité de leurs enfants ou encore ils pourraient avoir vécu eux-mêmes des expériences abusives à caractère sexuel, sans que cela ait été nommé dans l'étude. Ainsi, malgré les précautions utilisées afin que le groupe contrôle comprennent des enfants issus de différents milieux, et représentatifs de la population, il demeure qu'il est impossible de savoir s'il existe une différence considérable entre ceux qui ont choisi de participer à l'étude et ceux qui ne l'ont pas fait (Yancey et al., 2013).

Troisièmement, relativement à la mesure, dans le cas présent il n'y a qu'un seul répondant, soit la mère, alors qu'il est reconnu que l'idéal est d'avoir plusieurs répondants de manière à avoir un meilleur portrait de la situation de l'enfant (Friedrich et al., 1998). Par contre, il est mieux d'avoir le point de vue du parent que celui de l'enfant uniquement (Kendall-Tackett et al., 1993). En ayant un seul répondant, il est possible que la mère ait été influencée par une certaine désirabilité sociale (Rakow et al., 2011). De plus, lorsque la mère souffre d'un problème de santé mentale (ex. : dépression) il a été énoncé que son état de détresse est susceptible de venir influencer son jugement (Cohen et al., 1999). Certaines

mères du groupe contrôle pourraient avoir été dans cette situation sans que cela ait pu être observé dans l'étude. Aussi, il est possible que dans le groupe des enfants préscolaires les enfants n'ayant pas encore eu à entrer dans l'univers social et à avoir à faire face à ses règles et à ses interdits, les parents soient davantage confus face à ce qui est un comportement sexuel normal et attendu et ce qui ne l'est pas. Également, des parents ayant vécu un abus sexuel ou encore ayant des inquiétudes face à leur enfant ont peut-être une vision différente, voire biaisée, des comportements sexuels normaux et ceux qui ne le sont pas. Un autre facteur possiblement confondant est l'absence d'évaluation du stade de développement (cognitif, langagier, social, affectif) des enfants qui ont participé à l'étude empêchant de bien évaluer l'importance des périodes de développement. Donc, les mesures employées (le CBCL et le CSBI) sont peut-être moins sensibles pour les enfants préscolaires. Il serait nécessaire de répliquer l'étude afin de pouvoir identifier clairement s'il s'agit d'un problème de mesure ou non concernant l'effet des périodes de développement sur les comportements sexualisés chez les enfants préscolaires.

Quatrièmement, il y a certains facteurs qui peuvent demeurer inconnus, non détectés, mais qui sont tout de même à considérer comme étant de possibles limites inhérentes à l'étude. Entre autres, les problèmes de dénonciation d'abus peuvent être susceptibles de venir influencer les données. En effet, il pourrait y avoir entre 80 % (Davies & Jones, 2013) à 90 % (Freyd et al., 2005) des victimes d'abus sexuel qui ne dévoileraient pas leur trauma, ce qui ne permettrait pas d'avoir une réelle vision d'ensemble des conséquences d'un abus. Aussi, il y a l'impact des enfants asymptomatiques (Mannarino & Cohen, 2006; Putnam, 2003), résilients (Collin-Vézina et al., 2013; Zielinski & Bradshaw, 2006), les effets dormants de l'abus (Finkelhor & Berliner, 1995; Trickett et al., 2011) et la revictimisation (Barnes et al., 2009; Davies & Jones, 2013). À titre d'exemple, les enfants asymptomatiques comptent pour approximativement 30 % de la population des enfants abusés sexuellement lors du dévoilement de l'abus (Kendall-Tackett et al., 1993), ce qui est non négligeable.

