

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE LONGITUDINALE DE LA RELATION ENTRE LES SYMPTÔMES
DÉPRESSIFS ET LES IDÉATIONS SUICIDAIRES CHEZ LES ADOLESCENTES
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE : LE RÔLE DE LA DYSRÉGULATION
ÉMOTIONNELLE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR
MARIANNE GIRARD

NOVEMBRE 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 - Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Dans la réalisation de ce mémoire, j'ai eu le privilège d'avoir deux mentors extraordinaires. Martine Hébert, ma directrice de recherche, qui a cru en mes capacités et m'a offert un monde d'opportunités. Ton expertise inégalée dans le domaine des agressions sexuelles, ta rigueur scientifique et tes judicieux conseils tout au long de mon projet m'ont permis de croire en moi et ont contribué à ma croissance professionnelle. Natacha Godbout, ma codirectrice de recherche, qui a été présente pour moi dès mon entrée à l'UQAM et qui m'a encouragée à pousser mes réflexions et à développer mes habiletés en recherche. Merci de valoriser mon autonomie et mon imagination. Je suis d'autant plus enthousiaste d'avoir la chance de poursuivre avec elle au doctorat en sexologie pour les prochaines années. Je tiens à vous remercier sincèrement toutes les deux de votre implication dans ce projet et vos encouragements constants. Vous m'avez fait aimer la recherche. Je garde précieusement tous les apprentissages réalisés à vos côtés.

Merci aux organismes m'ayant octroyé des bourses d'études supérieures, soit le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et les Fonds de recherche du Québec — Société et culture (FRQ-SC). Un merci aussi à la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants et à la Chaire de recherche du Canada sur les traumatismes interpersonnels et la résilience de m'avoir offert des bourses de soutien à la complétion de mon mémoire.

Un grand merci aux personnes du laboratoire qui ont participé à la collecte et à la saisie de données. Merci pour le travail d'équipe efficace et le soutien lors des moments de doute.

Un remerciement tout spécial à ma collègue et amie Caroline Dugal d'avoir accepté de travailler avec moi. Ton temps, ton support et ta confiance en moi m'ont été précieux.

Je tiens à remercier sincèrement ma sœur, Marie-Pier, qui me connaît mieux que moi-même. Ta foi en moi inestimable m'a poussé à dépasser mes objectifs personnels. Évidemment, merci à ma famille qui croit et s'intéresse à la recherche universitaire. Vous vous informez régulièrement de mes avancées, vous m'encouragez à continuer dans ce domaine malgré les embûches et vous valorisez mes accomplissements.

Marc-Olivier, mon partenaire et mon équilibre, merci d'être ma première source de soutien, et merci pour ton admiration sans bornes. Je te remercie de ta patience inconditionnelle et de ton dévouement à mon égard à travers les hauts et les bas.

Mes amies, qui ont été capables de me relaxer dans les moments où j'en avais grand besoin et qui m'ont permis de décrocher, je les remercie de leur soutien. Chacune à leur façon, elles m'ont fourni ce dont j'avais besoin.

Finalement, à toutes ces adolescentes qui ont accepté de participer au projet, je tiens à leur témoigner toute ma gratitude. Leur résilience est inspirante. Je remercie aussi les personnes qui travaillent dans les sites de collecte. Votre partenariat est essentiel dans l'amélioration des services offerts aux victimes.

Sincèrement, merci à tous.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	ix
RÉSUMÉ	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I ÉTAT DES CONNAISSANCES	4
1.1 Définition de l'agression sexuelle	4
1.2 Répercussions de l'agression sexuelle	5
1.2.1 Les idéations suicidaires	6
1.2.2 Les symptômes dépressifs.....	8
1.2.3 La dysrégulation émotionnelle.....	11
1.3 Lacunes identifiées dans la documentation scientifique	13
1.4 Éléments à considérer dans la présente étude	15
CHAPITRE II CADRE CONCEPTUEL.....	16
2.1 Assises conceptuelles sur les conséquences liées à l'agression sexuelle chez les enfants	16
2.1.1 Modèle des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne.....	16
2.2 Assises conceptuelles sur les conséquences liées à l'ASE à long terme.....	18
2.2.1 Modèle du trauma au soi de Briere	18

CHAPITRE III OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES	21
CHAPITRE IV MÉTHODOLOGIE	24
4.1 Participantes	24
4.2 Instruments de mesure.....	25
4.3 Procédures	27
4.4 Considérations éthiques.....	28
4.5 Stratégies d'analyses	28
CHAPITRE V ARTICLE	30
Abstract	31
Method.....	37
Results	40
Discussion	43
References	50
CHAPITRE VI DISCUSSION	57
6.1 Rappel des objectifs et des forces de l'étude.....	57
6.2 Principaux résultats	58
6.3 Limites méthodologiques et pistes de recherches futures	63
6.4 Implications pour les interventions sexologiques	66
CONCLUSION.....	72
ANNEXE A QUESTIONNAIRES	73
ANNEXE B FORMULAIRES DE CONSENTEMENT.....	77
ANNEXE C APPROBATION ÉTHIQUE	83
RÉFÉRENCES.....	86

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
3.1 Modèle de médiation du lien entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE	22
5.1 Integrative model of the mediating role of affect dysregulation in the relation between depressive symptoms and suicidal ideations	43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
5.1 Sociodemographic and Abuse Characteristics	37

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ASE	Agression sexuelle en enfance
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIASF	Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille
CJMCQ	Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
CSA	Childhood Sexual abuse
DERS	Difficulties in Emotion Regulation Scale
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
FIML	Full Information Maximum Likelihood
HVF	History of Victimization Form
NLSCY	National Longitudinal Survey of Children and Youth
PURL	Parents-Unis Repentigny (Lanaudière)
YSR	Youth Self-Report for ages 11-18

RÉSUMÉ

Ce mémoire porte sur les idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle. Les idéations suicidaires représentent une répercussion particulièrement délétère de l'agression sexuelle sur la santé mentale des adolescentes victimes. Les symptômes dépressifs sont documentés parmi les meilleurs prédicteurs de la présence d'idéations suicidaires chez ces adolescentes. Toutefois, peu d'études se sont attardées aux mécanismes potentiels expliquant ce lien. Le possible rôle de la dysrégulation émotionnelle dans l'apparition ou le maintien d'idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle a été peu exploré. Le présent mémoire vise à examiner le rôle médiateur de la dysrégulation émotionnelle dans la relation entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle. L'échantillon est composé de 119 adolescentes âgées de 14 à 19 ans, recrutées auprès d'organismes spécialisés. Les adolescentes ont été évaluées à trois reprises à environ six mois d'intervalle. Les résultats révèlent que la relation entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires s'explique en partie par la dysrégulation émotionnelle, indiquant qu'il s'agit d'un mécanisme explicatif du lien entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires. Ces résultats témoignent de l'importance d'intervenir sur la régulation émotionnelle chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle afin de réduire le risque d'apparition ou de maintien d'idéations suicidaires. Cette étude offre ainsi une meilleure compréhension du phénomène de la suicidalité chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle ; elle permet de mettre en lumière la dysrégulation émotionnelle comme un mécanisme pouvant influencer le fait de penser sérieusement au suicide. Ainsi, les symptômes dépressifs et la dysrégulation émotionnelle pourraient être des cibles d'intervention pertinentes à privilégier dans le contexte des traitements destinés aux adolescentes victimes d'agression sexuelle afin de réduire leur risque suicidaire.

MOTS CLÉS : adolescentes victimes d'agression sexuelle, symptômes dépressifs, dysrégulation émotionnelle, idéations suicidaires

INTRODUCTION

L'agression sexuelle à l'enfance (ASE) représente un problème social endémique qui touche près d'une femme sur cinq et d'un homme sur dix (Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser et Bakermans-Kranenburg, 2011) avant l'âge de 18 ans. Une méta-analyse réalisée auprès d'échantillons provenant de différents pays indique que les filles sont deux à trois fois plus à risque d'être victimes d'ASE que les garçons (Barth, Bermetz, Heim, Trelle et Tonia, 2013). Au Canada, les agressions sexuelles commises envers les adolescentes sont celles les plus souvent déclarées aux autorités policières (Cotter et Beaupré, 2015). L'ASE entraînerait des coûts annuels s'élevant à plus de 4 milliards de dollars en soins médicaux et sociojuridiques, entre autres, par ses différentes répercussions sur la victime (Ministère de la Justice, 2016), représentant donc un enjeu sociétal sérieux qui mérite d'être étudié afin d'en diminuer les conséquences négatives.

Plusieurs études se sont intéressées aux répercussions de l'ASE pouvant apparaître à l'adolescence (Hébert, Cénat, Blais, Lavoie et Guerrier, 2016; Newcomb, Munoz et Carmona, 2009). Ces répercussions peuvent être très délétères, allant même jusqu'à la présence d'idéations suicidaires (Bakken et Gunter, 2012). En effet, près de la moitié (46%) des adolescentes victimes d'ASE rapporteraient des idéations suicidaires (Alix, Cossette, Hébert, Cyr et Frappier, 2017). De surcroît, les idéations suicidaires sont d'importants prédicteurs des tentatives de suicide et du suicide complété (Scott, Pilkonis, Hipwell, Keenan et Stepp, 2015; Shain et Committee on Adolescence, 2016). Mondialement, le suicide est la première cause de décès chez les adolescentes (Patton *et al.*, 2009), la suicidalité étant ainsi une répercussion potentielle de l'ASE qui doit

faire l'objet d'une analyse approfondie. Il importe donc d'étudier le phénomène de suicidalité chez les adolescentes victimes d'ASE afin d'en comprendre les ramifications et ainsi réduire sa prévalence.

De nombreuses études se sont d'ailleurs attardées aux facteurs pouvant influencer l'apparition et l'intensité des idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE, particulièrement les symptômes dépressifs (Brabant, Hébert et Chagnon, 2013). Toutefois, peu d'études ont examiné les mécanismes qui lient les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE. La documentation scientifique révèle l'importance que pourrait jouer la dysrégulation émotionnelle dans ces liens, par le biais de son association reconnue avec les symptômes dépressifs (Larsen *et al.*, 2013) et les idéations suicidaires (Spirito, Valeri, Boergers et Donaldson, 2003) chez les adolescents et adolescentes qui n'ont pas vécu d'ASE. De plus, les victimes d'ASE semblent présenter davantage de dysrégulation émotionnelle que les personnes non victimisées (Burns, Jackson et Harding, 2010). La dysrégulation émotionnelle pourrait donc être un mécanisme liant les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE.

Le but de cette étude était d'examiner le rôle explicatif de la dysrégulation émotionnelle dans la relation entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires chez des adolescentes, âgées de 14 à 19 ans, victimes d'ASE. Pour ce faire, un modèle de médiation intégrateur de ces prédicteurs (c.-à-d., les symptômes dépressifs et la dysrégulation émotionnelle) des idéations suicidaires a été examiné. Cette étude alors visait à documenter une possible trajectoire de suicidalité chez ces adolescentes, dans le but de guider les pratiques d'intervention auprès des victimes d'ASE et par le fait même, d'améliorer la prévention du suicide chez cette population vulnérable.

Le chapitre I de ce mémoire présente l'état des connaissances sur les idéations suicidaires à l'adolescence, particulièrement chez les filles victimes d'ASE, ainsi que

ses prédicteurs, en y incluant les définitions des concepts-clés, les limites des études antérieures sur le sujet et les éléments à considérer dans les recherches futures. Dans le chapitre II, un modèle de médiation des prédicteurs de l'apparition ou du maintien d'idéations suicidaires est conceptualisé. Différents appuis théoriques et conceptuels sont exposés afin d'appuyer les hypothèses inhérentes à ce modèle, dont un modèle explicatif des conséquences de l'ASE sur l'enfant victime et un modèle théorique illustrant les répercussions à long terme des traumatismes interpersonnels à l'enfance sur le développement de diverses capacités personnelles, dont les capacités de régulation des émotions. Dans le chapitre III, les objectifs et les hypothèses de l'étude sont présentés. Le chapitre IV détaille la méthodologie utilisée pour réaliser cette étude, incluant la description des instruments de mesure et les procédures de collecte et d'analyse des données. Le chapitre V dévoile les résultats de recherche, sous forme d'un article scientifique soumis pour publication dans une revue internationale arbitrée par un comité de pairs en septembre 2019. Le chapitre VI rappelle les principaux constats, les limites et les forces de la présente étude, ainsi que des pistes de réflexion pour de futurs projets de recherche et la pertinence scientifique, sexologique et pratique de ce mémoire en guise de discussion.

CHAPITRE I

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Dans ce chapitre, la première section recense les connaissances actuelles en matière d'ASE et les répercussions qui lui sont associées, plus spécifiquement les idéations suicidaires, les symptômes dépressifs et la dysrégulation émotionnelle. Une seconde section présente les lacunes identifiées dans la documentation scientifique sur l'ASE et la suicidalité, qui réfère au phénomène suicidaire englobant les idéations et les comportements suicidaires. Une dernière section aborde les lacunes méthodologiques identifiées dans la documentation scientifique et les éléments à considérer dans présent ce mémoire.

1.1 Définition de l'agression sexuelle

À ce jour, il n'existe pas de définition universelle ou consensuelle de l'agression sexuelle. En effet, la nature des gestes subis, l'âge de la victime et de l'agresseur et la notion de consentement tendent à influencer les définitions, selon les postures légales, sociales et épistémologiques des auteurs (Mathews et Collin-Vézina, 2017). La définition retenue dans la présente étude est celle du Gouvernement du Québec :

Un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne

à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique, et à la sécurité de la personne (Gouvernement du Québec, 2016).

Tous les gestes à connotation sexuelle suivants subis avant l'âge de 18 ans sont considérés par la présente étude dans le répertoire de l'ASE : exhibitionnisme (exposition des parties génitales de l'agresseur), voyeurisme (exposition des parties génitales de l'enfant), baisers, exposition à du matériel pornographique, contacts physiques par-dessus ou sous les vêtements, attouchements génitaux, contacts oraux génitaux, actes impliquant une pénétration ou une tentative de pénétration (digitale, orale, vaginale, anale ou avec un objet).

Plusieurs auteurs déterminent le niveau de sévérité de l'ASE à l'aide de ses caractéristiques : le niveau d'intrusion physique du geste subi, la fréquence de l'ASE, l'âge lors du premier épisode d'ASE et la relation avec l'agresseur (Vaillancourt-Morel *et al.*, 2016; Zink, Klesges, Stevens et Decker, 2009). La sévérité de l'ASE est généralement caractérisée par un geste plus intrusif (p. ex., pénétration), une fréquence plus élevée d'épisodes (p. ex., ASE chronique), un âge précoce lors du premier épisode d'ASE (p. ex., 5 ans et moins; Cicchetti, Rogosch, Gunnar et Toth, 2010) et une relation de proximité avec l'agresseur (p. ex., figure parentale).

1.2 Répercussions de l'agression sexuelle

Des répercussions de l'ASE peuvent apparaître chez l'individu à court et à plus long terme suivant cet événement traumatique et peuvent entraver différentes sphères de vie comme les comportements adoptés, la santé physique et la santé mentale (p. ex., sexualité précoce, obésité, état de stress post-traumatique; Hornor, 2010; Maniglio,

2009). À l'adolescence, les répercussions que peut engendrer l'ASE sont multiples et touchent particulièrement la santé mentale des adolescentes victimes (Newcomb, Munoz et Carmona, 2009). Parmi ces répercussions se trouve la suicidalité, c'est-à-dire la présence d'idéations ou de comportements suicidaires comme les tentatives de suicide ou le suicide complété (Gassmann-Mayer *et al.*, 2011), une conséquence potentielle grave de l'ASE (Maniglio, 2011). Dans le cadre de ce mémoire, une attention particulière est accordée aux idéations suicidaires, soit les pensées consacrées à la mort ou au désir de ne plus vivre (Lewinsohn, Rohde et Seeley, 1996), puisque celles-ci constituent d'importants corrélats aux tentatives de suicide. En effet, environ un tiers (33,9%) des adolescents et adolescentes qui ont des idéations suicidaires passent à l'acte et font une tentative de suicide (Nock *et al.*, 2013).