## **Contributions scientifiques**

La présente étude apporte des contributions scientifiques intéressantes sur le plan des connaissances, de la méthodologie et de la clinique. En ce qui a trait aux connaissances, la recherche a permis de confirmer les résultats des études antérieures concernant les séquelles des suites d'un abus sexuel, que cela survienne lorsque l'enfant est à la période de développement préscolaire ou scolaire et qu'il soit un garçon ou une fille. Les enfants abusés sexuellement présentent significativement plus de comportements sexualisés, de somatisation, d'externalisation et de problèmes sociaux que les enfants du groupe contrôle n'ayant pas vécu ce traumatisme. De plus, la présente recherche a tenté de tester un modèle théorique. Il s'agit des lignes développementales d'Anna Freud et de la psychopathologie développementale (Thornberry et al., 2001), qui abordent les enjeux reliés à chaque période développementale qui sont associés à des symptômes particuliers. Ainsi, il est possible d'établir que les lignes développementales de l'indépendance corporelle et de la camaraderie sont pertinentes et que les indicateurs de la perturbation du développement sélectionnés (comportements sexualisés, somatisation, problèmes sociaux et externalisation) sont appropriés pour explorer les profils symptomatiques des enfants abusés sexuellement. Peu de recherches dans le domaine fondent leurs études sur des bases théoriques (Tyler, 2002). En ce sens, la présente recherche permet de faire avancer les connaissances sur les séquelles des enfants abusés sexuellement en lien avec les périodes de développement. Les résultats de ce mémoire doctoral en lien avec le cadre théorique choisi conduisent vers un modèle plus large du trauma qu'est l'abus sexuel, qui devrait inclure les « effets qui sont plus ou moins spécifiques à l'abus sexuel, partant de l'acte d'abus en particulier, qui interagit aussi avec les vulnérabilités déjà présentes chez l'enfant, la santé ou la toxicité de l'environnement familial, et la réponse sociale de la découverte de l'abus. » (Kendall-Tackett et al., 1993, p.174, traduction libre).

Concernant la méthodologique, il est possible d'avoir un haut niveau de confiance dans les données obtenues, car plusieurs lacunes des recherches dans le domaine de l'abus sexuel chez l'enfant sont ici résolues. Entre autres, les données étudiées sont issues d'une étude longitudinale menée auprès d'enfants (et non d'adultes ayant vécu un abus sexuel en enfance). Cela permet de réduire la vulnérabilité à des erreurs d'inférence, ainsi des faits

sont évalués et non des perceptions. Cela augmente aussi la confiance dans les symptômes rapportés, qu'ils sont liés au vécu d'abus sexuel et non à une autre source (autre traumatisme, développement, etc.). De plus, il y a un nombre élevé autant de garçons que de filles, ce qui est rarement le cas dans les études sur le sujet (Walker et al., 2004). De même, il y a un nombre élevé d'enfants en bas âge, ce qui est peu commun (Yancey et al., 2013). Également, cette étude utilise un groupe contrôle non clinique. Ces derniers éléments augmentent la représentativité de l'échantillon étudié, la validité externe, la généralisation des résultats et permet une plus grande fiabilité dans la comparaison des enfants entre eux selon leur période développementale. Enfin, l'âge de l'abus (pour le groupe abus) et l'âge de l'évaluation (pour le groupe contrôle) ont été considérés, alors que l'âge au moment de l'abus est rarement employé dans les études sur l'abus sexuel infantile.

Sur le plan clinique, il ressort de la présente étude qu'il ne faut pas sous-estimer l'effet de l'abus sexuel infantile, pour les enfants de tous âges. Aussi, cet événement traumatique s'accompagne d'une myriade de symptômes qu'il faut adresser aussi tôt que possible. Cela met de l'avant l'importance de poursuivre le développement des interventions psychologiques auprès des enfants de la période de développement préscolaire et leur famille. Les symptômes observés chez les enfants préscolaires démontrent que, pour certains, les défis développementaux peuvent entraîner des manifestations cliniques, qui peuvent sans doute être transitoires, mais ils doivent être pris en charge. L'étude confirme aussi que la période préscolaire est un moment charnière du développement et ce, pour la construction de l'avenir identitaire, social et affectif des enfants. Cependant, l'enchevêtrement des différentes variables à considérer pour traiter les jeunes enfants demeure encore nébuleux et demande à être plus approfondi.

### **Avenues futures**

À la lumière des résultats et limites de la présente étude, il serait intéressant dans les recherches futures de se pencher davantage sur l'impact de l'abus sexuel chez les enfants de la période de développement préscolaire, car il semble que les facteurs confondants sont plus nombreux et le profil symptomatique moins clair. De plus, il serait pertinent de répliquer la présente étude, mais en utilisant les regroupements de présentations cliniques

énoncés par Yancey et al. (2013) et les regroupements par variables de l'abus tel que stipulé par Trickett et al. (2011). Il demeure qu'encore aujourd'hui, même si plusieurs chercheurs ont identifié des relations significatives entre les caractéristiques de l'abus sexuel et le profil clinique des victimes, peu ont examiné les caractéristiques multiples entre elles, afin de déterminer leur importance relative dans la prédiction du fonctionnement après l'abus (Ruggiero et al., 2000; Yancey et al., 2013). De cette manière, il serait peut-être plus aisé d'évaluer les effets de l'abus sexuel. Aussi, l'influence du genre serait à contrôler, sans oublier les autres types d'abus et de mauvais traitements chez l'enfant (Collin-Vézina et al., 2013). Le vécu des parents, que ce soit la présence de troubles psychologiques de l'axe I, de l'axe II ou encore les expériences traumatisantes, particulièrement les abus, serait à évaluer et à contrôler dans les analyses préliminaires. Également, il serait judicieux de répliquer la présente étude en évaluant préalablement la période de développement dans laquelle se situe chaque enfant (Butler, 2013), toujours en recrutant un nombre élevé d'enfants des deux genres et d'enfants en bas âge dans une étude longitudinale. De même, il serait intéressant d'étudier si l'impact du délai entre le moment de l'abus et celui de l'évaluation peut influencer le tableau symptomatique présenté par l'enfant, car celui-ci pourrait potentiellement être encore dans un état de stress post-traumatique. Par exemple, Calam et al. (1998) ont identifié une tendance du nombre de symptômes à augmenter, en fonction de la période qui s'écoule entre l'abus sexuel et l'évaluation. Enfin, les études interdisciplinaires seraient souhaitables (Freyd et al., 2005) de façon à mieux cerner la problématique de l'abus sexuel dans son ensemble et de manière plus dynamique.

Pour l'avenir des traitements chez les enfants ayant vécu un abus sexuel il serait important d'inclure davantage les parents dans le processus thérapeutique (Cyr et al., 2013; Turner et al., 2012) car cela aide à la réussite d'un traitement (Mannarino & Cohen, 2006). Aussi, il serait souhaitable qu'il y ait plus souvent dans les traitements l'utilisation d'un modèle multifactoriel (Collin-Vézina et al., 2013) incluant les variables individuelles, familiales, environnementales et culturelles (Cyr et al., 2013; Zielinski & Bradshaw, 2006). En outre, bien que la thérapie cognitive comportementale centrée sur le trauma soit le traitement le plus reconnu actuellement (Mannarino & Cohen, 2006; Trickett et al., 2011), il serait avisé d'utiliser un traitement multimodal (Milot et al., 2010) et davantage ciblé sur

les particularités de l'abus sexuel. Enfin, étant donné qu'il a été démontré que les séquelles de l'abus varient grandement d'un enfant à l'autre, il faudrait favoriser une plus grande souplesse dans l'application des traitements, de façon à s'ajuster à l'enfant ayant subi un abus sexuel et non pas d'ajuster l'enfant au traitement (Trickett et al., 2011).





## Références

- Achenbach, T. M., Edelbrock, C., & Howell, C. T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2- and 3- year-old children. *J Abnorm Child Psychol*, 15(4), 629-650.
- Achenbach, T. M., Howell, C. T., Quay, H. C., & Conners, C. K. (1991). National survey of problems and competencies among four- to sixteen-year-olds: parents' reports for normative and clinical samples. *Monogr Soc Res Child Dev*, 56(3), 1-131.
- Adams, J. (2001). Evolution of a classification scale: Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreatment*, 6, 31-36.
- Adams, J., McClellan, J., Douglass, D., McCurry, C., & Storck, M. (1995). Sexually inappropriate behaviors in seriously mentally ill children and adolescents. *Child Abuse Negl*, 19(5), 555-568.
- Alter-Reid, K., Gibbs, M. S., Lachenmeyer, J. R., Sigal, J., & Massoth, N. A. (1986). Sexual abuse of children: A review of the empirical findings. *Clinical Psychology Review*, 6(4), 249-266.
- Atlas, J. A., Wolfson, M. A., & Lipschitz, D. S. (1995). Dissociation and somatization in adolescent inpatients with and without history of abuse. *Psychol Rep*, 76(3 Pt 2), 1101-1102.
- 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.
- 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 Negl*, 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 Negl*, 16(1), 101-118.
- Bergen, H. A., Martin, G., Richardson, A. S., Allison, S., & Roeger, L. (2004). Sexual abuse, antisocial behaviour and substance use: Gender differences in young community adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(1-2), 34-41.
- Bernier, M.-J., Hébert, M., & Collin-Vézina, D. (2013). Dissociative symptoms over a year in a sample of sexually abused children. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(4), 455-472.
- Bhandari, S., Winter, D., Messer, D., & Metcalfe, C. (2011). Family characteristics and long-term effects of childhood sexual abuse. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(4), 435-451.
- Black, M., Dubowitz, H., & Harrington, D. (1994). Sexual abuse: developmental differences in children's behavior and self-perception. *Child Abuse Negl*, 18(1), 85-95.
- Briere, J. (1992). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *J Consult Clin Psychol*, 60(2), 196-203.
- Briere, J., & Runtz, M. (1988). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse Negl*, 12(1), 51-59.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychol Bull*, 99(1), 66-77.