1.2.1 Les idéations suicidaires

La présence d'idéations suicidaires à l'adolescence est une problématique fréquente, en particulier chez les filles. Selon une étude nationale américaine, 15,3% des adolescentes âgées de 13 à 17 ans rapportent avoir eu des idéations suicidaires au moins une fois de leur vie (Nock *et al.*, 2013). Cette étude précise que les filles sont plus nombreuses à rapporter des idéations et des comportements suicidaires que les garçons, différence s'expliquant en partie par le nombre de décès par suicide plus élevé chez les garçons qui utiliseraient des moyens plus létaux que les filles (Nock *et al.*, 2013). Le phénomène des idéations suicidaires constitue une source d'inquiétude sociale, non seulement en raison de la détresse sous-jacente, mais également puisqu'il peut conduire à des passages à l'acte sous forme de tentatives de suicide ou de suicide complété (Scott, Pilkonis, Hipwell, Keenan et Stepp, 2015; Shain et Committee on Adolescence, 2016).

Les idéations suicidaires semblent particulièrement fréquentes chez les victimes d'ASE; plusieurs auteurs s'entendent sur l'augmentation du risque de présence d'idéations

suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE comparativement aux adolescentes qui ne rapportent pas de victimisation (Brezo *et al.*, 2008). En effet, une imposante étude menée auprès de plus de 83 000 adolescentes et adolescents âgés de 11 à 18 ans révèle que les filles victimes d'ASE étaient environ trois fois plus susceptibles de rapporter des idéations suicidaires que les filles non victimisées (Eisenberg, Ackard et Resnick, 2007). De plus, une étude récente réalisée auprès de 147 adolescentes âgées de 14 à 18 ans victimes d'ASE rapporte que près de la moitié (46%) des participantes avaient eu des idéations suicidaires au cours des trois mois précédant l'étude (Alix, Cossette, Hébert, Cyr et Frappier, 2017). Dans leur étude longitudinale, Turner et ses collègues (2012) ajoutent que les adolescents et adolescentes qui rapportent avoir vécu une ASE au Temps 1, en particulier les filles au sein de leur échantillon, étaient plus susceptibles de rapporter des idéations suicidaires au cours du dernier mois (23%) lors du Temps 2 que les adolescents et adolescentes qui n'avaient pas été victimisés (3,7%).

En plus des taux plus élevés de présence d'idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE comparativement aux adolescentes sans cette expérience de victimisation, les études s'accordent sur l'ampleur inquiétante du phénomène chez les victimes. En effet, une méta-analyse démontre que le risque de faire une tentative de suicide augmente par plus de deux fois chez la personne victime d'ASE (Devries *et al.*, 2014). Notamment, les études empiriques suggèrent que les adolescentes et jeunes femmes victimes d'ASE courent un risque accru de présenter des idéations suicidaires (Ullman, 2004). Effectivement, une recension systématique des écrits indique qu'un vécu d'ASE est associé à une augmentation des idéations suicidaires et des tentatives de suicide à l'adolescence (Miller, Esposito-Smythers, Weismoore et Renshaw, 2013). Le pourcentage d'adolescentes victimes d'ASE rapportant des idéations suicidaires s'élève à 67% dans un échantillon de 114 adolescentes et adolescents âgés de 12 à 18 ans (Soylu et Alpaslan, 2013), et à 64% dans un échantillon de 77 adolescentes âgées

de 12 à 17 ans (Brabant, Hébert et Chagnon, 2013). De plus, les résultats obtenus par Soylu et Alpaslan (2013) indiquent que l'augmentation en sévérité de l'ASE (p.ex., ASE chronique avec violence physique comprenant une pénétration et commise par un membre de famille ou une personne proche) accroît la fréquence des idéations et des comportements suicidaires chez les adolescentes victimes. Ces résultats suggèrent que les idéations suicidaires sont potentiellement une conséquence grave de l'ASE chez la victime adolescente qui mérite d'être examinée au sein de cette population vulnérable.

Malgré les taux élevés d'idéations suicidaires rapportés chez les adolescentes victimes d'ASE, ce phénomène n'est pas systématiquement rapporté par toutes les adolescentes victimes, d'où l'importance de mieux identifier les différents déterminants de suicidalité chez cette clientèle. À ce jour, les études empiriques sur la problématique du suicide chez les victimes d'ASE ont fourni des taux hétérogènes d'idéations et de comportements suicidaires (Devries *et al.*, 2014; Maniglio, 2011), soulignant la nécessité d'identifier les facteurs spécifiques qui pourraient influencer le risque de présence d'idéations suicidaires chez des adolescentes victimes d'ASE. Parmi les facteurs de risque de la suicidalité à l'adolescence qui sont répertoriés dans la documentation scientifique, la présente étude s'attarde spécifiquement aux symptômes dépressifs.

1.2.2 Les symptômes dépressifs

Parmi les facteurs pouvant influencer la suicidalité, les symptômes dépressifs sont documentés parmi les meilleurs prédicteurs d'idéations suicidaires chez les adolescents et adolescentes (Waldrop *et al.*, 2007). Or, les symptômes dépressifs, caractérisés par la perte d'intérêt et de plaisir et une humeur triste ou irritable (American Psychiatric Association, 2013), représentent un problème de santé mentale fréquent à l'adolescence. En effet, 11% des adolescentes et adolescents âgés de 13 à 18 ans

rappellent des symptômes dépressifs atteignant le seuil clinique (c.-à-d., trouble dépressif majeur) au cours de leur vie (Avenevoli, Swendsen, He, Burstein et Merikangas, 2015). Ce phénomène touche particulièrement les adolescentes qui sont deux à trois fois plus à risque de vivre des symptômes dépressifs que leurs pairs masculins (Avenevoli *et al.*, 2015). En outre, des taux plus élevés d'idéations suicidaires ont été observés chez les adolescents et adolescentes présentant des symptômes dépressifs plus sévères par rapport à ceux présentant des symptômes dépressifs moins sévères (Avenevoli *et al.*, 2015). Dans le même ordre d'idées, une étude nationale réalisée auprès d'adolescentes et adolescents âgés de 12 à 17 ans indique que les symptômes dépressifs figurent parmi les meilleurs prédicteurs des idéations suicidaires et des tentatives de suicide, menant à un risque d'apparition d'idéations suicidaires environ quatre fois plus élevé chez ceux et celles rapportant un diagnostic de trouble dépressif majeur dans leur vie (Waldrop *et al.*, 2007). Ainsi, les symptômes dépressifs apparaissent comme un facteur majeur contribuant à l'augmentation du risque suicidaire à l'adolescence (Thapar, Collishaw, Pine et Thapar, 2012).

Le développement de symptômes dépressifs semble concerner tout particulièrement les victimes d'ASE (Maniglio, 2010). Au sein de leur échantillon, Danielson et ses collaborateurs (2005) démontrent que les adolescentes âgées victimes d'ASE de 12 à 17 ans sont plus à risque de vivre des symptômes dépressifs que les adolescentes qui n'ont pas été victimisées. De plus, cette étude révèle que la sévérité de l'ASE est positivement corrélée à la sévérité des symptômes dépressifs chez les adolescentes victimes (Danielson, de Arellano, Kilpatrick, Saunders et Resnick, 2005). De façon similaire, Dunn, Gilman, Willett, Slopen et Molnar (2012) indiquent que les adolescentes sont plus à risque de vivre des symptômes dépressifs lorsque celles-ci rapportent un vécu d'ASE. Une enquête nationale américaine représentative de la

population adolescente normative révèle aussi que les jeunes avec un vécu d'ASE étaient deux fois plus à risque de présenter des symptômes dépressifs que les jeunes n'ayant pas été victimisés (Dunn, McLaughlin, Slopen, Rosand et Smoller, 2013). Buzi, Weinman et Smith (2007) illustrent qu'en considérant plusieurs prédicteurs potentiels des symptômes dépressifs, tels que la consommation de substances, l'instabilité résidentielle dans la dernière année et le vécu d'ASE, ce dernier facteur est le meilleur prédicteur des symptômes dépressifs auprès d'une population d'adolescentes consultant en cliniques de planification de naissance. Ainsi, les adolescentes victimes d'ASE seraient une population particulièrement susceptible de développer des symptômes dépressifs.

La relation entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires semble d'autant plus évidente chez les adolescentes victimes d'ASE (Ullman, 2004). En effet, Alix et ses collègues (2017) font état d'une corrélation positive significative entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires chez des adolescentes âgées de 14 à 18 ans victimes d'ASE. Une autre étude, menée auprès de 77 adolescentes victimes d'ASE âgées de 12 à 17 ans, révèle que des symptômes dépressifs plus sévères augmentent le risque de vivre des idéations suicidaires (Brabant, Hébert et Chagnon, 2013). De même, une étude réalisée auprès de 52 adolescentes victimes d'ASE, âgées de 12 à 18 ans, montre que les adolescentes ayant présenté des symptômes dépressifs lors de leur première évaluation étaient deux fois plus à risque de présenter des idéations suicidaires que celles n'ayant rapporté aucun symptôme (Brabant, Hébert et Chagnon, 2014). Ainsi, les symptômes dépressifs semblent influencer la présence d'idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE. Il importe donc d'examiner l'humeur dépressive comme un prédicteur central dans l'apparition ou le maintien d'idéations suicidaires chez cette population. Toutefois, les études empiriques n'ont pas exploré les mécanismes pouvant expliquer la relation entre les symptômes

dépressifs et les idéations suicidaires, d'où l'importance de considérer d'autres variables déterminantes du phénomène de la suicidalité à l'adolescence, comme les difficultés de régulation émotionnelle.

1.2.3 La dysrégulation émotionnelle

Une variable à envisager en tant que précurseur de la suicidalité à l'adolescence est la dysrégulation émotionnelle, ou les difficultés de régulation émotionnelle, qui se définit par la difficulté ou l'incapacité à identifier les émotions ressenties, à les différencier et à les exprimer de façon appropriée, modulée et régulée (Cook *et al.*, 2005). La dysrégulation émotionnelle semble une piste prometteuse dans l'exploration de prédicteurs potentiels de suicidalité à l'adolescence puisque les études suggèrent que la dysrégulation émotionnelle pourrait exacerber le développement de multiples problèmes de santé mentale (Berking et Wupperma, 2012; Liu et Thompson, 2017). De plus, la dysrégulation émotionnelle est associée à un risque plus élevé de faire des tentatives de suicide chez les adolescents et adolescentes (Pisani, Wyman, Petrova, Schmeelk-Cone et Goldston, 2013). D'autres auteurs soutiennent que la dysrégulation émotionnelle est liée au maintien des idéations suicidaires après une tentative de suicide chez les adolescentes et adolescents âgés de 12 à 18 ans (Spirito, Valeri, Boergers et Donaldson, 2003). La dysrégulation émotionnelle pourrait donc être un élément majeur dans le développement et le maintien de la suicidalité à l'adolescence. Des auteurs soulignent toutefois la nécessité de poursuivre les recherches privilégiant des devis longitudinaux afin d'identifier le rôle de la dysrégulation émotionnelle au sein des problèmes de santé mentale (Berking et Wupperma, 2012).

La dysrégulation émotionnelle serait d'autant plus présente chez les personnes victimes d'ASE. En effet, des auteurs rapportent que les femmes adultes victimes d'ASE présentent davantage de dysrégulation émotionnelle que les femmes adultes non

victimisées (Burns, Jackson et Harding, 2010; Messman-Moore, Walsh et DiLillo, 2010). Cependant, cette relation est peu documentée à ce jour chez les adolescentes. Dans une étude menée auprès de 485 adolescentes âgées de 14 à 17 ans, Noll et ses collègues (2011) indiquent que les adolescentes victimes de maltraitance à l'enfance (c.-à-d., négligence, abus physique, agression sexuelle) présentent davantage de dysrégulation psychologique, incluant la dysrégulation émotionnelle, que les adolescentes qui n'ont pas vécu ces expériences de victimisation.

À la lumière de ce corpus scientifique; Law, Khazem et Anestis (2015) proposent que la dysrégulation émotionnelle pourrait influencer l'apparition ou le maintien des idéations suicidaires par son association à des facteurs proximaux (p. ex., désespoir) augmentant le risque de penser au suicide. D'ailleurs, des auteurs suggèrent que les symptômes dépressifs nuiraient aux capacités de régulation émotionnelle (Carl, Fairholme, Gallagher, Thompson-Hollands et Barlow, 2014). En effet, Beblo et ses collaborateurs (2012) suggèrent que le trouble dépressif majeur et l'expérience de tristesse seraient responsables d'une plus grande peur des émotions puis une suppression des émotions plus élevée chez les personnes adultes souffrant du trouble que chez les personnes sans le diagnostic. Considérant que la suppression des émotions est une composante de la dysrégulation émotionnelle (Lavender *et al.*, 2015), les symptômes dépressifs pourraient ainsi induire davantage de difficultés de régulation des émotions.

Dans le même sens, d'autres auteurs stipulent que la suppression des émotions pourrait servir de stratégie permettant aux individus souffrant de symptômes dépressifs de moduler leur expérience de tristesse et d'humeur dépressive (Liverant, Brown, Barlow et Roemer, 2008). Une étude menée auprès de 1 753 adolescents et adolescentes atteste que les symptômes dépressifs lors de l'évaluation initiale prédisent la suppression des

émotions comme stratégie de régulation des émotions un an plus tard (Larsen *et al.*, 2013). Larsen et ses collègues (2013) émettent l'hypothèse que les symptômes dépressifs pourraient entraver l'utilisation de stratégies adéquates de régulation des émotions. Par exemple, les adolescentes et adolescents présentant des symptômes dépressifs pourraient juger leurs émotions négatives comme étant socialement inacceptables et masqueraient alors l'expression de leurs émotions (Larsen *et al.*, 2013). La dysrégulation émotionnelle est donc à la fois associée aux symptômes dépressifs et aux idéations suicidaires à l'adolescence. La dysrégulation émotionnelle pourrait alors jouer un rôle majeur dans la présence d'idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE souffrant de symptômes dépressifs. Or, les études disponibles n'ont pas examiné la dysrégulation émotionnelle en tant que mécanisme explicatif du lien entre les symptômes dépressifs et la présence d'idéations suicidaires, spécifiquement chez les adolescentes victimes d'ASE.

1.3 Lacunes identifiées dans la documentation scientifique

La présence de limites méthodologiques dans la documentation scientifique pourrait expliquer les connaissances parcellaires quant aux mécanismes explicatifs du lien entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE. Premièrement, plusieurs études se sont intéressées à des populations adultes victimes d'ASE. Ces études permettent l'évaluation des conséquences à plus long terme de l'ASE afin de mettre en place des interventions adaptées aux populations adultes. Cependant, ces études ne permettent pas d'identifier les conséquences vécues à court et moyen terme propres à période adolescente. De plus, les études rétrospectives peuvent comporter des biais de mémoire qui peuvent nuire à la validité des données (Baldwin, Reuben, Newbury et Danese, 2019). Il semble nécessaire de conduire des

recherches menées auprès d'une population adolescente afin de mieux comprendre leur réalité et d'adapter les interventions qui leur sont destinées.

Deuxièmement, la diversité des définitions de l'ASE et des méthodologies employées dans les différentes études peuvent expliquer les divergences observées quant aux résultats obtenus dans la documentation scientifique (Barth *et al.*, 2013). En effet, la majorité des études ont mobilisé des échantillons provenant de la population adolescente normative et employé des devis transversaux (p. ex., Dunn *et al.*, 2013; Noll *et al.*, 2011). Maniglio (2011) appuie ce propos dans sa recension des écrits et indique le besoin de corriger certaines lacunes méthodologiques présentes dans la plupart des études portant sur la suicidalité des victimes d'ASE. Par exemple, il souligne le manque de variables de contrôle, tel que le vécu d'autres traumatismes, et l'utilisation de mesures inadéquates pour évaluer l'histoire d'ASE comme limites récurrentes dans les écrits scientifiques (Maniglio, 2011). Maniglio (2010; 2011) renforce aussi l'importance d'utiliser un devis longitudinal et d'ajouter des covariables afin de pouvoir examiner adéquatement la suicidalité et les symptômes dépressifs chez les victimes d'ASE. D'autres auteurs affirment que la majorité des études sur la suicidalité à l'adolescence ont recours à un devis transversal, ce qui empêche l'approximation de prédicteurs propres à la suicidalité et l'établissement d'une séquence temporelle des relations entre les variables à l'étude (Galaif, Sussman, Newcomb et Locke, 2007). Ces auteurs critiquent également l'absence de cadre théorique dans les études sur les corrélats de la suicidalité et sur le risque suicidaire à l'adolescence (Galaif *et al.*, 2007). Ainsi, les différences terminologiques, théoriques et méthodologiques dans la documentation scientifique pourraient expliquer les résultats divergents quant à l'ASE, les symptômes dépressifs et la suicidalité à l'adolescence.

1.4 Éléments à considérer dans la présente étude

En somme, il est difficile à ce jour d'identifier le fonctionnement précis des corrélats des idéations suicidaires, spécifiquement chez les adolescentes victimes d'ASE, puisque les divergences importantes de méthodologies et des taux d'idéations suicidaires obtenus par les différentes études ne permettent pas un consensus empirique. Néanmoins, les recherches tendent à démontrer que les adolescentes victimes d'ASE seraient davantage vulnérables à présenter une humeur dépressive (Dunn *et al.*, 2013), de la dysrégulation émotionnelle (Noll *et al.*, 2011) et des idéations suicidaires (Brezo *et al.*, 2008), que les adolescentes qui n'ont pas été victimisées. Les études antérieures ont également identifié les possibles relations entre ces variables (Beblo *et al.*, 2012; Spirito *et al.*, 2003; Waldrop *et al.*, 2007). Afin de mieux comprendre la problématique du suicide à l'adolescence chez les filles victimes d'ASE, il est pertinent que les recherches considèrent ces variables simultanément dans un modèle intégrateur à l'aide d'un devis longitudinal. Une telle approche permettra d'identifier les éléments à privilégier dans l'élaboration d'interventions efficaces auprès des adolescentes victimes d'ASE par une compréhension plus approfondie des marqueurs de détresse psychologique que sont les symptômes dépressifs, la dysrégulation émotionnelle et les idéations suicidaires.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

Dans le but de formuler les hypothèses de recherche, différentes assises conceptuelles ont été répertoriées et sont présentées dans le présent chapitre. Ces assises offrent un cadre permettant d'expliquer les conséquences liées à l'ASE à court et à plus long terme sur la victime et ont été considérées lors de l'élaboration du modèle de médiation proposé dans ce mémoire.

2.1 Assises conceptuelles sur les conséquences liées à l'agression sexuelle chez les enfants

On retrouve dans les écrits un modèle conceptuel incontournable permettant d'expliquer la diversité des conséquences spécifiques à l'agression sexuelle observées chez les jeunes victimes : le modèle des quatre dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985).

2.1.1 Modèle des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne

Le modèle des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985) étale les diverses conséquences de l'ASE sur l'enfant victime. Il s'agit de la théorie la plus reconnue concernant les séquelles associées à l'ASE. Ce modèle théorique stipule que l'enfant victime peut vivre une diversité de répercussions en réponse au type d'ASE

vécue selon quatre dynamiques traumagéniques : la trahison, l'impuissance, la sexualisation traumatique et la stigmatisation. Chacune de ces dynamiques représente un profil typique de répercussions potentielles sur la victime. La trahison réfère au fait que l'enfant victime réalise qu'une personne qui devait normalement prendre soin de lui lui a causé du tort ou bien ne l'a pas soutenu lors du dévoilement de l'ASE. L'impuissance réfère au fait que l'enfant victime voit sa volonté, ses désirs et son efficacité personnelle continuellement brimés lors des situations d'ASE vécues. La sexualisation traumatique réfère au processus par lequel la sexualité de l'enfant, incluant ses attitudes et émotions par rapport à la sexualité, est formée de façon inappropriée selon son stade de développement. La sexualisation traumatique peut prendre la forme de mythes concernant la morale sexuelle, d'adoption de comportements sexuels inappropriés ou des souvenirs traumatiques connectés aux activités sexuelles qui teintent celles-ci dans l'esprit de l'enfant victime. Finalement, la stigmatisation réfère au fait que l'enfant victime se blâme de l'ASE vécue, qu'il a honte de cet évènement et se perçoit comme endommagé (Finkelhor et Browne, 1985). Selon les auteurs, les conséquences qui découlent de l'ASE sous forme de dynamiques traumagéniques peuvent être variées et particulièrement néfastes, comprenant les comportements autodestructeurs et la suicidalité. De plus, les caractéristiques associées à l'ASE (p. ex., âge de l'enfant, relation avec l'agresseur, fréquence des agressions, type de geste posé) et les sentiments vécus par rapport à l'évènement traumatique (p. ex., honte, impuissance, trahison) peuvent contribuer au développement des dynamiques traumagéniques. Par exemple, il est d'autant plus fréquent de vivre une dynamique traumagénique liée sentiment de trahison si l'agresseur est une personne de confiance comme un membre de la famille proche. Le sentiment de trahison est d'ailleurs lié aux symptômes dépressifs (Finkelhor et Browne, 1985). Il est donc possible de s'attendre à ce que la présence d'idéations suicidaires soit élevée au sein

d'un échantillon d'adolescentes victimes d'ASE, plus particulièrement chez elles qui ont vécu une ASE plus sévère.

2.2 Assises conceptuelles sur les conséquences liées à l'ASE à long terme

Il existe plusieurs modèles théoriques qui rendent compte de la relation entre les traumatismes interpersonnels vécus en enfance et le fonctionnement à l'adolescence et à l'âge adulte. Le modèle du trauma au soi (Briere, 2002) a été retenu pour le présent mémoire, puisqu'il s'agit d'un modèle plus global qui met en lumière les mécanismes menant aux répercussions à plus long terme des traumatismes interpersonnels généraux à l'enfance et le développement altéré chez la victime, en plus d'intégrer la dysrégulation émotionnelle au cœur de ses fondements.

2.2.1 Modèle du trauma au soi de Briere

Le modèle du trauma au soi (Briere, 2002), ou la théorie des capacités du soi, explique les conséquences du trauma interpersonnel à l'enfance sur le fonctionnement de l'individu à l'adolescence et à l'âge adulte. Cette théorie stipule que les traumatismes interpersonnels à l'enfance, dont l'ASE, entrave ou freine le développement normal de l'enfant, résultant en des perturbations ou des déficits au niveau de la régulation émotionnelle, de l'identité et des relations interpersonnelles (Briere, 2002). Plus précisément, lorsqu'il fait l'expérience de traumatismes, l'enfant ne serait pas en mesure de développer les capacités ou ressources nécessaires pour faire face aux émotions négatives liées à l'évènement vécu. Le développement de capacités adéquates de régulation émotionnelle s'en verrait alors affecté. Ainsi, la victime aurait recours à des stratégies de régulation émotionnelle drastiques et primitives, telles que la suppression des émotions ou d'autres stratégies d'évitement du vécu émotionnel, car les émotions

négligentes ressenties lui apparaissent ingérables. Ces stratégies, efficaces à court terme pour calmer la détresse, peuvent nuire considérablement au développement de stratégies de régulation émotionnelle mieux adaptées, car l'évitement du vécu émotionnel obturerait la connaissance profonde de soi et de son monde intérieur, capturant ainsi la victime dans un cycle d'évitement cognitif et émotionnel, marqué par un sentiment de vide identitaire et de difficultés interpersonnelles (Briere, 2002).

Selon ce modèle théorique, la suicidalité (p. ex., idéations suicidaires) est considérée comme la finalité d'une stratégie dysfonctionnelle d'évitement des émotions négatives (p. ex., humeur dépressive) chez la victime (Briere, Hodges et Godbout, 2010), et l'emploi d'une telle stratégie résulte d'une dysrégulation émotionnelle. Dans un échantillon d'adultes provenant de la population générale, Briere et ses collaboratrices (2010) démontrent une association positive entre les traumatismes interpersonnels à l'enfance et l'utilisation de stratégies d'évitement des émotions, dont la suicidalité, par le biais d'une dysrégulation émotionnelle (Briere *et al.*, 2010). Alors, à la lumière de ce modèle théorique, l'association entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE pourrait être expliquée par la présence de dysrégulation émotionnelle.

Les deux modèles théoriques choisis abordent donc les impacts de l'ASE, à court et à plus long terme, chez la victime. D'abord, le premier modèle illustre la diversité des conséquences spécifiques à l'ASE et ses caractéristiques propres, telles que les symptômes dépressifs et la suicidalité. Ensuite, le second modèle explique les mécanismes unissant les traumatismes interpersonnels à l'enfance, dont l'ASE, et la suicidalité par l'entremise de la dysrégulation émotionnelle. Le cadre conceptuel mobilisé au sein de ce mémoire renforce la posture théorique concernant l'ampleur que cet événement traumatique peut avoir sur la vie d'un individu, tout en consolidant les

résultats empiriques sous une plus large vision du phénomène de la suicidalité chez les victimes d'ASE.

CHAPITRE III

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

Ce mémoire a pour objectif principal l'évaluation des liens entre différentes composantes de l'état psychologique des adolescentes victimes d'ASE, soit les symptômes dépressifs, la dysrégulation émotionnelle et les idéations suicidaires, sur une période d'un an comprenant trois évaluations : évaluation initiale (Temps 1), seconde évaluation (Temps 2) six mois plus tard et troisième évaluation (Temps 3) un an après l'évaluation initiale. Plus spécifiquement, l'objectif du mémoire consiste en l'estimation d'un modèle de médiation dans lequel la dysrégulation émotionnelle agit comme mécanisme explicatif du lien entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE. Ce mémoire vise donc à explorer le potentiel rôle médiateur de la dysrégulation émotionnelle au Temps 2 dans la relation qui unit les symptômes dépressifs au Temps 1 et les idéations suicidaires au Temps 3, dans un modèle intégrateur longitudinal auprès d'un échantillon d'adolescentes victimes d'ASE.

Cette étude permettra de pallier certaines des principales limites rencontrées dans les recherches sur les conséquences liées à l'ASE vécues durant l'adolescence, en particulier l'absence d'études longitudinales sur les mécanismes pouvant lier les symptômes dépressifs aux idéations suicidaires auprès d'une population clinique d'adolescentes victimes d'ASE, ainsi que l'union des modèles théoriques par l'intermédiaire de données empiriques. Les résultats offriront également des balises qui

pourront guider les pratiques d'intervention auprès des adolescentes victimes d'ASE en déterminant les marqueurs de détresse psychologique pertinents à évaluer dans un objectif de prévention du passage à l'acte suicidaire.

À la lumière des modèles théoriques et de l'état des connaissances actuelles, un modèle de médiation des conséquences de l'ASE, plus exactement du lien entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires chez les victimes, a été élaboré et est ici proposé (voir Figure 3.1).

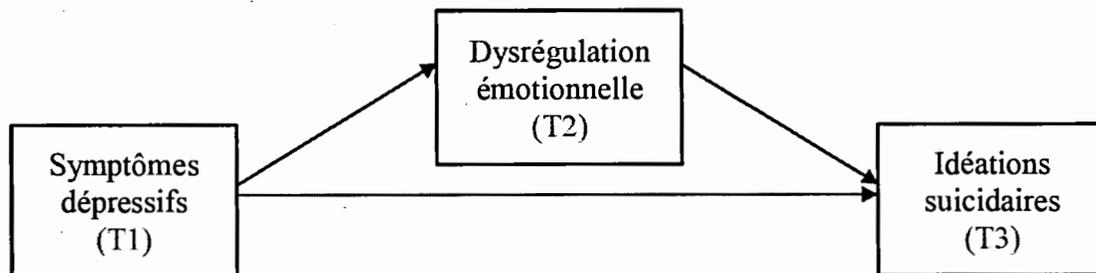


Figure 3.1 Modèle de médiation du lien entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE

Dans ce modèle, la dysrégulation émotionnelle de l'adolescente pourrait jouer un rôle explicatif du lien qui unit les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires, comme il est proposé dans le modèle de Briere (2002). Les caractéristiques propres à l'ASE (âge lors du premier épisode, relation avec l'agresseur, fréquence, type de geste posé), quant à elles, pourraient être associées à davantage de difficultés comme il est décrit dans le modèle de Finkelhor et Browne (1985), et donc serviront de variables de contrôle.

Quatre hypothèses sont postulées dans le cadre de ce mémoire. Spécifiquement, (1) il est attendu que la sévérité des symptômes dépressifs lors de l'évaluation initiale

(Temps 1) contribue à la prédiction de l'intensité de la dysrégulation émotionnelle lors de l'évaluation six mois plus tard (Temps 2) et à la présence d'idéations suicidaires un an après (Temps 3). Puis, (2) il est attendu que l'intensité de la dysrégulation émotionnelle au Temps 2 contribue à la présence d'idéations suicidaires au Temps 3. Ensuite, (3) afin de confirmer le modèle proposé, il est attendu que la dysrégulation émotionnelle agisse comme variable médiatrice dans la relation qui unit les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE. Enfin, (4) il est attendu que la sévérité de l'ASE soit liée à davantage de difficultés psychologiques et émotionnelles. Plus précisément, il est attendu que les adolescentes victimes d'ASE ayant plus des symptômes dépressifs soient plus à risque de développer des idéations suicidaires par l'entremise d'une plus forte dysrégulation émotionnelle, surtout chez celles ayant vécu une ASE vécue plus sévère.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre explicite les procédures méthodologiques de ce projet de mémoire, soit les participantes, les instruments de mesure, les procédures de collectes de données, les considérations éthiques du projet et les stratégies analytiques utilisées.

4.1 Participantes

Ce projet de recherche de type quantitatif corrélationnel utilise les données récoltées lors d'une vaste étude longitudinale — l'Enquête sur les Parcours Amoureux des Jeunes (PAJ) dirigée par Martine Hébert, Ph.D. Ce projet se limite au volet 2a de l'enquête PAJ soit le volet réalisé auprès d'adolescents et adolescentes ayant consulté un centre hospitalier ou des organismes communautaires spécialisés en raison d'une ASE dévoilée, ceux-ci offrant un service d'intervention ou de référence. Les adolescentes ont été recrutées lors de leur visite à un des centres affiliés : Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (CIASF), Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Ste-Justine), Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CJMCQ) et Parents-Unis Repentigny Lanaudière (PURL). Le recrutement s'est déroulé sur une période de 81 mois (octobre 2011 à juillet 2017), mais seules les données colligées aux trois premiers temps d'observation ont été utilisées. Afin d'être admissibles à l'étude, les adolescentes devaient être âgées de 14 à 18 ans inclusivement à la rencontre initiale, comprendre le français ou l'anglais et ne devaient pas présenter

de déficience intellectuelle ou de problème neurologique ou de langage. L'équipe spécialisée en protection de l'enfance devait juger l'ASE comme fondée à la suite d'une évaluation multidisciplinaire (p. ex., évaluation médicale). Dans le cadre du présent projet, seules les filles ont été retenues, puisque le nombre peu élevé de garçons ($n = 10$) n'était pas suffisant à des fins d'analyses.

4.2 Instruments de mesure

Informations sociodémographiques. Les informations sociodémographiques (p. ex., âge, nationalité, langue principale parlée à la maison, emploi, niveau de scolarité) des participantes étaient recueillies au Temps 1 de façon auto-rapportée. Les caractéristiques de l'ASE (type de geste, fréquence des agressions, relation avec l'agresseur, âge lors de premier épisode d'agression; Zink, Klesges, Stevens et Decker, 2009) et le cumul de différentes formes de traumatismes interpersonnels à l'enfance (abus physique, abus psychologique, négligence, exposition à la violence parentale, intimidation par les pairs) ont été recueillies au Temps 1 à l'aide de l'instrument *History of Victimization Form* (HVF; Wolfe, Wolfe, Gentile et Bourdeau, 1987) dans une version adaptée francophone (Hébert et Cyr, 2010) complétée par la ou le professionnel attribué au dossier de l'adolescente (voir Annexe A). Cet instrument concorde aux critères d'une agression sexuelle selon la définition du Gouvernement du Québec citée précédemment. L'âge, le site de collecte (avec ou sans intervention offerte), les caractéristiques de l'ASE et le trauma cumulatif ont été utilisés comme variables de contrôle dans cette étude.

Symptômes dépressifs. Les symptômes dépressifs étaient mesurés au Temps 1 à l'aide d'une version adaptée en français de la sous-échelle d'Affectivité Négative du *Youth Self-Report for Ages 11-18* (YSR; Achenbach et Rescorla, 2001). Il s'agit d'un

questionnaire auto-rapporté qui mesure les symptômes dépressifs lors des trois derniers mois à partir de 20 énoncés tels que « Très peu de choses me font plaisir » et « Je suis une personne malheureuse, triste ou déprimée » avec une échelle de réponse de type Likert en 3 points : « 0 = Ne s'applique pas », « 1 = Plus ou moins ou parfois » et « 2 = Toujours ou souvent ». Les scores varient de 0 à 40, avec des scores plus élevés indiquant une humeur dépressive plus grave. L'instrument mesure deux syndromes liés à des problèmes de l'humeur: Dépression/Anxiété et Dépression/Retrait. La sous-échelle d'Affectivité Négative dans sa version originale contient 21 énoncés, dont une question sur les idéations suicidaires. Afin d'analyser adéquatement l'association entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires, cette question a été retirée des analyses. La cohérence interne de l'instrument d'origine ($\alpha = ,81$) rapportée par Achenbach et Rescorla (2001) a été reproduite au sein de l'échantillon actuel ($\alpha = ,87$).