- Buchsbaum, H. K., Toth, S. L., Clyman, R. B., Cicchetti, D., & Emde, R. N. (1992). The use of a narrative story stem technique with maltreated children: Implications for theory and practice. *Development and Psychopathology*, 4(4), 603-625.
- Butler, A. C. (2013). Child sexual assault: Risk factors for girls. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 643-652.
- 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.
- Cantón-Cortés, D., Cortés, M. R., Cantón, J., & Justicia, F. (2011). The effects of perpetrator age and abuse disclosure on the relationship between feelings provoked by child sexual abuse and posttraumatic stress. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 24(4), 451-461.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(5), 541-565.
- Cohen, J. B., Deblinger, E., Maedel, A. B., & Stauffer, L. B. (1999). Examining sex-related thoughts and feelings of sexually abused and nonabused children. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(7), 701-712.
- Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: a developmental psychopathology perspective. *J Consult Clin Psychol*, 60(2), 174-184.
- 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.
- Cosentino, C. E., Meyer-Bahlburg, H. F., Alpert, J. L., Weinberg, S. L., & Gaines, R. (1995). Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(8), 1033-1042.
- Cyr, C., Michel, G., & Dumais, M. (2013). Child maltreatment as a global phenomenon: From trauma to prevention. *International Journal of Psychology*, 48(2), 141-148.
- Cyr, M., Wright, J., McDuff, P., & Perron, A. (2002). Intrafamilial sexual abuse: brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest. *Child Abuse Negl*, 26(9), 957-973.
- Daigneault, I. V., & Hébert, M. (2004). L'adaptation scolaire des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle. [The school adaptation of sexually abused children.]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 45(4), 293-307.
- Davies, E. A., & Jones, A. C. (2013). Risk factors in child sexual abuse. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20(3), 146-150.
- Davies, S. L., Glaser, D., & Kossoff, R. (2000). Children's sexual play and behavior in pre-school settings: staff's perceptions, reports, and responses. *Child Abuse Negl*, 24(10), 1329-1343.
- Downs, W. R. (1993). Developmental considerations for the effects of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(3), 331-345.
- Drossman, D. A., Leserman, J., Nachman, G., Li, Z. M., Gluck, H., Toomey, T. C., & Mitchell, C. M. (1990). Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med*, 113(11), 828-833.
- Dube, R., & Hébert, M. (1988). Sexual abuse of children under 12 years of age: a review of 511 cases. *Child Abuse Negl*, 12(3), 321-330.
- Dubé, R., & Hébert, M. (1988). Sexual abuse of children under 12 years of age: A review of 511 cases. *Child Abuse & Neglect*, 12(3), 321-330.

- Dubowitz, H., Black, M., Harrington, D., & Verschoore, A. (1993). A follow-up study of behavior problems associated with child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 17(6), 743-754.
- Earnest, L. M. (1999). *Somatization in sexually abused adolescent girls: Relationships among locus of control, repression-sensitization, and somatization*. California school of professional psychology, Los Angeles, CA.
- Easton, S. D., Coohy, C., O'leary, P., Zhang, Y., & Hua, L. (2011). The effect of childhood sexual abuse on psychosexual functioning during adulthood. *Journal of Family Violence*, 26(1), 41-50.
- Ehlert, U., Heim, C., & Hellhammer, D. H. (1999). Chronic pelvic pain as a somatoform disorder. *Psychother Psychosom*, 68(2), 87-94.
- English, D. J., Graham, J. C., Litrownik, A. J., Everson, M., & Bangdiwala, S. I. (2005). Defining maltreatment chronicity: are there differences in child outcomes? *Child Abuse Negl*, 29(5), 575-595.
- Fallon, B., Trocmé, N., Fluke, J., MacLaurin, B., Tonmyr, L., & Yuan, Y.-Y. (2010). Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 34(1), 70-79.
- Farley, M., & Keaney, J. C. (1997). Physical symptoms, somatization, and dissociation in women survivors of childhood sexual assault. *Women Health*, 25(3), 33-45.
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (1999). Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 23(2), 115-128.
- Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 17(1), 67-70.
- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Child*, 4(2), 31-53.
- Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(11), 1408-1423.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Negl*, 14(1), 19-28.
- Fombonne, E. (1991). The use of questionnaires in child psychiatry researchy : measureing their performance and choosing an optimal cut-off (English). *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 32(4), 677-693.
- Fontanella, C., Harrington, D., & Zuravin, S. J. (2000). Gender differences in the characteristics and outcomes of sexually abused preschoolers. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 9(2), 21-40.
- Freedman, M. R., Rosenberg, S. J., & Schmaling, K. B. (1991). Childhood sexual abuse in patients with paradoxical vocal cord dysfunction. *J Nerv Ment Dis*, 179(5), 295-298.
- Freud, A. (1968). *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Paris: Gallimard.
- Freyd, J. J., Putnam, F. W., Lyon, T. D., Becker-Blease, K. A., Cheit, R. E., Siegel, N. B., & Pezdek, K. (2005). The Science of Child Sexual Abuse. *Science*, 308, 501-521.
- Friedrich, W. N. (1993). Sexual victimization and sexual behavior in children: a review of recent literature. *Child Abuse Negl*, 17(1), 59-66.
- Friedrich, W. N. (1998). Behavioral manifestations of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 22(6), 523-531; discussion 533-529.

- Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M., & Shafran, C. R. (1998). Normative sexual behavior in children: a contemporary sample. *Pediatrics*, 101(4).
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Wright, J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreat*, 6(1), 37-49.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J., & Beilke, R. L. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88(3), 456-464.
- Friedrich, W. N., Urquiza, A. J., & Beilke, R. L. (1986). Behavior problems in sexually abused young children. *J Pediatr Psychol*, 11(1), 47-57.
- Goldman, J. D. G., & Padayachi, U. K. (2000). Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. *Journal of Sex Research*, 37(4), 305-314.
- Green, A. H. (1986). True and false allegations of sexual abuse in child custody disputes. *J Am Acad Child Psychiatry*, 25(4), 449-456.
- Green, A. H. (1988a). The abused child and adolescent. In C. J. K. D. T. Williams (Ed.), *Handbook of clinical assessment of children and adolescents* (Vol. II, pp. 842-863). New-York, NY: New-York University Press.
- Green, A. H. (1988b). Child maltreatment and its victims. A comparison of physical and sexual abuse. *Psychiatr Clin North Am*, 11(4), 591-610.
- Green, A. H. (1993). Child sexual abuse: immediate and long-term effects and intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(5), 890-902.
- Holmes, W. C., & Slap, G. B. (1998). Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *JAMA*, 280(21), 1855-1862.
- Jackson, J. L., Calhoun, K. S., Amick, A. E., Maddever, H. M., & Habif, V. L. (1990). Young adult women who report childhood intrafamilial sexual abuse: subsequent adjustment. *Arch Sex Behav*, 19(3), 211-221.
- Jenny, C. (1996). Medical issues in sexual abuse. In L. B. J. Briere, J.A. Bulkley, C. Jenny, & T. Reid (Ed.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 195-205). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Jones, D. J., Lewis, T., Litrownik, A., Thompson, R., Proctor, L. J., Isbell, P., . . . Runyan, D. (2013). Linking childhood sexual abuse and early adolescent risk behavior: The intervening role of internalizing and externalizing problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(1), 139-150.
- Jonzon, E., & Lindblad, F. (2005). Adult female victims of child sexual abuse: multitype maltreatment and disclosure characteristics related to subjective health. *J Interpers Violence*, 20(6), 651-666.
- Kaplow, J. B., & Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *J Abnorm Psychol*, 116(1), 176-187.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull*, 113(1), 164-180.
- Kinzl, J. F., Traweger, C., & Biebl, W. (1995). Family background and sexual abuse associated with somatization. *Psychother Psychosom*, 64(2), 82-87.
- Larsson, I., & Svedin, C. G. (2002). Teachers' and parents' reports on 3- to 6-year-old children's sexual behavior--a comparison. *Child Abuse Negl*, 26(3), 247-266.