Dysrégulation émotionnelle. La dysrégulation émotionnelle était mesurée au Temps 2 à l'aide d'une version abrégée adaptée en français du *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz et Roemer, 2004). Cet instrument auto-rapporté comprend 7 énoncés tels que « Lorsque je suis fâchée, je reconnais mes émotions » et « Lorsque je suis fâchée, je perds le contrôle sur mon comportement » sur une échelle de type Likert en 5 choix : « 1 = Faux », « 2 = Plutôt faux », « 3 = Parfois faux/parfois vrai », « 4 = Plutôt vrai » et « 5 = Vrai » (voir Annexe A). Les scores varient de 7 à 35; des scores plus élevés indiquent une dysrégulation émotionnelle plus intense. L'instrument évalue cinq des six dimensions de la dysrégulation émotionnelle : l'incompréhension des émotions ressenties, la non-acceptation de ses propres émotions, l'accès limité à des stratégies efficaces de régulation des émotions, la difficulté à contrôler son impulsivité et la difficulté à adopter des comportements orientés vers un objectif lorsqu'il y a présence d'émotions négatives. La cohérence interne de l'instrument original ($\alpha = ,93$; Gratz et Roemer, 2004) n'a pas été obtenue au sein de l'échantillon actuel ($\alpha = ,63$).

Idéations suicidaires. Les idéations suicidaires étaient mesurées au Temps 3 à l'aide d'un énoncé tiré de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ; Statistique Canada, 2007). Il s'agit d'une question qui mesure l'historique des idéations suicidaires dans les six derniers mois : « Depuis les 6 derniers mois, as-tu sérieusement pensé à essayer de te suicider? » (voir Annexe A). La réponse était codée dichotomiquement (« 1 = Oui » ou « 0 = Non »).

4.3 Procédures

Les adolescentes ont été sollicitées pour participer à la recherche lors de leur visite initiale à un des sites de collecte offrant des services spécialisés pour les adolescentes victimes d'ASE. Lorsque les adolescentes acceptaient de participer au projet, le formulaire de consentement (voir Annexe B) était lu et expliqué par l'assistant ou l'assistante de recherche, puis signé par la participante. La passation de questionnaires consistait en une rencontre individuelle en face-à-face entre une ou un assistant de recherche et la participante, dans un lieu confortable permettant de maintenir la confidentialité, pour une durée d'environ une heure. Le questionnaire était complété par la participante seule ou avec l'aide de l'assistant ou l'assistante de recherche, au choix de la participante. Lorsqu'une rencontre n'était pas possible, l'adolescente recevait le questionnaire par envoi postal. Un seul instrument de mesure n'était pas auto-rapporté (HVF; Wolfe *et al.*, 1987), celui-ci était complété par la ou le professionnel attiré au dossier. Une compensation financière sous forme de carte-cadeau de 20 \$ était offerte. Les participantes étaient ensuite rencontrées six mois plus tard pour le Temps 2 et un an après la rencontre initiale pour le Temps 3 suivant les mêmes procédures qu'au Temps 1.

4.4 Considérations éthiques

Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine, ainsi que le Comité institutionnel d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal (voir Annexe C). La description du projet de recherche, ses avantages, inconvénients et risques, la confidentialité et l'utilisation des données étaient inscrites dans le formulaire de consentement lu à la participante par une ou un assistant de recherche. Le consentement a été obtenu auprès de chacune des participantes à l'écrit à l'aide d'un formulaire signé lors de chaque passation. Les adolescentes pouvaient consentir à participer à l'étude sans autorisation parentale, puisqu'elles avaient atteint l'âge minimal requis selon les politiques en vigueur. Tous les assistants et assistantes de recherche ayant accès aux données ou qui accompagnaient les participantes avaient reçu une formation éthique obligatoire en plus de leur formation universitaire en psychologie ou en sexologie. Étant donné la nature sensible des sujets abordés dans le questionnaire, les assistants et assistantes de recherche offraient aux participantes une liste de ressources d'aide ainsi que les coordonnées de l'équipe de recherche.

4.5 Stratégies d'analyses

Premièrement, des analyses descriptives (mesures de tendance centrale, tests-*t*), ainsi que des corrélations et des régressions linéaires multiples ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 24 afin de décrire l'échantillon en termes de caractéristiques sociodémographiques, d'examiner la distribution des idéations suicidaires, des symptômes dépressifs et de la dysrégulation émotionnelle dans l'échantillon et de vérifier les associations entre toutes les variables et covariables à l'étude. Deuxièmement, des analyses acheminatoires, réalisées via le logiciel *Mplus* version

7.0 (Muthén et Muthén, 1998-2015), ont été effectuées afin de tester le modèle de médiation avec l'estimateur de *Maximum Likelihood* (ML; maximum de vraisemblance). Ce type d'analyse permet de vérifier les effets de médiation entre les différentes variables de façon simultanée en un seul modèle intégrateur. Les analyses tenaient compte des données manquantes par le biais du *Full Information Maximum Likelihood* (FIML) et de l'intégration Monte Carlo, qui utilise des points d'intégration générés aléatoirement (Muthén & Muthén, 1998-2012). Afin de vérifier si les effets indirects de médiation sont significatifs, la méthode d'estimation de l'intervalle de confiance (95%) par analyses de *bootstrapping* a été utilisée (MacKinnon, Fairchild et Fritz, 2007).

CHAPITRE V

ARTICLE

A LONGITUDINAL STUDY OF SUICIDAL IDEATION IN SEXUALLY
ABUSED ADOLESCENT GIRLS: DEPRESSIVE SYMPTOMS AND AFFECT
DYSREGULATION AS PREDICTORS

Marianne Girard

Martine Hébert

Natacha Godbout

Mireille Cyr

Jean-Yves Frappier

Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada

Article soumis pour publication le 23 septembre 2019 à la revue *Journal of Traumatic
Stress*

Abstract

Child sexual abuse (CSA) is associated with many repercussions on adolescents' mental health, which includes suicidal ideation presence. Yet, the mechanisms linking CSA to adverse outcomes have rarely been investigated within a longitudinal design. The current study aimed to examine the role of affect dysregulation in the relation between depressive symptoms and suicidal ideation one year after the first assessment in a sample of 119 sexually abused adolescent girls recruited through specialized clinical settings. An integrative mediational model was conceptualized to examine the mediating role of affect dysregulation (Time 2) in the relation between depressive symptoms (Time 1) and suicidal ideation (Time 3), with a delay of six months between each assessment. Approximately 31% of girls reported suicidal ideation at Time 3. Path analysis with logistic regressions revealed that the relation between depressive symptoms and suicidal ideation presence is partly explained by affect dysregulation, which increased the risk of suicidal ideation presence by 18%. The model explained 21.5% of the variance of suicidal ideation. These findings identify potential predictors of suicidal ideation and determine a possible trajectory of suicidality among sexually abused adolescent girls. This study highlights the role of affect dysregulation in the presence of suicidal ideation and provides potential targets in intervention practices with adolescent girls CSA victims. As such, interventions with this vulnerable population should aim to decrease depressive symptoms and affect dysregulation to reduce suicidal risk.

Keywords: sexual abuse/assault, childhood; suicide/suicidal ideation; depression, emotion; adolescents; women/girls

A LONGITUDINAL STUDY OF SUICIDAL IDEATION IN SEXUALLY
ABUSED ADOLESCENT GIRLS: DEPRESSIVE SYMPTOMS AND AFFECT
DYSREGULATION AS PREDICTORS

Child sexual abuse (CSA) is very prevalent, and girls are at a higher risk of being sexually victimized than boys (Barth, Bermetz, Heim, Trelle, & Tonia, 2013). Many adverse impacts on mental health are associated with CSA in female adolescent victims (Hébert, Cénat, Blais, Lavoie, & Guerrier, 2016). One potential repercussion of CSA that can be particularly harmful on the victim is suicidal ideation (Bakken & Gunter, 2012), which can lead to suicidal attempts and completed suicide (Scott, Pilkonis, Hipwell, Keenan, & Stepp, 2015; Shain & Committee on Adolescence, 2016). Actually, suicidal ideation in adolescence is frequent, especially in girls, as a national study in the US revealed that 15.3% of adolescent girls aged between 13-17 years reported suicidal ideation in their lifetime (Nock et al., 2013). Globally, suicide is the first cause of death among adolescent girls aged 15-19 years (Patton et al., 2009).

Suicidal ideation appears particularly frequent in CSA victims. Empirical studies demonstrated that sexually abused adolescent girls are distinctly at risk of suicidal ideation, as a study conducted on more than 83,000 adolescents aged 11-18 years showed that female CSA victims were at least three times more likely to report lifetime suicidal ideation than non-victims (Eisenberg, Ackard, & Resnick, 2007). In addition, a recent study conducted with 147 sexually abused adolescent girls aged 14-18 years indicated that nearly half (46%) reported having suicidal ideation in the last three months (Alix, Cossette, Hébert, Cyr, & Frappier, 2017). Turner and colleagues also revealed that sexually abused adolescents, particularly girls, were more likely to report suicidal ideation within the last month (23%) compared to non-victim adolescents (3.7%) within their sample (Turner, Finkelhor, Shattuck, & Hamby, 2012). A

systematic review of the literature determined that CSA is specially associated to increased suicidal ideation in adolescents (Miller, Esposito-Smythers, Weismore, & Renshaw, 2013), suggesting that suicidal ideation is a serious consequence of CSA that deserves attention. Yet, despite heightened risks of suicidal ideation in sexually abused adolescent girls, not all female adolescent CSA victims will experience suicidal ideation (Thompson et al., 2012), hence the importance of gathering a better understanding of the different risk trajectories of suicidality among sexually abused adolescent girls.

Among the potential candidates influencing this risk, depressive symptoms seem to be one of the best predictors of suicidal ideation among adolescents (Waldrop et al., 2007). Depressive symptoms represent a mental health issue that is frequent in adolescence: 11% of adolescents aged between 13-18 years report depressive symptoms to a clinical level (i.e., major depressive disorder) in their lifetime (Avenevoli, Swendsen, He, Burstein, & Merikangas, 2015). This phenomenon particularly affects adolescent girls, who are two to three times more likely to experience depressive symptoms than their male peers (Avenevoli et al., 2015). Higher rates of suicidal ideation were found in adolescents with more severe depressive symptoms compared to those with less severe depressive symptoms (Avenevoli et al., 2015). Likewise, adolescents with major depressive disorder diagnosis were four times more likely to report suicidal ideation than those without the diagnosis (Waldrop et al., 2007). Thus, depressive symptoms appear to be a major risk factor for suicidality in adolescence.

The onset of depressive symptoms seems at its utmost in CSA victims. An American nationally representative longitudinal survey of adolescents and young adults revealed that youth exposed to CSA were almost two times more likely to present depressive symptoms than non-exposed youth (Dunn, McLaughlin, Slopen, Rosand, & Smoller,

2013). Sigfusdottir and colleagues revealed a stronger association between CSA and depressive symptoms in adolescent girls than boys aged 16-19 years (Sigfusdottir, Asgeirsdottir, Gudjonsson, & Sigurdsson, 2008). Moreover, several studies showed the association between depressive symptoms and suicidal ideation in sexually abused adolescent girls. Alix and colleagues reported a positive correlation between depressive symptoms and suicidal ideation in sexually abused adolescent girls (Alix et al., 2017). Another study, conducted on 77 sexually abused adolescent girls aged 12-17 years, found that more severe depressive symptoms predicted the presence of suicidal ideation (Brabant, Hébert, & Chagnon, 2013). The likelihood of experiencing suicidal ideation a year after the first assessment was two-fold higher in sexually abused adolescent girls who reported depressive symptoms at the first assessment than those who did not (Brabant, Hébert, & Chagnon, 2014). As such, depressive symptoms may act as an important predictor of suicidal ideation in sexually abused adolescent girls.

The association between depressive symptoms and suicidal ideation in CSA victims can be understood through the lens of the self-trauma model by Briere (2002). This model states that interpersonal traumas in childhood, including CSA, interrupt the child's development resulting in disturbances or deficits in self-capacities, such as affect regulation, relatedness, and self-awareness. Thus, when experiencing a traumatic event, the child is not able to develop the abilities needed to cope with negative emotions associated with the event. This in turn may affect the development of adequate affect regulation skills, leading the victim to resort to drastic and primitive affect regulation strategies, such as suppression of emotions or other affect avoidance strategies, when negative emotions would seem unmanageable. Although these strategies may help calm distress for a short-term period, they could have a significant impact on the elaboration of more appropriate affect regulation strategies. As such, the adolescent or adult victim may be more propitious to experience affect dysregulation

(Briere, 2002), which is defined as the difficulty or inability to identify its own emotions, to differentiate and express them appropriately, and to modulate and regulate them adequately (Cook et al., 2005). In light of this model, suicidal ideation is considered as a drastic strategy to avoid negative emotions (e.g., depressed mood) experienced by the victim of childhood interpersonal trauma, and the use of such strategy results from affect dysregulation (Briere, Hodges, & Godbout, 2010). Therefore, the association between depressive symptoms and suicidal ideation in sexually abused adolescent girls may be explained by the presence of affect dysregulation.

Several authors have established that adult women victims of CSA reported higher affect dysregulation than non-victims (Burns, Jackson, & Harding, 2010; Messman-Moore, Walsh, & DiLillo, 2010). However, affect dysregulation is poorly documented among sexually abused adolescent girls. To our knowledge, only one study has investigated affect dysregulation in female adolescent CSA victims. Noll and colleagues, in a study conducted with 485 adolescent girls, revealed that childhood maltreatment (i.e., neglect, physical abuse, sexual abuse) victims presented higher psychological dysregulation, which included affect dysregulation, than non-victims (Noll, Haralson, Butler, & Shenk, 2011). Additionally, studies have shown that affect dysregulation contributes to the persistence of suicidal ideation (Spirito, Valeri, Boergers, & Donaldson, 2003) and is associated with a higher risk of suicide attempts (Pisani, Wyman, Petrova, Schmeelk-Cone, & Goldston, 2013) in adolescents. Thus, affect dysregulation may exacerbate the development of multiple mental health problems, emphasizing the need for further research using longitudinal designs to ascertain its role.

Besides, numerous studies also identified a link between depressive symptoms and affect dysregulation, as depressive symptoms appear to impair affect regulation capacities. In fact, adults suffering from major depressive disorder reported more fear of emotions and emotion suppression than healthy adults (Beblo et al., 2012), illustrating that depressive symptoms could lead to higher affect dysregulation, as emotion suppression is a component of affect dysregulation (Lavender et al., 2015). Other authors concluded that emotion suppression may serve as a strategy mechanism through which depressive individuals can modify their experience of sadness (Liverant, Brown, Barlow, & Roemer, 2008). A study conducted with 1753 adolescents revealed that depressive symptoms predicted emotion suppression one year later. This study hypothesized that depressive symptoms may alter emotion regulation strategies as depressed adolescents might judge their negative emotions as not socially acceptable, thus masking their expression of emotions (Larsen et al., 2013). However, studies have yet to examine affect dysregulation as a continuity of trauma repercussions (e.g., depressive symptoms) and as a predictor of suicidal ideation in sexually abused adolescents within the same model.

Objectives and Hypothesis

Despite previous literature identifying significant associations between depressive symptoms and suicidal ideation in CSA adolescent victims, to our knowledge, none have yet examined the potential underlying role of affect dysregulation in an integrative longitudinal model. Indeed, most of the previous studies on suicidality and its predictors have focused on normative adult population (e.g., Devries et al., 2014). The present study aimed to examine affect dysregulation as a proximal predictor of the experience of suicidal ideation by sexually abused adolescent girls. It is expected that higher initial levels of depressive symptoms (Time 1) will be associated to higher affect

dysregulation six months later (Time 2), which is in turn will be associated with suicidal ideation one year after the first assessment (Time 3).

Method

Participants

Participants were recruited through four specialized clinical settings offering services following disclosure of CSA, as a part of a large longitudinal study. Recruitment targeted adolescent victims of CSA aged between 14-18 years at their initial visit. The sample was comprised of 119 adolescent girl victims of sexual abuse, with 58.8% ($n = 70$) completing all three assessments and 41.2% ($n = 49$) completing only two time points. At Time 1 ($N = 119$), girls' mean age was 15.5 years ($SD = 1.1$). The participants were reevaluated approximately six months later at Time 2 ($n = 108$), and twelve months after the first assessment (Time 3, $n = 81$). Sociodemographic and abuse characteristics of the sample are presented in Table 5.1.

Table 5.1 Sociodemographic and Abuse Characteristics

Characteristics	Participants (%)
Age at first assessment	
14	26.1
15	27.7
16	23.5
17	21.0
18	1.7
Nationality	
Born in Canada from parents born in Canada	69.5
Born in Canada with one or two parents born outside Canada	19.5
Born outside of Canada	11.0
Language at home	
French	87.4
English	4.2

Other	8.4
Age of onset of sexual abuse	
6 or less	7.0
7 or above	93.0
Type of abuse	
Less severe (no contact or fondling)	16.0
Severe (penetration or attempted penetration)	84.0
Frequency of abuse	
One or a few episode(s)	67.8
Chronic/repetitive episodes (>six months)	32.2
Relationship to the abuser	
Stranger	14.7
Acquaintances	40.5
Dating partner	6.9
Family member	37.9
Parental figure	72.7
Presence of at least one other type of abuse	
No	61.6
Yes	38.4
Cooccurrence of other abuse by type	
Physical abuse	16.0
Psychological abuse	22.3
Neglect	18.9
Exposition to domestic violence	15.7
Bullying	17.9

Procedure

Procedure consisted of three assessments involving meetings between a research assistant and the adolescent. The self-report questionnaires were completed by the participant, alone or with the assistance of the research assistant. Participants received a gift-card as a compensation for each assessment. This study was approved by the Human Research Review Committee of the Université du Québec à Montréal and the Ethics comity of Centre Hospitalier Universitaire Ste-Justine.

Measures

A sociodemographic questionnaire was used at Time 1 to gather information on participants' age, nationality, primary language, and occupation. CSA characteristics (i.e., type and frequency of abuse, relationship to the abuser, age of onset; Zink, Klesges, Stevens, & Decker, 2009) and cumulative interpersonal traumas (cooccurrence of different types of abuse within a relational context) were collected using an adapted version (Hébert & Cyr, 2010) of the *History of Victimization Form* (HVF; Wolfe, Wolfe, Gentile, & Bourdeau, 1987) completed by the caseworker. Age, setting, CSA characteristics, and cumulative traumas were used as control variables in this study.

Depressive symptoms. Depressive symptoms were measured at Time 1 using the 20-item Negative Affectivity Scale taken from a French version of Youth Self-Report for Ages 11-18 (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001). Participants indicated the frequency at which they experienced depressive symptoms, within the past three months, on a 3-point Likert scale varying from 0 (*Not true*) to 2 (*Very true or often true*) on items such as "There is very little that I enjoy" and "I am unhappy, sad, or depressed". This instrument measures two syndromes in youth: Anxious/Depressed and Withdrawn/Depressed, both indicating negative affectivity and depressive mood problems. This scale originally contained 21 items, including a suicidal ideations item, which was excluded from analyzes in order to properly examine the association between depressive symptoms and suicidal ideations. Total scores ranged from 0 to 40, with higher scores reflecting more severe depressive symptoms. The original instrument's consistency ($\alpha = .81$) was replicated in the current sample ($\alpha = .87$).

Affect dysregulation. Affect dysregulation was assessed at Time 2 using 7 items from a French version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004). Participants indicated the extent at which they use dysfunctional strategies of affect regulation on a 5-point Likert scale as following: 1 (*False*), 2 (*Somewhat false*), 3 (*Sometimes false/Sometimes true*), 4 (*Somewhat true*) and 5 (*True*), on items such as "When I'm upset, I lose control over my behavior" and "When I'm

upset, I feel guilty for feeling that way". Total scores ranged from 7 to 35, with higher scores reflecting more intense affect dysregulation. This instrument measures five of the six dimensions of affect dysregulation: lack of awareness of emotional responses, nonacceptance of emotional responses, limited access to emotion regulation strategies perceived as effective, difficulties controlling impulses when experiencing negative emotions, and difficulties engaging in goal-directed behaviors when experiencing negative emotions (Gratz & Roemer, 2004). The original instrument's consistency ($\alpha = .93$) was not replicated in the current sample ($\alpha = .63$).

Suicidal Ideation. Suicidal ideation was assessed at all time points using a French version of the suicidal ideations evaluation item within the National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY; Statistics Canada, 2007): "In the last 6 months, have you seriously thought of committing suicide?". This study considered suicidal ideation at Time 3 in the final model. Suicidal ideation was coded dichotomously as "No = 0 = absence of suicidal ideation" and "Yes = 1 = presence of suicidal ideation".

Statistical Analyses

Descriptive analyses, correlations and multiple regressions were conducted using SPSS 24 to examine the distribution of suicidal ideation, depressive symptoms, and affect dysregulation within the sample and the associations between all variables. In order to test the hypothesized model, path analyses were tested with ML estimator using *Mplus*, version 7 (Muthén & Muthén, 1998-2012) which accounted for missing data in the present analyses through the use of Full Information Maximum Likelihood (FIML) and Monte Carlo Integration, that uses randomly generated integration points. In order to examine the significance of indirect effects, 95% bootstrap confidence intervals were used (MacKinnon, Fairchild, & Fritz, 2007).

Results

Descriptive Statistics and Bivariate Correlations

Depressive symptoms. In the present sample, participants presented a mean score of 17.49 ($SD = 8.28$) on the negative affectivity scale at Time 1. Results of linear regressions and one-way ANOVA indicated that the scores for depressive symptoms did not differ across different CSA characteristics ($F_{(1, 109)} = 1.34, p = .25$), and age ($F_{(1, 117)} = 2.93, p = .90$), but did differ across settings ($F_{(3, 115)} = 2.69, p = .05$), with participants from settings offering psychological treatment presenting higher depressive symptoms. These results were expected, as depressive symptoms are more prevalent in adolescents seeking professional help (Cheung et al., 2007).

Affect dysregulation. Participants presented a mean score of 19.54 ($SD = 5.41$) on the affect dysregulation questionnaire at Time 2. Results of linear regressions and one-way ANOVA indicated that the scores for affect dysregulation did not differ across different CSA characteristics ($F_{(1, 101)} = .01, p = .91$), age ($F_{(1, 106)} = .61, p = .44$), and settings ($F_{(3, 104)} = .11, p = .96$).

Suicidal ideation. Among participants, 30.9% reported suicidal ideation at Time 3, reflecting that approximately one in three sexually abused adolescent girls had experienced suicidal ideation in the last six months. Among participants who reported suicidal ideation at Time 3, 56.0% reported having suicidal ideation also at Time 1 and Time 2, indicating that 13.1% of all participants maintained suicidal ideation across the three assessments.

Correlations. Point-biserial correlations were run to determine the association between depressive symptoms and suicidal ideation, and between affect dysregulation and suicidal ideation. Statistically significant positive correlations were found between all study variables. Depressive symptoms at Time 1 were positively correlated with affect dysregulation at Time 2 ($r_{pb} = .43, p < .01$), as well as with suicidal ideation at Time 3 ($r_{pb} = .31, p < .01$). Similarly, affect dysregulation at Time 2 was positively correlated with suicidal ideation at Time 3 ($r_{pb} = .40, p < .01$).

Integrative Model of the Mediating Role of Affect Dysregulation in the Relation between Depressive Symptoms and Suicidal Ideation

First, the direct path from depressive symptoms to suicidal ideation was found to be significant ($\beta = .36, p < .01$), indicating a positive association. Depressive symptoms increased the odds of suicidal ideation presence by 9% (OR = 1.09). Second, when the mediator was added, the direct path became non-significant ($\beta = .20, p = .14$), revealing full mediation. The relation between depressive symptoms and affect dysregulation was statistically significant ($\beta = .44, p < .001$), as was the relation between affect dysregulation and suicidal ideation ($\beta = .46, p < .001$). Results showed a statistically significant indirect relation between depressive symptoms and suicidal ideation through affect dysregulation ($\beta = .05, p < .01$), with significant *bootstrap* confidence intervals ($\beta = .05, 95\% \text{ CI } .02 \text{ to } .11$). Affect dysregulation increased the odds of suicidal ideations presence by 18% (OR = 1.18). More precisely, path analyses showed that depressive symptoms were positively associated with affect dysregulation, which in turn, increased the odds of suicidal ideations presence. Overall, the integrative model accounted for 21.5% of the variance of suicidal ideation. There was no significant effect of age, settings, CSA characteristics, and cumulative traumas in the model tested, thus those variables were removed from the final model, as controlling for the effect of these variables did not change the significance and strength of the associations between the study variables. To assess the strength of the present mediational model across participants, the presence of suicidal ideation at the two first assessment times was added as a covariate in the final model. Results from this additional analysis revealed that controlling for the effect of suicidal ideation presence at the two previous assessment times did not change the significance of the associations between the study variables and did not predict suicidal ideation emergence at Time 3.

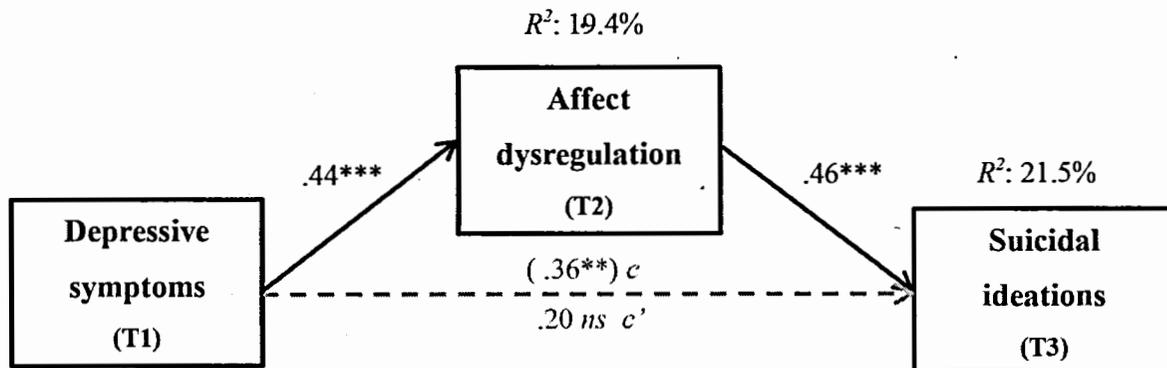


Figure 5.1 Integrative model of the mediating role of affect dysregulation in the relation between depressive symptoms and suicidal ideations.

Note. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Discussion

The current study aimed to explore whether the relation between depressive symptoms and suicidal ideation in sexually abused adolescent girls was partly explained by girls' levels of affect dysregulation. More specifically, we tested the hypothesis that higher levels of depressive symptoms at Time 1 would exacerbate affect dysregulation six months later (Time 2), which would in turn instigate the presence of suicidal ideation one year after the first assessment (Time 3).

In our sample, approximately one in three girls (30.9%) reported suicidal ideation one year after the first assessment (Time 3). More than half (56%) of them reported having suicidal ideation also at the two prior assessments, indicating that more than one in ten girls (13.1%) in the total sample maintained suicidal ideation across the three assessments. The prevalence of suicidal ideation at Time 3 in our study differs from those found in previous studies conducted with sexually abused adolescent girls (e.g., approximately 60%; Bergen, Martin, Richardson, Allison, & Roeger, 2003). This is not

surprising, since some studies measured lifetime suicidal ideation while our study measured suicidal ideation within the past six months. The prevalence of suicidal ideation found in our sample approximates the prevalence found in a longitudinal study examining a similar time frame (25%) conducted with a comparable sample (Brabant et al., 2014).

In accordance with our hypothesis, all study variables were related. While the proposed mediational model was never examined before within a sample of female adolescent victims of CSA, the current results corroborate past studies showing the various associations between depressive symptoms, affect dysregulation, and suicidal ideation (Alix et al., 2017; Brabant et al., 2013; Larsen et al., 2013; Pisani et al., 2013). Yet, previous studies have significant methodological differences (e.g., cross-sectional vs longitudinal, community sample vs clinical sample) and failed to examine affect dysregulation as an explicative mechanism in the association between depressive symptoms and suicidal ideation. Overall, our study palliated gaps in empirical literature, namely the considerable contribution of affect dysregulation within a clinical sample of sexually abused adolescent girls. More precisely, affect dysregulation acts as an explanatory mechanism in the association between depressive symptoms and suicidal ideation. As such, higher levels of depressive symptoms led to higher affect dysregulation six months later, which in turn was associated with the presence of suicidal ideation one year after the first assessment. Indeed, depressive symptoms intensity (i.e., accumulation of symptoms) at the first assessment increased affect dysregulation severity (i.e., accumulation of maladaptive emotion regulation strategies) six months later and the risk of suicidal ideation presence one year later.

The conceptualized model within this study suggests that affect dysregulation may result from a perceived overwhelming psychological distress (i.e., depressed mood) possibly resulting from the trauma, and thus serves as a strategy to avoid those

emotions. Faced with the lack of adequate affect regulation strategies, an incomprehension of their feelings, or a suppression of their emotions, adolescent girls may start thinking about suicide as a way to cope with their psychological and emotional burden.

Surprisingly, CSA characteristics were not associated with suicidal ideation in the current study. Findings from previous studies have been inconsistent and contradictory regarding associations between suicidal ideation and CSA characteristics (Miller et al., 2013). The current results may highlight that in CSA victims, depressive symptoms increase the risk of suicidal ideation, through affect dysregulation, independently of the characteristics of the endured abuse. Yet, the lack of variability in CSA characteristics and the overall high degree of severity of CSA among our sample might have precluded significant associations with suicidal ideation in this study. Nevertheless, this study adds to the corpus of empirical data showing that CSA victims' symptomatology is one of the best predictors of suicidal risk (Brabant et al., 2013).

Practical Implications

Findings of the current study provide information as to the potential mechanism through which sexually abused adolescent girls susceptible to depressive mood may experience suicidal ideation. The understanding of the mechanism through which sexually abused adolescents may represent a suicide risk is a major priority in treatment. As such, this study offers an empirical basis for future intervention programs aimed at adolescent girls CSA victims. For instance, results support the need to assess past depressive symptoms and subsequent affect regulation difficulties in order to better prevent suicidal ideation presence. For example, an adaptation of the Dialectical Behavior Therapy (DBT) for suicidal adolescents has exhibited a significant reduction of affect dysregulation and suicidal ideation after twelve weeks of treatment within a clinical sample (Rathus & Miller, 2002).

Our study supports the necessity to consider affect dysregulation as a more proximal predictor of suicidal ideation than depressive symptoms. Results also emphasize the need to focus on the improvement of adaptive emotion regulation strategies and the decrease of maladaptive emotion regulation strategies in psychological treatment with adolescents. Beyond the general capacity to regulate one's emotions, Rajappa and colleagues (2012) indicated that the regulation of negative emotions specific to depression, such as hopelessness, should be targeted in interventions with youth. They indicated that the belief that there is nothing to do to make oneself feel better, which is the perceived limited access to effective emotion regulation strategies, was a significant dimension of affect dysregulation linked to suicidal ideation, thus concluded that practitioners should provide more effective ways of regulating emotional distress (Rajappa, Gallagher, & Miranda, 2012). Other researchers also recommended improving adolescents' repertoire of affect regulation strategies as a valuable treatment target (Hatkevich, Penner, & Sharp, 2019). Therefore, prevention of suicidality in sexually abused adolescent girls should not only concentrate on negative affect, but also how these negative emotions are dealt with. When adolescent girls are upset or depressed, their perception of losing control over their behaviors or the lack of acknowledgement of their emotions may put them at risk of thinking about suicide as a way to cope with negative feelings. Some authors suggest that emotion-focused coping skills could act as a protective factor for suicidal ideation in adolescents, specifying that sexual abuse history remained a serious predictor (Yoon, Cederbaum, & Schwartz, 2018). Thus, per their recommendation, it would be advisable to add emotional regulation components within trauma-focused intervention for sexually abused adolescent girls.