- Leserman, J., Drossman, D. A., Li, Z., Toomey, T. C., Nachman, G., & Glogau, L. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosom Med*, 58(1), 4-15.
- Lindblad, F., Gustafsson, P. A., Larsson, I., & Lundin, B. (1995). Preschoolers' sexual behavior at daycare centers: an epidemiological study. *Child Abuse Negl*, 19(5), 569-577.
- Linton, S. J. (1997). A population-based study of the relationship between sexual abuse and back pain: establishing a link. *Pain*, 73(1), 47-53.
- Manion, I., Firestone, P., Cloutier, P., Ligezinska, M., McIntyre, J., & Ensom, R. (1998). Child extrafamilial sexual abuse: predicting parent and child functioning. *Child Abuse Negl*, 22(12), 1285-1304.
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: contributions of developmental timing and subtype. *Dev Psychopathol*, 13(4), 759-782.
- 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., & Gregor, M. (1989). Emotional and behavioral difficulties in sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 4(4), 437-451.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Smith, J. A., & Moore-Motily, S. (1991). Six- and twelve-month follow-up of sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(4), 494-511.
- McClellan, J., McCurry, C., Ronnei, M., Adams, J., Eisner, A., & Storck, M. (1996). Age of onset of sexual abuse: relationship to sexually inappropriate behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(10), 1375-1383.
- McCourt, J., & Peel, J. C. F. (1998). The effects of child sexual abuse on the protecting parent(s): Identifying a counselling response. *Counselling Psychology Quarterly*, 11(3), 283.
- Mian, M., Marton, P., & LeBaron, D. (1996). The effects of sexual abuse on 3- to 5-year-old girls. *Child Abuse Negl*, 20(8), 731-745.
- 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.
- Modestin, J., Furrer, R., & Malti, T. (2005). Different traumatic experiences are associated with different pathologies. *Psychiatr Q*, 76(1), 19-32.
- Moeller, T. P., Bachmann, G. A., & Moeller, J. R. (1993). The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: long-term health consequences for women. *Child Abuse Negl*, 17(5), 623-640.
- Moran, P. B., Vuchinich, S., & Hall, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 565-574.
- Normandin, L. (1996). *Anamnèse*. Québec: Université Laval.
- Normandin, L., Gendron, L., & Terradas, M. (2001). *Contexte d'abus sexuel*. Québec: Université Laval.
- Normandin, L., Gendron, L., & Terradas, M. M. (2001). *Critères d'établissement du score composite et de la cote abus*. Université Laval. Québec, Canada.

- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol*, 135(1), 17-36.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- 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.
- Reiter, R. C., Shakerin, L. R., Gambone, J. C., & Milburn, A. K. (1991). Correlation between sexual abuse and somatization in women with somatic and nonsomatic chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol*, 165(1), 104-109.
- Rimsza, M. E., Berg, R. A., & Locke, C. (1988). Sexual abuse: somatic and emotional reactions. *Child Abuse Negl*, 12(2), 201-208.
- Romano, E., & De Luca, R. V. (2001). Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behavior*, 6(1), 55-78.
- Rossman, B. B. R., Bingham, R. D., & Emde, R. N. (1997). Symptomatology and adaptive functioning for children exposed to normative stressors, dog attack, and parental violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1089-1097.
- Rowan, A. B., Foy, D. W., Rodriguez, N., & Ryan, S. (1994). Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adults sexually abused as children. *Child Abuse Negl*, 18(1), 51-61.
- Ruggiero, K. J., McLeer, S. V., & Dixon, J. F. (2000). Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse Negl*, 24(7), 951-964.
- Sandnabba, N. K., Santtila, P., Wannas, M., & Krook, K. (2003). Age and gender specific sexual behaviors in children. *Child Abuse Negl*, 27(6), 579-605.
- Slade, A., Aber, J. L., Bresgi, I., Berger, B., & Kaplan. (2004). *The Parent Development Interview - Revised*. The City University of New York.
- StatistiqueCanada. (2005). *La violence familiale au Canada: un profil statistique 2005*. Ottawa.
- StatistiqueCanada. (2012). Les infractions sexuelles commises contre les enfants et les jeunes déclarées par la police au Canada, 2012. 2014, from <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/140528/longdesc-cg140528a001-eng.htm>
- Stern, A. E., Lynch, D. L., Oates, R. K., O'Toole, B. I., & Cooney, G. (1995). Self esteem, depression, behaviour and family functioning in sexually abused children. *J Child Psychol Psychiatry*, 36(6), 1077-1089.
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101.
- Target, M., Fonagy, P., & Shmueli-Goetz, Y. (2003). Attachment representations in school-age children: The development of the child attachment interview (CAI). *Journal of Child Psychotherapy*, 22(2), 171-186.
- Tebbutt, J., Swanston, H., Oates, R. K., & O'Toole, B. I. (1997). Five years after child sexual abuse: persisting dysfunction and problems of prediction. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(3), 330-339.

- Thornberry, T. P., Ireland, T. O., & Smith, C. A. (2001). The importance of timing: the varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. *Dev Psychopathol*, 13(4), 957-979.
- Tong, L., Oates, K., & McDowell, M. (1987). Personality development following sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 11(3), 371-383.
- Tremblay, C., Hebert, M., & Piche, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse Negl*, 23(9), 929-945.
- 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.
- Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (1998). Developmental consequences of child sexual abuse. In P. K. T. C. J. Schellenbach (Ed.), *Violence against children in the family and the community* (pp. 39-56). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., Ormrod, R., Hamby, S., Leeb, R. T., Mercy, J. A., & Holt, M. (2012). Family context, victimization, and child trauma symptoms: Variations in safe, stable, and nurturing relationships during early and middle childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 209-219.
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, 7(6), 567-589.
- Waisbrod, N., & Reicher, B. (2014). What happened to Eric? The derailment of sexual development. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 23(1), 94-113.
- Walker, E. A., Katon, W. J., Hansom, J., Harrop-Griffiths, J., Holm, L., Jones, M. L., Jemelka, R. P. (1992). Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. *Psychosom Med*, 54(6), 658-664.
- Walker, J. L., Carey, P. D., Mohr, N., Stein, D. J., & Seedat, S. (2004). Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. *Arch Womens Ment Health*, 7(2), 111-121.
- Watkins, B., & Bentovim, A. (1992). The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. *J Child Psychol Psychiatry*, 33(1), 197-248.
- Whiffen, V. E., & Macintosh, H. B. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: a critical review. *Trauma Violence Abuse*, 6(1), 24-39.
- Wright, J., Sabourin, S., & Lussier, Y. . (1994). *Traduction française de l'Échelle d'évaluation de l'abus sexuel*. Université Laval. Québec, Canada.
- Wyatt, G. E., & Peters, S. D. (1986). Methodological considerations in research on the prevalence of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 10(2), 241-251.
- 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.
- Zielinski, D. S., & Bradshaw, C. P. (2006). Ecological Influences on the Sequelae of Child Maltreatment: A Review of the Literature. *Child Maltreatment*, 11(1), 49-62.



**Tableau 1**  
Répartition de l'échantillon en fonction du groupe de classification,  
de la période de développement et du genre

| Genre                           | Groupe de classification |          |
|---------------------------------|--------------------------|----------|
|                                 | Abus                     | Contrôle |
| Préscolaire <sup>a</sup> (n=83) |                          |          |
| Garçon                          | n                        | 19       |
|                                 | %                        | 11 %     |
| Fille                           | n                        | 16       |
|                                 | %                        | 10 %     |
| Total                           | 56                       | 27       |
| Scolaire <sup>b</sup> (n=85)    |                          |          |
| Garçon                          | n                        | 20       |
|                                 | %                        | 12 %     |
| Fille                           | n                        | 24       |
|                                 | %                        | 14 %     |
| Total                           | 44                       | 41       |
| Grand Total                     | 100                      | 68       |

<sup>a</sup> Les enfants préscolaires ont été abusés ou évalués entre 0 à 4 1/2 ans. <sup>b</sup> Les enfants scolaires ont été abusés ou évalués entre 6 à 12 ans.