Furthermore, the presence of suicidal ideation is a known predictor of suicidal behaviors (e.g., suicide attempts, completed suicide) (O'Connor, Smyth, Ferguson, Ryan, & Williams, 2013). Thus, practitioners should target the prevention and

reduction of suicidal ideation in order to diminish the risk of suicidal behaviors and deaths by suicide among adolescents. Hawton and van Heeringen (2009) recommend that everyone with depression be questioned about suicidal ideation as a mean to evaluate suicide risk. They added that the presence of suicidal ideation should prompt further assessment about suicidality (risk factors for suicide, imminence of suicidal behaviors, hopelessness, cogent plans, etc.). Our study adds that affect dysregulation should be considered in this regard. Ultimately, adolescents' suicidal ideation and its predictors, especially among sexually abused girls, should be thoroughly assessed and taken seriously by health professionals.

Limitations and Further Studies

A number of limitations deserve mention. First, the use of self-report measures might convey social desirability bias. Yet, adolescents appear to be in a unique position to report their own subjective experiences of mental health problems (Waters, Stewart - Brown, & Fitzpatrick, 2003). Future studies should corroborate adolescent's psychological experiences and symptoms from multiple sources (e.g., parent or legal guardian, teacher). Second, even though the current study demonstrated that depressive symptoms may lead to affect dysregulation, theoretical and empirical literature could support the hypothesis of alternate directions of effect. Indeed, affect dysregulation could lead to higher depressive symptoms (e.g., Bekh Bradley et al., 2011), or there could be a bidirectional link between these two concepts (e.g., Selby, Kranzler, Panza, & Fehling, 2016), both of which were not examined in this study. Further studies should consider the potential interinfluence between depressive symptoms and affect dysregulation. Third, suicidal ideation measurement relied only on a single-item, and therefore may be subject to misclassification. Single-item measures tend to neglect a large range of distinctions in suicidality and can increase the probability of false conclusions from statistical analyses (Millner, Lee, & Nock, 2015). Future studies

should provide multiple response options as follow-up questions. Fourth, it is impossible to make firm assumptions about the generalizability of the results, as the sample was limited to adolescent girls who disclosed their abuse and sought services. Given the specific nature of the present sample, further research should consider strategies to recruit male participants, as the correlates of suicidal ideation may underline gender specificities unobserved in this study (Gauthier-Duchesne, Hébert, & Daspe, 2017). Fifth, the attrition rate between each assessment was still noticeable despite multiple strategies to improve participation rate (e.g., detailed contact information on participants, close partnership with recruitment sites). Nonetheless, the longitudinal design of the current study illustrates an asset, as few longitudinal and prospective studies investigated suicidal ideation among sexually abused adolescent girls. Lastly, some improvements could be made to the method of this study, such as a shared method variance and a more extensive measure of emotion dysregulation with a better internal consistency.

Conclusion

Despite its limitations, this study identifies potential predictors of suicidal ideation, thus determines a possible trajectory of suicidality among sexually abused adolescent girls. This is the first time that affect dysregulation has been investigated as a mediator in the link between depressive symptoms and suicidal ideation in a clinical sample of sexually abused adolescent girls. The findings from this study contribute to existing knowledge on suicidality in female CSA victims, and enhance our understanding of the association between depressive symptoms and suicidal ideation. An important conclusion of this study is that sexually abused adolescent girls' symptomatology is an important indicator of suicidal risk. Results accentuate the necessity of investigating and decreasing affect dysregulation, rather than just depressive symptoms, throughout the whole treatment process with female adolescent CSA victims. Fundamentally, this study endeavors potential targets in intervention practices and valuable guidelines to

practitioners. It is hoped that better-informed practices might eventually lessen CSA repercussions on the victim and reduce youth suicidality.

References

- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT: Research Center for Children, Youth, & Families.
- Alix, S., Cossette, L., Hébert, M., Cyr, M., & Frappier, J. Y. (2017). Posttraumatic stress disorder and suicidal ideation among sexually abused adolescent girls: The mediating role of shame. *Journal of Child Sexual Abuse, 26*(2), 158-174. doi:10.1080/10538712.2017.1280577
- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J. P., Burstein, M., & Merikangas, K. R. (2015). Major depression in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement: Prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54*(1), 37-44. doi:10.1016/j.jaac.2014.10.010
- Bakken, N. W., & Gunter, W. D. (2012). Self-cutting and suicidal ideation among adolescents: Gender differences in the causes and correlates of self-injury. *Deviant Behavior, 33*(5), 339-356. doi:10.1080/01639625.2011.584054
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 58*(3), 469-483. doi:10.1007/s00038-012-0426-1
- Beblo, T., Fernando, S., Klocke, S., Gripenstroh, J., Aschenbrenner, S., & Driessen, M. (2012). Increased suppression of negative and positive emotions in major depression. *Journal of Affective Disorders, 141*(2), 474-479. doi:10.1016/j.jad.2012.03.019
- Bergen, H. A., Martin, G., Richardson, A. S., Allison, S., & Roeger, L. (2003). Sexual abuse and suicidal behavior: A model constructed from a large community

- sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1301-1309. doi:10.1097/01.chi.0000084831.67701.d6
- Brabant, M. E., Hébert, M., & Chagnon, F. (2013). Identification of sexually abused female adolescents at risk for suicidal ideations: A classification and regression tree analysis. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(2), 153-172. doi:10.1080/10538712.2013.741666
- Brabant, M. E., Hébert, M., & Chagnon, F. (2014). Predicting suicidal ideations in sexually abused female adolescents: A 12-month prospective study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(4), 387-397. doi:10.1080/10538712.2014.896842
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, T. Reid, & C. Jenny (Eds.). *The APSAC handbook on child maltreatment, 2nd Edition*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 767-774. doi:10.1002/jts.20578
- Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(8), 801-819. doi:10.1080/10926771.2010.522947
- Cheung, A. H., Zuckerbrot, R. A., Jensen, P. S., Ghalib, K., Laraque, D., & Stein, R. E. (2007). Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management. *Pediatrics*, 120(5), e1313-e1326. doi:10.1542/peds.2006-1395
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309-319. doi:10.1037/1040-3590.7.3.309

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., . . . van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. doi:10.3928/00485713-20050501-05
- Dunn, E. C., McLaughlin, K. A., Slopen, N., Rosand, J., & Smoller, J. W. (2013). Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: Results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Depression and Anxiety*, 30(10), 955-964. doi:10.1002/da.22102
- Eisenberg, M. E., Ackard, D. M., & Resnick, M. D. (2007). Protective factors and suicide risk in adolescents with a history of sexual abuse. *The Journal of Pediatrics*, 151(5), 482-487. doi:10.1016/j.jpeds.2007.04.033
- Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M., & Daspe, M. È. (2017). Gender as a predictor of posttraumatic stress symptoms and externalizing behavior problems in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 64, 79-88. doi:10.1016/j.chiabu.2016.12.008
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi:10.1023/B:Joba.0000007455.08539.94
- Hatkevich, C., Penner, F., & Sharp, C. (2019). Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry Research*, 271, 230-238. doi:10.1016/j.psychres.2018.11.038
- Hawton, K., & Heeringen, van K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381. doi:10.1016/S0140-6736(09)60372-X
- Hébert, M., Cénat, J. M., Blais, M., Lavoie, F., & Guerrier, M. (2016). Child sexual abuse, bullying, cyberbullying, and mental health problems among high schools

- students: A moderated mediated model. *Depression and Anxiety*, 33(7), 623-629.
doi:10.1002/da.22504
- Hébert, M., & Cyr, M. (2010). *Adaptation française du History of Victimization Form* [French version of the History of Victimization Form] (HVF; Wolfe, Gentile, & Boudreau, 1987). Unpublished document. Montréal, QC : Department of Sexology, Université du Québec à Montréal.
- Larsen, J. K., Vermulst, A. A., Geenen, R., Van Middendorp, H., English, T., Gross, J. J., . . . Engels, R. C. (2013). Emotion regulation in adolescence: A prospective study of expressive suppression and depressive symptoms. *The Journal of Early Adolescence*, 33(2), 184-200. doi:10.1177/0272431611432712
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111-122. doi:10.1016/j.cpr.2015.05.010
- Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H., & Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1201-1209. doi:10.1016/j.brat.2008.08.001
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58, 593-614. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085542
- Messman-Moore, T. L., Walsh, K. L., & DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 34(12), 967-976. doi:10.1016/j.chiabu.2010.06.004
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismoore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A

- systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146-172. doi:10.1007/s10567-013-0131-5
- Millner, A. J., Lee, M. D., & Nock, M. K. (2015). Single-item measurement of suicidal behaviors: Validity and consequences of misclassification. *PLoS One*, 10(10), e0141606. doi:10.1371/journal.pone.0141606
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2012). *Mplus User's Guide Statistical Analysis with Latent Variables (7th ed.)*. Los Angeles, CA : Muthén & Muthén.
- O'Connor, R. C., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C., & Williams, J. M. G. (2013). Psychological processes and repeat suicidal behavior: A four-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1137-1143. doi:10.1037/a0033751
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300-310. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55
- Noll, J. G., Haralson, K. J., Butler, E. M., & Shenk, C. E. (2011). Childhood maltreatment, psychological dysregulation, and risky sexual behaviors in female adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(7), 743-752. doi:10.1093/jpepsy/jsr003
- Patton, G. C., Coffey, C., Sawyer, S. M., Viner, R. M., Haller, D. M., Bose, K., . . . Mathers, C. D. (2009). Global patterns of mortality in young people: A systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 374(9693), 881-892. doi:10.1016/S0140-6736(09)60741-8
- Pisani, A. R., Wyman, P. A., Petrova, M., Schmeelk-Cone, K., Goldston, D. B., Xia, Y., & Gould, M. S. (2013). Emotion regulation difficulties, youth–adult

- relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(6), 807-820. doi:10.1007/s10964-012-9884-2
- Rajappa, K., Gallagher, M., & Miranda, R. (2012). Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 833-839. doi:10.1007/s10608-011-9419-2
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146-157. doi:10.1521/suli.32.2.146.24399
- Scott, L. N., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., Keenan, K., & Stepp, S. D. (2015). Non-suicidal self-injury and suicidal ideation as predictors of suicide attempts in adolescent girls: A multi-wave prospective study. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 1-10. doi:10.1016/j.comppsy.2014.12.011
- Shain, B., & Committee on Adolescence. (2016). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 138(1), e1-e11. doi:10.1542/peds.2016-1420
- Sigfusdottir, I. D., Asgeirsdottir, B. B., Gudjonsson, G. H., & Sigurdsson, J. F. (2008). A model of sexual abuses's effects on suicidal behavior and delinquency: The role of emotions as mediating factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(6), 699-712. doi:10.1007/s10964-007-9247-6
- Soylu, N., & Alpaslan, A. H. (2013). Suicidal behavior and associated factors in sexually abused adolescents. *Children and Youth Services Review*, 35(2), 253-257. doi:10.1016/j.childyouth.2012.11.002
- Spirito, A., Valeri, S., Boergers, J., & Donaldson, D. (2003). Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(2), 284-289. doi:10.1207/S15374424JCCP3202_14

- Statistics Canada. (2007). *National Longitudinal Survey of Children and Youth – Cycle 7 Survey Instruments*. Retrieved from Statistics Canada website: http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/pub/instrument/4450_Q2_V6-eng.pdf
- Turner, H. A., Finkelhor, D., Shattuck, A., & Hamby, S. (2012). Recent victimization exposure and suicidal ideation in adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *166*(12), 1149-1154. doi:10.1001/archpediatrics.2012.1549
- Waldrop, A. E., Hanson, R. F., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Naugle, A. E., & Saunders, B. E. (2007). Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: Implications for prevention. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(5), 869-879. doi:10.1002/jts.20291
- Waters, E., Stewart-Brown, S., & Fitzpatrick, R. (2003). Agreement between adolescent self-report and parent reports of health and well-being: Results of an epidemiological study. *Child: Care, Health and Development*, *29*(6), 501-509. doi:10.1046/j.1365-2214.2003.00370.x
- Wolfe, V. V., Gentile, C., & Bourdeau, P. (1987). *History of victimization form*. Unpublished assessment instrument, London Health Science Centre, London, Ontario, Canada.
- Zink, T., Klesges, L., Stevens, S., & Decker, P. (2009). The development of a sexual abuse severity score: Characteristics of childhood sexual abuse associated with trauma symptomatology, somatization, and alcohol abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, *24*(3), 537-546. doi:10.1177/0886260508317198

CHAPITRE VI

DISCUSSION

Le présent chapitre comporte quatre sections. Un rappel des objectifs principaux et des forces de l'étude est d'abord présenté. Par la suite, les principaux résultats de cette étude sont abordés en lien avec les résultats des études antérieures. Les limites méthodologiques de la recherche sont soulignées et des pistes de réflexion pour les recherches futures sur le phénomène de la suicidalité à l'adolescence sont proposées. Enfin, les implications pratiques des résultats obtenus dans le cadre de ce mémoire sont discutées afin de mieux orienter les interventions sexologiques.

6.1 Rappel des objectifs et des forces de l'étude

Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer les liens entre les symptômes psychologiques et émotionnels associés à l'ASE, c'est-à-dire les symptômes dépressifs, la dysrégulation émotionnelle et les idéations suicidaires, chez des adolescentes victimes d'ASE âgées de 14 à 19 ans. Ces symptômes étaient observés lors de trois temps de mesure séparés par six mois d'intervalle. Ce projet avait pour but l'estimation d'un modèle de médiation des idéations suicidaires en fonction des symptômes dépressifs, en y incluant la dysrégulation émotionnelle comme variable médiatrice. Ce mémoire contribue au corpus scientifique portant sur les répercussions de l'ASE chez

les victimes adolescentes, particulièrement quant aux mécanismes liés aux idéations suicidaires. Le fait que la présente étude s'appuie sur un devis longitudinal, auprès d'un échantillon clinique important d'adolescentes victimes d'ASE, constitue les principales forces de l'étude. En plus d'observer le lien qui unit les symptômes dépressifs aux idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE, l'inclusion d'une variable médiatrice de ce lien permet une meilleure compréhension des prédicteurs de la suicidalité chez cette population vulnérable. Les résultats obtenus dans ce mémoire pourront contribuer à l'adaptation des interventions sexologiques destinées aux adolescentes victimes d'ASE en identifiant les mécanismes impliqués dans le développement ou le maintien des idéations suicidaires afin de réduire le risque suicidaire.

6.2 Principaux résultats

D'une part, les résultats présentés dans cette étude suggèrent que les idéations suicidaires sont fréquentes chez les adolescentes victimes d'ASE. En effet, dans notre échantillon, environ une fille sur trois (30,9%) rapporte des idéations suicidaires un an après la première évaluation (Temps 3). Plus de la moitié (56%) d'entre elles rapportent avoir eu des idéations suicidaires également lors des deux évaluations précédentes (Temps 1 et Temps 2). Les données révèlent que les idéations suicidaires persistent dans le temps, puisque plus d'une fille sur dix (13,1%) au sein de l'échantillon total a rapporté des idéations suicidaires lors des trois évaluations sur une période d'un an, et ce, malgré le fait que la majorité des adolescentes aient reçu des services d'intervention suite au dévoilement de l'ASE. Le taux d'adolescentes rapportant des idéations suicidaires lors des évaluations est donc élevé et gagnerait à être particulièrement ciblé en contexte d'intervention à l'aide d'approches basées sur des données probantes et adaptées aux victimes d'ASE. La prévalence des idéations suicidaires rapportées au

Temps 3 dans notre étude diffère des prévalences trouvées dans des études précédentes menées auprès d'adolescentes victimes d'ASE (par exemple, environ 60%; Bergen, Martin, Richardson, Allison et Roeger, 2003). Il faut néanmoins considérer que certaines études mesurent la présence d'idéations suicidaires au cours de la vie, alors que le présent projet a mesuré les idéations suicidaires au cours des six derniers mois précédant la troisième évaluation. La prévalence des idéations suicidaires constatée dans le présent échantillon se rapproche de la prévalence décelée dans une étude longitudinale examinant une période temporelle similaire auprès d'un échantillon comparable (25%; Brabant *et al.*, 2014). Ces résultats permettent de confirmer l'ampleur du phénomène de la suicidalité chez les adolescentes victimes d'ASE.

D'autre part, les résultats obtenus appuient les hypothèses précédemment postulées : les symptômes dépressifs, la dysrégulation émotionnelle et les idéations suicidaires sont intercorrélés. Bien que le modèle médiationnel proposé dans ce mémoire n'ait jamais été estimé auparavant auprès d'un échantillon d'adolescentes victimes d'ASE, les présents résultats corroborent les résultats obtenus au sein d'études antérieures montrant les diverses associations entre les symptômes dépressifs, la dysrégulation émotionnelle et les idéations suicidaires (Alix *et al.*, 2017; Brabant *et al.*, 2013; Larsen *et al.*, 2013; Pisani *et al.*, 2013). Plus précisément, les résultats du présent mémoire suggèrent que la dysrégulation émotionnelle joue un rôle explicatif dans l'association entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE. Ainsi, des symptômes dépressifs plus sévères conduisent à une plus grande dysrégulation émotionnelle (accumulation de stratégies inadaptées de régulation des émotions) six mois plus tard, ce qui en retour est associé à la présence d'idéations suicidaires six mois plus tard, c'est-à-dire un an après la première évaluation. Le présent mémoire pallie à certaines lacunes retrouvées dans la documentation scientifique; les études antérieures présentaient des différences

méthodologiques significatives (par exemple, devis transversal ou longitudinal, échantillon normatif ou clinique) et n'avaient pas considéré la dysrégulation émotionnelle en tant que mécanisme explicatif du lien entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires. Ce mémoire met en lumière l'apport considérable de la dysrégulation émotionnelle dans l'association entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE à l'aide d'un devis longitudinal.

Concrètement, les résultats de cette étude renforcent l'importance de la régulation émotionnelle chez les adolescentes victimes d'ASE. Le modèle conceptuel ayant guidé ce mémoire suggère qu'une dysrégulation émotionnelle pourrait découler d'une grande détresse psychologique perçue (p. ex., humeur dépressive) possiblement liée à un évènement traumatique (p. ex., ASE). La dysrégulation émotionnelle constituerait donc une forme d'évitement du vécu émotionnel. Face à l'absence de stratégies adéquates de régulation des émotions, à l'incompréhension de son propre vécu émotionnel ou à l'évitement total de ses émotions (c.-à-d., suppression des émotions), les adolescentes pourraient envisager le suicide comme une option pour mettre un terme à la souffrance émotionnelle et psychologique. Conformément au modèle du trauma au soi de Briere (2002), la suicidalité servirait de stratégie radicale et ultime d'évitement des émotions négatives chez les victimes de trauma à l'enfance. Si l'on se réfère au modèle des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985), et plus précisément aux dynamiques de trahison et de stigmatisation, les émotions négatives associées à l'ASE et ses caractéristiques (p. ex., humeur dépressive) pourraient en fait correspondre au sentiment de trahison lié à la relation de proximité avec l'agresseur. Ces émotions pourraient également correspondre au sentiment de honte en rapport avec l'évènement traumatique vécu. Une étude récente démontre l'association entre les sentiments de honte, le blâme envers soi, les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires chez

des adolescentes victimes d'ASE (Alix *et al.*, 2017). Le suicide pourrait donc apparaître comme une solution finale à l'arrêt de la souffrance en raison de la perception de ne pouvoir faire appel à aucune autre stratégie plus adaptée.

Il semble pertinent de souligner que les symptômes dépressifs demeurent associés aux idéations suicidaires même un an après la première évaluation par l'entremise de la dysrégulation émotionnelle, malgré les services reçus par la plupart des adolescentes suite à leur dévoilement. En effet, le modèle conceptualisé dans le cadre de ce mémoire se maintient au sein de l'échantillon clinique d'adolescentes victimes d'ASE, et ce, même si plusieurs d'entre elles ont suivi un traitement psychologique entre les différentes évaluations. Bien que ce résultat puisse être expliqué, en partie, par les différences quant au type de traitement reçu par les adolescentes (c.-à-d. service d'intervention ou de référence), il semble que les études empiriques arborent des résultats similaires. Une étude nationale américaine remarque les échecs thérapeutiques rencontrés en traitement auprès des adolescents et adolescentes quant à la diminution de leur suicidalité (Nock *et al.*, 2013). En effet, les adolescents et adolescentes au sein de leur échantillon qui ont reçu un traitement quant à leurs idéations et comportements suicidaires avant leur première tentative de suicide ont ensuite tout de même passé à l'acte (Nock *et al.*, 2013). Une autre étude constate l'absence d'effet significatif du traitement médicamenteux sur les idéations et les comportements suicidaires chez les jeunes (Gibbons, Brown, Hur, Davis et Mann, 2012). Ces résultats et ceux obtenus dans le présent mémoire mettent en évidence les contraintes dans la réduction des idéations et comportements suicidaires chez les adolescents et adolescentes.

Étonnamment, les caractéristiques de l'ASE ne sont pas associées aux idéations suicidaires dans la présente étude. En effet, il semble que les variables liées à l'agression sexuelle (type de geste, fréquence des agressions, relation avec l'agresseur,

âge lors de premier épisode d'agression) n'influencent pas la présence d'idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE de cet échantillon. Cette absence de lien pourrait s'expliquer par le manque de variabilité entre les participantes quant aux caractéristiques de l'ASE; le niveau de sévérité élevé des agressions sexuelles vécues par la majorité des participantes à l'étude ne permettrait pas d'observer une association significative avec les idéations suicidaires. Cependant, la documentation scientifique témoigne de l'incohérence et des résultats contradictoires et hétérogènes entre les différentes études quant à l'association entre les caractéristiques de l'ASE et les idéations suicidaires (Miller *et al.*, 2013). L'absence de lien entre les caractéristiques de l'ASE et les idéations suicidaires signifie que les symptômes dépressifs et la dysrégulation émotionnelle prédisent la présence d'idéations suicidaires, indépendamment des caractéristiques de l'agression sexuelle vécue, chez les adolescentes victimes. Au plan de l'intervention, ces résultats suggèrent que la ou le professionnel de la santé ne devrait pas sous-estimer les répercussions potentielles d'une ASE considérée moins sévère dans la mise à place d'une intervention pour une adolescente victime.

De façon similaire, le cumul de différentes formes de traumatismes interpersonnels à l'enfance n'est pas associé à la présence d'idéations suicidaires dans la présente étude. L'absence d'association peut s'expliquer par une évaluation incomplète ou insuffisamment détaillée des autres événements traumatiques vécus. Néanmoins, bien que plusieurs chercheurs présument l'effet additionnel de multiples traumatismes comme variable responsable de conséquences plus importantes sur la santé de la victime, il apparaît que le phénomène du trauma cumulatif est plus complexe en réalité, puisque toutes les expériences de victimisation n'impacteraient pas l'individu de la même manière ou à la même intensité (Scott-Storey, 2011). Ainsi, il est possible de croire que l'ASE ait des répercussions spécifiques et singulièrement néfastes chez la victime même en

présence d'autres formes de traumatismes interpersonnels. Au final, cette étude appuie le corpus d'études empiriques montrant que la symptomatologie des victimes de trauma, spécifiquement l'ASE, est l'un des meilleurs prédicteurs du risque suicidaire (Brabant *et al.*, 2013), en plus d'être parmi les traumatismes à l'enfance les plus associés au risque suicidaire (Zatti *et al.*, 2017). Il semble que l'état psychologique et émotionnel de la victime d'ASE importe davantage que les caractéristiques propres à l'histoire de traumatismes dans l'évaluation du risque suicidaire.

6.3 Limites méthodologiques et pistes de recherches futures

Bien que cette étude présente des résultats probants sur les idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE, elle comporte certaines limites méthodologiques. D'abord, toutes les participantes n'ont pas reçu les mêmes services selon l'endroit où elles ont été recrutées. Les participantes peuvent avoir bénéficié des services sociojuridiques, médicaux et thérapeutiques variés suite au dévoilement de l'ASE selon l'organisme ou le centre hospitalier consulté lors de l'évaluation initiale. Pour minimiser l'influence de ces différences entre les participantes, le site de collecte a été considéré comme variable de contrôle afin d'éliminer son influence potentielle dans les résultats finaux. Les recherches futures pourraient aussi contraster un échantillon de la population normative d'adolescentes (groupe contrôle) à un échantillon clinique afin de vérifier s'il existe des différences significatives quant aux mécanismes de la suicidalité.

Ensuite, le recours à des instruments de mesure auto-rapportés pourrait amener un biais de désirabilité sociale, d'autant plus que les participantes complétaient généralement le questionnaire en présence d'une ou un assistant de recherche. Pour minimiser ce biais, les participantes étaient informées de la possibilité de répondre seules au questionnaire

ou à certaines questions plus personnelles. Néanmoins, les adolescentes semblent être dans une position unique pour rapporter leurs propres expériences subjectives de santé mentale (Waters, Stewart-Brown et Fitzpatrick, 2003). Il pourrait être un ajout pertinent que les études futures corroborent les symptômes psychologiques rapportés par les adolescentes victimes d'ASE à l'aide de plusieurs répondants (p. ex., parents, enseignants).

Puis, la mesure des idéations suicidaires ne repose que sur un seul énoncé dichotomique et peut donc être sujette à une classification inexacte. En effet, la mesure des idéations suicidaires au sein de l'étude ne reposait que sur la présence de pensées sur le suicide et ne considérait pas d'autres formes d'idéations suicidaires (p. ex., plan suicidaire). Les instruments de mesure à un seul énoncé tendent à négliger un large éventail de distinctions et de nuance en matière de suicidalité et peuvent ainsi augmenter la probabilité de conclusions erronées issues des analyses statistiques (Millner, Lee et Nock, 2015). Les études futures pourraient estimer les idéations suicidaires par le biais de mesures plus détaillées, en plus d'évaluer l'expérience suicidaire entière (p. ex., tentatives de suicide antérieures) des adolescentes victimes d'ASE dans le but de comparer les mécanismes impliqués à différents niveaux de suicidalité. Similairement, une mesure plus extensive de la dysrégulation émotionnelle permettrait une meilleure compréhension du fonctionnement de ce mécanisme et pallierait à la faible cohérence interne obtenue au sein de cette étude.

De plus, le taux d'attrition (31,9%) entre les temps de mesure était important en dépit de multiples stratégies utilisées pour maintenir le taux de participation (p. ex., informations de contact détaillées sur les participantes, partenariat étroit avec les sites de collecte). Toutefois, les données manquantes et l'attrition des participantes ont été considérées par un traitement des données manquantes lors des analyses statistiques.

Enfin, même si la présente étude montre que les symptômes dépressifs peuvent augmenter l'intensité de la dysrégulation émotionnelle, des études théoriques et empiriques soutiennent également des hypothèses alternatives, soit une direction inverse stipulant que la dysrégulation émotionnelle peut conduire à davantage de symptômes dépressifs (p.ex., Bekh Bradley et al., 2011), ou bien la présence d'un lien bidirectionnel entre ces deux mécanismes (p.ex., Selby, Kranzler, Panza et Fehling, 2016), deux hypothèses qui n'ont pas été examinées dans ce mémoire. Les recherches futures pourraient prendre en compte l'inter-influence potentielle entre les symptômes dépressifs et la dysrégulation émotionnelle dans l'exploration des corrélats des idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE.

Nonobstant, le devis longitudinal de la présente étude reste un atout non négligeable, car peu d'études longitudinales et prospectives ont été consacrées aux idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE. Ce type de devis à plusieurs temps de mesure permet de vérifier l'inter-influence et le maintien des répercussions de l'ASE au fil du temps. Un nombre non négligeable de participantes à l'étude ont maintenu des idéations suicidaires à travers le temps, et ce, malgré les services d'intervention reçus par certaines d'entre elles. Il est possible de croire que les prédicteurs de suicidalité examinés à l'étude (c.-à-d., symptômes dépressifs et dysrégulation émotionnelle) chez les adolescentes victimes d'ASE se cristallisent ou s'accroissent à travers le temps. Une étude prospective, réalisée auprès de 180 adolescents et adolescentes sur une période d'environ 14 ans, démontre d'ailleurs que les jeunes vulnérables à la suicidalité, généralement les victimes d'agression sexuelle, peuvent maintenir une trajectoire de suicidalité à risque élevé jusqu'à l'âge adulte (Goldston *et al.*, 2016). Il pourrait donc être pertinent dans une recherche future d'évaluer le maintien ou non des idéations suicidaires et de ses corrélats sur une plus longue période de temps que celui observé au sein du présent projet.

Enfin, le biais de sélection des participantes limite la généralisation des résultats, puisque toutes les participantes sont des adolescentes qui ont dévoilé une ASE, ce qui n'est pas représentatif de la situation de l'ensemble des adolescentes victimes d'ASE. En effet, une grande proportion de femmes adultes victimes d'ASE rapportent n'avoir jamais dévoilé l'agression vécue ou avoir dévoilé seulement plusieurs années plus tard (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff et Joly, 2009). Celles-ci tendent à présenter davantage de difficultés de santé mentale que les femmes victimes ayant dévoilé plus rapidement une ASE (Hébert *et al.*, 2009). Il est possible d'imaginer que des différences transparaissent entre les adolescentes qui dévoilent leur ASE et celles qui ne dévoilent pas. La nature spécifique de l'échantillon pourrait donc affecter la validité externe de l'étude.

Il apparaît nécessaire que les études futures s'attardent à différentes populations, notamment à la réalité des garçons adolescents victimes d'ASE, en incluant un nombre significatif de garçons dans les études. En effet, il serait pertinent d'instaurer des stratégies spécifiques au recrutement de garçons, comme un recrutement au sein d'organismes spécialisés en santé mentale et en problèmes de comportements (p. ex., comportements délinquants) chez les jeunes, puisque les corrélats de l'apparition d'idées suicidaires pourraient présenter des spécificités liées au genre non observées dans la présente étude (Gauthier-Duchesne, Hébert et Daspe, 2017).

6.4 Implications pour les interventions sexologiques

Les résultats de ce mémoire fournissent une meilleure compréhension du phénomène de la suicidalité chez les adolescentes victimes d'ASE. Plus précisément, ces résultats introduisent de nouvelles connaissances sur un potentiel mécanisme par lequel les adolescentes victimes d'ASE vulnérables à l'expérience d'humeurs dépressives

peuvent développer des idéations suicidaires. Une compréhension plus exhaustive de ce mécanisme chez les adolescentes victimes d'ASE représente une priorité majeure dans la prévention et l'intervention du risque suicidaire. Ainsi, cette étude offre une base empirique guidant les futurs programmes d'intervention sexologique destinés aux adolescentes victimes d'ASE. En effet, les résultats de cette étude confirment la nécessité d'évaluer et de prendre en compte l'historique de symptômes dépressifs et de difficultés de régulation des émotions qui en découlent même jusqu'à un an auparavant afin de mieux prévenir la présence d'idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE. Par exemple, une adaptation de la Thérapie comportementale dialectique (TCD) pour les adolescents et adolescentes suicidaires démontre une réduction significative de la dysrégulation émotionnelle et des idéations suicidaires après seulement douze semaines de traitement auprès d'un échantillon clinique d'adolescents-es de 12-19 ans consultant un programme spécialisé pour la dépression et la suicidalité (Rathus et Miller, 2002). Cette thérapie adaptée comprend quatre modules, soit la présence attentive, l'efficacité personnelle, la régulation des émotions et la tolérance à la détresse, dans le but de réduire les comportements pouvant nuire à la vie, la thérapie et à la qualité de vie et d'améliorer les compétences comme la résolution de problèmes (Rathus et Miller, 2002). Ainsi, le développement d'interventions adaptées pour les jeunes et orientées vers la réduction de la dysrégulation émotionnelle semble prometteur dans la diminution des idéations suicidaires.

Les résultats de ce mémoire soulignent l'importance de considérer la dysrégulation émotionnelle comme prédicteur plus proximal que les symptômes dépressifs dans l'apparition d'idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE. Les présents résultats appuient également le besoin de mettre l'accent sur le développement et l'adoption de stratégies de régulation des émotions plus adéquates et la diminution de

l'utilisation de stratégies de régulation des émotions inadéquates ou inadaptées dans l'intervention pratique sexologique auprès des adolescentes, par exemple à l'aide de la reconstruction cognitive ou d'interventions basées sur la présence attentive (Linehan, 2014). Au-delà de comprendre et réguler ses émotions au quotidien, Rajappa et ses collègues (2012) indiquent que la régulation des émotions négatives spécifiques à l'humeur dépressive, telles que le désespoir, devrait être une cible principale lors des interventions réalisées auprès des jeunes. Chez les jeunes, la croyance qu'il n'y a rien à faire pour se sentir mieux lors d'un moment de détresse, donc la perception d'un manque de stratégies efficaces de régulation des émotions, constituerait une dimension importante de la dysrégulation émotionnelle liée aux idéations suicidaires. De ce fait, les auteures concluent que les praticiens et praticiennes gagneraient à offrir aux jeunes des options de stratégies plus efficaces pour diminuer la détresse émotionnelle (Rajappa, Gallagher et Miranda, 2012), comme tenir un journal ou pratiquer la présence attentive (Linehan, 2014, p. 321-326). D'autres chercheurs ont également recommandé d'élargir l'éventail de stratégies de régulation des émotions chez les jeunes en tant que cible d'intervention (Hatkevich, Penner et Sharp, 2019). Pour ce faire, l'intervention doit viser un apprentissage approfondi des émotions, de leurs fonctions et de leur mode de fonctionnement (*Ibid.*, p. 325-331), de la tolérance à la détresse émotionnelle (*Ibid.*, p. 416), des solutions alternatives (*Ibid.*, p. 372-375) et des distorsions cognitives telles que « cette personne pourrait se mettre en colère contre moi si je lui demande [ce dont j'ai besoin] » pouvant nuire à la recherche de stratégies plus efficaces de régulation émotionnelle (*Ibid.*, p. 241). Par conséquent, la prévention de la suicidalité chez les adolescentes victimes d'ASE ne devrait pas seulement se concentrer sur le vécu d'émotions négatives, mais également sur la manière dont ces émotions négatives sont gérées. Ainsi, lorsque les adolescentes sont bouleversées, fâchées ou déprimées, la perception de perdre le contrôle sur leurs comportements, l'impression qu'il n'y a rien à faire pour se sentir mieux ou bien l'incompréhension des émotions ressenties peuvent

les mettre plus vulnérables à penser au suicide comme moyen pour faire face aux émotions négatives.