**Tableau 2**  
*Résultats des ANOVAs*

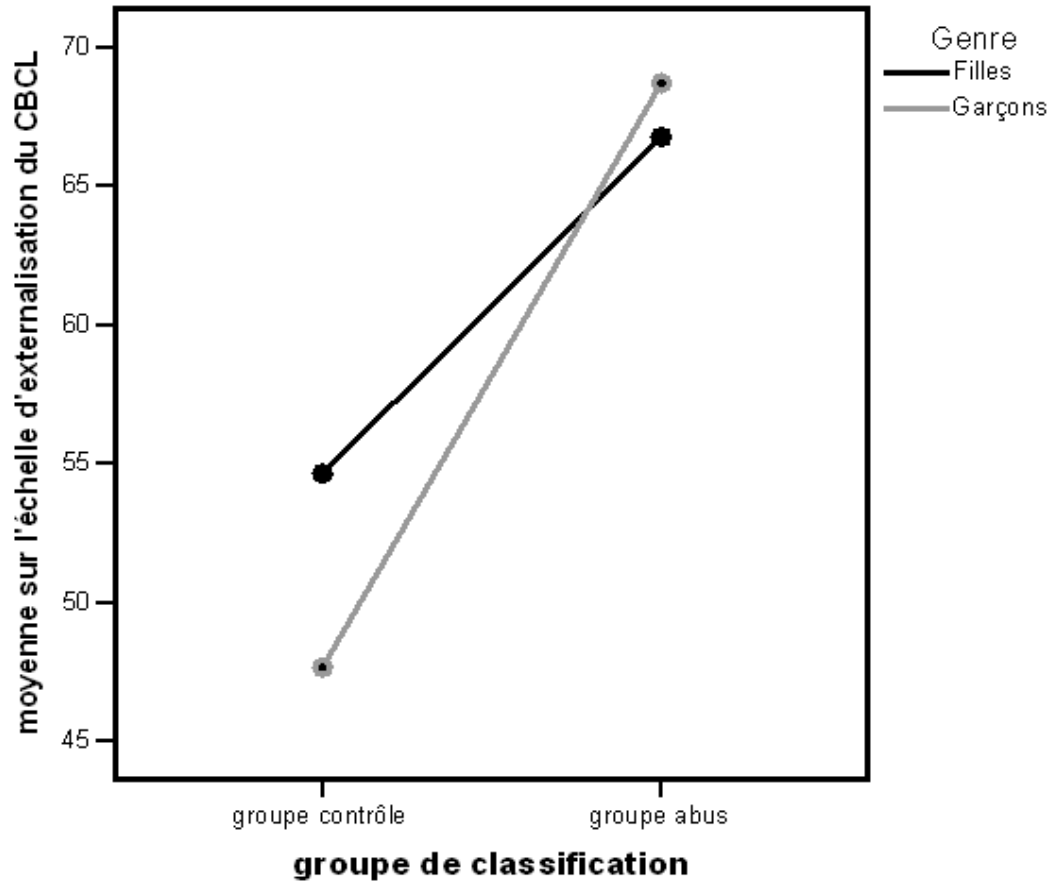
| Période de développement | Genre   | Groupe de classification |           |          |           |
|--------------------------|---------|--------------------------|-----------|----------|-----------|
|                          |         | Abus                     |           | Contrôle |           |
|                          |         | <i>M</i>                 | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> |
| Comportements sexualisés |         |                          |           |          |           |
| Préscolaire              | Garçons | 80.33                    | 27.300    | 54.27    | 14.227    |
| Préscolaire              | Filles  | 87.65                    | 22.913    | 57.25    | 16.213    |
| Scolaire                 | Garçons | 78.05                    | 24.211    | 52.82    | 11.507    |
| Scolaire                 | Filles  | 70.13                    | 27.107    | 52.04    | 7.921     |
| Total                    |         | 80.13                    | 25.593    | 53.82    | 12.101    |
| Somatisation             |         |                          |           |          |           |
| Préscolaire              | Garçons | 60.70                    | 8.233     | 55.00    | 6.000     |
| Préscolaire              | Filles  | 62.67                    | 8.493     | 57.50    | 8.835     |
| Scolaire                 | Garçons | 62.00                    | 12.586    | 54.59    | 4.078     |
| Scolaire                 | Filles  | 58.75                    | 6.676     | 53.08    | 4.643     |
| Total                    |         | 61.22                    | 8.488     | 54.54    | 5.670     |
| Externalisation          |         |                          |           |          |           |
| Préscolaire              | Garçons | 71.60                    | 13.421    | 47.30    | 6.430     |
| Préscolaire              | Filles  | 70.24                    | 11.982    | 55.92    | 16.473    |
| Scolaire                 | Garçons | 65.90                    | 12.298    | 46.82    | 7.796     |
| Scolaire                 | Filles  | 62.83                    | 10.857    | 52.75    | 8.798     |
| Total                    |         | 67.61                    | 12.302    | 50.89    | 10.554    |
| Problèmes sociaux        |         |                          |           |          |           |
| Préscolaire              | Garçons | 52.00                    | 2.828     | 53.00    | 3.464     |
| Préscolaire              | Filles  | 61.69                    | 10.866    | 54.00    | 5.416     |
| Scolaire                 | Garçons | 59.70                    | 10.549    | 53.12    | 4.715     |
| Scolaire                 | Filles  | 63.88                    | 10.804    | 55.79    | 7.102     |
| Total                    |         | 61.26                    | 10.644    | 54.49    | 5.990     |

**Tableau 3***Effets simples et effet d'interaction*

|                                                | <i>F</i> | <i>p</i> | $\eta^2$ |
|------------------------------------------------|----------|----------|----------|
| Comportements sexualisés                       |          |          |          |
| Groupe de classification                       | 56.190   | 0.001    | 0.256    |
| Période de développement                       | 6.451    | 0.012    | 0.038    |
| Somatisation                                   |          |          |          |
| Groupe de classification                       | 31.587   | 0.001    | 0.172    |
| Externalisation                                |          |          |          |
| Groupe de classification                       | 76.483   | 0.001    | 0.336    |
| Période de développement                       | 7.002    | 0.009    | 0.044    |
| Interaction (groupe de classification X genre) | 5.620    | 0.019    | 0.036    |
| Problèmes sociaux                              |          |          |          |
| Groupe de classification                       | 16.848   | 0.001    | 0.137    |

**Tableau 4**

*Effet d'interaction entre le groupe de classification  
et le genre pour l'externalisation*



## **Annexe A**

### **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