Une autre approche intéressante est l'approche cognitive comportementale axée sur le trauma (*Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy* - TF-CBT; Cohen, Mannarino, et Deblinger, 2017), qui est une thérapie par composantes soutenue par la documentation scientifique quant à son efficacité auprès des enfants (et adolescents) victimes d'ASE. Une des composantes de cette approche est la régulation des émotions, généralement abordée en tout début de traitement (Hébert, 2014, p. 372). Grâce à des exercices, la ou le clinicien aide l'enfant à acquérir le vocabulaire relatif aux émotions et les habiletés nécessaires pour reconnaître ses propres émotions et celles des autres. Lorsqu'un lien de confiance s'établit entre la ou le clinicien et l'enfant, il est recommandé d'aborder les émotions directement en lien avec l'ASE. Si l'enfant présente des difficultés importantes dans l'appropriation de ses émotions, il est conseillé d'aborder ce qu'il ressent actuellement en séance et des stratégies d'évitement des émotions employés (*Ibid.*, p. 373).

Par ailleurs, la présence d'idéations suicidaires est un prédicteur de l'adoption de comportements suicidaires reconnu empiriquement (O'Connor, Smyth, Ferguson, Ryan et Williams, 2013). Par conséquent, les praticiens et praticiennes en sexologie bénéficieraient d'une formation systématique sur la suicidalité, le risque suicidaire et son évaluation chez les jeunes afin de mieux intervenir et viser adéquatement la prévention et la réduction des idéations suicidaires, des comportements suicidaires et des décès par suicide chez les adolescents et adolescentes. Hawton et van Heeringen (2009) recommandent que toutes les personnes présentant des symptômes dépressifs soient systématiquement interrogées quant aux idéations suicidaires afin d'évaluer le risque suicidaire. Cette étape peut être facilitée par l'utilisation d'outils adaptés comme

le *Tool for Assessment of Suicide Risk – Adolescent Version* (TASR-A; Kutcher et Chehil, 2007). Ces auteurs émettent que la présence d'idéations suicidaires devrait entamer une évaluation plus approfondie de la suicidalité et de ses facteurs associés (p. ex., facteurs de risque du suicide, imminence de l'adoption de comportements suicidaires, présence de désespoir, plan suicidaire crédible). La présente étude ajoute le rôle crucial de la dysrégulation émotionnelle dans l'évaluation du risque suicidaire, indiquant qu'il serait judicieux de l'évaluer à cet égard par les praticiens et praticiennes. Les idéations suicidaires et ses prédicteurs devraient être soigneusement évalués et pris au sérieux par les professionnels et professionnelles de la santé, puisque les idéations suicidaires évoquent une détresse psychologique importante en réponse à des mécanismes complexes et robustes dans le temps qui ne peuvent être traités de manière indépendante. Une attention particulièrement devrait donc être portée à la dysrégulation émotionnelle chez les adolescentes victimes d'ASE. De plus, la présence des composantes des dynamiques traumagéniques (p. ex., honte et sentiment de trahison) devrait être explorée chez les adolescentes victimes d'ASE et par la suite adressée dans le cadre des interventions ciblant la suicidalité. Les interventions bénéficieraient aussi d'un volet axé sur l'augmentation de facteurs de protection des idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE tels que l'entretien de liens étroits avec son réseau social (famille, enseignants, adultes significatifs; Eisenberg *et al.*, 2007). Ce mémoire souligne donc l'importance d'adapter les interventions à la réalité unique et distinctive des adolescentes victimes d'ASE. Ce mémoire appuie l'argument que les interventions auraient avantage à mieux cibler les variables identifiées dans le cadre de la présente étude, notamment la dysrégulation émotionnelle, afin de réduire les idéations et le risque suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE. Les résultats obtenus dans le cadre de ce mémoire confirment la prévalence élevée de problèmes de santé mentale, notamment la dépression et la suicidalité, chez les adolescentes victimes

d'ASE. Il reste donc beaucoup de travail à faire en matière de prévention et d'intervention pour contribuer au bien-être des adolescentes victimes d'ASE.

CONCLUSION

Malgré certaines limites méthodologiques, ce mémoire identifie des prédicteurs potentiels des idéations suicidaires, déterminant ainsi une trajectoire possible de suicidalité chez les adolescentes victimes d'ASE. Il s'agit d'une première analyse de la dysrégulation émotionnelle en tant que médiateur du lien entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires dans un échantillon clinique d'adolescentes victimes d'ASE. Les résultats obtenus contribuent aux connaissances existantes sur le phénomène suicidaire chez les filles et femmes victimes d'ASE et améliorent la compréhension conceptuelle, théorique et pratique du lien entre les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires. Une conclusion importante de ce projet de recherche est l'envergure de la symptomatologie psychologique et émotionnelle des adolescentes victimes d'ASE comme indicateur fondamental du risque suicidaire. Ce projet révèle la nécessité d'examiner et de réduire les difficultés de régulation des émotions négatives, plutôt qu'uniquement les symptômes dépressifs, tout au long du processus d'intervention chez les adolescentes victimes d'ASE dans l'objectif de réduire les idéations suicidaires. Les résultats de ce mémoire ont permis de proposer des lignes directrices et cibles potentielles dans les pratiques d'intervention. À ce propos, les pratiques d'intervention basées sur des données empiriques permettent une meilleure compréhension des ramifications de la suicidalité chez les adolescentes victimes d'ASE et donc une plus grande propension à réduire les répercussions de l'ASE chez la victime et ainsi réduire le risque suicidaire. Idéalement, le but ultime d'un projet tel que ce mémoire est la réduction et même l'élimination du suicide chez les jeunes vulnérables telles que les victimes d'ASE.

ANNEXE A

QUESTIONNAIRES

HISTOIRE DE VICTIMISATION – ADOLESCENT/E

Veuillez compléter ce formulaire pour chacune
des situations d'agression sexuelle rapportées concernant l'adolescent/e.

Nombre total de situations d'AS vécues ou rapportées: _____

- Première situation d'AS (la plus récente)
 Deuxième situation d'AS
 Troisième situation d'AS

Date de naissance: ____/____/____ (jj/mm/aaaa)

dossier: _____

Date de l'évaluation: ____/____/____ (jj/mm/aaaa)

Code recherche: _____

1. Description de la situation d'agression sexuelle

a. Gestes vécus par l'adolescent/e: _____

Coter la sévérité de l'agression sexuelle: ① Moins sévère ② Sévère ③ Très sévère ④ ?

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

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

b. Est-ce que l'agression sexuelle a été faite dans le cadre d'une exploitation sexuelle (distribution de matériel pornographique, prostitution)? ① Non ② Oui ③ ?

c. Durée de l'agression: ① Épisode unique ② Quelques événements ③ Répétitif ou chronique ④ ?

↳ Durée, si plus d'un épisode: _____ mois

d. Âge de l'adolescent/e lors du premier épisode d'agression sexuelle: _____ ans

e. L'agresseur a procédé à l'agression:

- ① Sans menace ou violence
- ② En utilisant des menaces verbales ou en faisant peur à l'adolescent/e
- ③ En utilisant de la force ou violence physique
- ④ En offrant des cadeaux ou des récompenses à l'adolescent/e
- ⑤ Lorsque l'adolescent/e avait consommé alcool ou drogue

f. Autres victimes dans l'entourage de l'adolescent/e:

- | | |
|------------------------------------|------------------------------|
| 1. Fratrie: ① Non ② Oui | 4. Connaissance: ① Non ② Oui |
| 2. Enfant du conjoint: ① Non ② Oui | 5. Autre: ① Non ② Oui |
| 3. Famille élargie: ① Non ② Oui | (si autre, précisez) _____ |

g. Présence d'amnésie (perte de mémoire):

- ① Aucune ② Partielle ③ Totale

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

S'il y a plusieurs agresseurs (précisez): _____

a. Sexe: 1 Femme 2 Homme

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

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

c. Lien avec l'adolescent/e (précisez): _____

À catégoriser par l'équipe de recherche:

- 10 Un membre de la famille immédiate
- 11 Parent biologique (père, mère) 13 Conjoint d'un des parents (beau-père, belle-mère)
- 12 Fratrie (frère, sœur) 14 Enfant du conjoint ou de la conjointe
- 20 Un membre de la famille élargie
- 21 Oncle, tante 22 Cousin, cousine 23 Grand-parent
- 30 Une personne de l'entourage
- 31 Gardien/ne 34 Parent d'accueil 37 Ami/e de la famille
- 32 Conjoint du gardien/ne 35 Enfant de la famille d'accueil 38 Ami/e de l'adolescent/e
- 33 Enfant du/de la gardien/ne 36 Professeur/e ou entraîneur/e 39 Voisin/e
- 40 Une personne inconnue
- 50 Autre
- 60 Partenaire
- 61 Chum / blonde 62 Fréquentation 63 Partenaire sexuel occasionnel

d. Réside avec l'adolescent/e au moment des agressions: 0 Non 1 Oui 9 ?

**Veuillez compléter cette section une seule fois sur le document HVF
de la première situation d'AS (la plus récente)**

5. Autres épisodes de victimisation

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

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

* Pour l'entrée des données dans la banque:
 1 Concomitante et antérieure à l'AS; 2 Concomitante et ulérieure à l'AS; 3 Antérieure et ulérieure à l'AS; 4 Concomitante, antérieure et ulérieure à l'AS

42. Voici une liste de caractéristiques qui peuvent s'appliquer à toi. Coche une réponse pour indiquer à quel point l'énoncé est vrai ou pas.

	Faux	Plutôt faux	Parfois faux/ Parfois vrai	Plutôt vrai	Vrai
Lorsque je suis fâché/e, ...					
F... je reconnais mes émotions.	1	2	3	4	5
G. ... je crois que je vais finir par me sentir déprimé/e.	1	2	3	4	5
H. ... je crois que mes sentiments sont valides et importants.	1	2	3	4	5
I. ... je me sens coupable de me sentir de cette façon.	1	2	3	4	5
J. ... j'ai de la difficulté à me concentrer.	1	2	3	4	5
K. ... je crois qu'il n'y a rien que je puisse faire pour me sentir mieux.	1	2	3	4	5
L... je perds le contrôle sur mon comportement.	1	2	3	4	5

18. Depuis les 6 derniers mois, as-tu sérieusement pensé à essayer de te suicider? ① Oui ② Non

ANNEXE B

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants



UQAM
Université de Québec à Montréal

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

ÉVOLUTION DES JEUNES AYANT DÉVOILÉ UNE AGRESSION SEXUELLE

CHERCHEURS/ES : MARTINE HÉBERT, Ph.D., DÉPARTEMENT DE SEXOLOGIE, UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Dr. JEAN-YVES FRAPPIER, M.D., CHU SAINTE-JUSTINE
MIREILLE CYR, Ph.D., DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

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

Nous sollicitons ta participation à une étude menée par des chercheurs/es de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine en collaboration avec quatre milieux d'intervention : la Clinique de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine de Montréal, le Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (CIASF) de Gatineau, l'Organisme Parents-Unis (PU) de Lanaudière et le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CJMCQ).

Cette étude porte sur les facteurs et les interventions qui aident les jeunes âgés de 14 à 18 ans à surmonter des événements difficiles, comme une agression sexuelle, et sur leur évolution pendant deux ans. Les objectifs de ce projet sont d'identifier l'évolution des adolescents/es ayant dévoilé une agression sexuelle et les éléments qui influencent cette évolution. Nous nous intéressons également aux parcours amoureux des jeunes, à leurs perceptions concernant les relations amoureuses et aux défis de ces relations. Tu n'as pas besoin d'être actuellement en couple ni d'avoir déjà eu des relations amoureuses : nous voulons connaître les perceptions et les opinions de tous les jeunes. Les informations recueillies nous aideront à identifier les besoins des jeunes comme toi et à mettre en place des services mieux adaptés.

EN QUOI CONSISTE TA PARTICIPATION AU PROJET?

Ce projet comprend deux volets:

1) Collecte de données effectuée directement auprès des participantes et participants

Ta collaboration consistera en 4 rencontres individuelles d'une durée de 75 minutes avec une assistante ou un assistant de recherche. Tu répondras à des questionnaires portant sur ta situation personnelle, psychologique, familiale, relationnelle et amoureuse. La première rencontre aura lieu lors de ta visite dans le milieu d'intervention (CHU Sainte-Justine, CIASF, PU ou CJMCQ). Les autres rencontres auront lieu à des intervalles de 6 mois suivant la première rencontre. Il sera alors possible pour toi d'effectuer les autres rencontres à l'endroit de ton choix : au milieu d'intervention (CHU Sainte-Justine, CIASF, PU ou CJMCQ), à ton domicile, dans un local de l'UQAM, ou encore par le biais du web, selon ta préférence.

2) Collecte d'informations par le biais du dossier clinique ou médical des participantes et participants

Ici, ta participation consiste à autoriser que l'équipe de chercheurs/es recueille des informations contenues dans ton dossier clinique ou médical du milieu d'intervention (CHU Ste-Justine, CIASF, PU ou CJMCQ), comprenant entre autres la description des services que tu as reçus et de l'information sur ton évolution psychosociale. Cette autorisation ne te demandera aucune participation supplémentaire.

AVANTAGES DE L'ÉTUDE

En complétant les questionnaires, tu auras la possibilité de faire le point sur différents aspects de ta vie ainsi que sur ton adaptation aux événements difficiles que tu peux avoir vécus. Le fait de recueillir ces informations sur l'ensemble des adolescents/es nous permettra de mieux définir les caractéristiques des jeunes ayant vécu une agression sexuelle, de mieux saisir les besoins d'intervention et d'adapter les services.

INCONVÉNIENTS ET RISQUES

Un possible inconvénient est le temps que tu nous accorderas pour compléter les questionnaires. Un autre désavantage possible serait de te rappeler des épisodes désagréables de ta vie familiale, sociale ou amoureuse. Toutefois, l'assistante ou l'assistant de recherche te renseignera après l'entrevue sur les personnes-ressources disponibles si tu ressens le besoin de parler d'une expérience difficile. Par ailleurs, si tu le désires, tu pourras discuter avec l'intervenant/e que tu rencontres dans le milieu d'intervention (CHU Sainte-Justine, CIASF, PU ou CIMCQ). De plus, à aucun moment il ne te sera demandé de décrire ce que tu as vécu. Il est également possible de faire une pause, selon tes besoins, ou de mettre un terme à l'entrevue, si tu le désires. Les assistants/es de recherche sont des étudiantes et étudiants de niveau universitaire inscrits dans un programme d'étude en lien avec le projet de recherche. Ils et elles ont déjà mené des entrevues auprès d'adolescents/es.

CONFIDENTIALITÉ ET UTILISATION DES DONNÉES RECUEILLIES

Les données recueillies par cette étude sont *entièrement confidentielles*, à moins d'une autorisation de ta part ou d'une exception de la loi (par exemple, en vertu de l'article 39 de la loi sur la Protection de la Jeunesse¹). La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code numérique pour identifier les questionnaires et les informations recueillies dans ton dossier clinique ou médical. Seuls l'équipe de chercheurs/es et leurs assistants/es auront accès aux formulaires de consentement. Ces personnes sont toutefois tenues à la confidentialité des informations consultées. En plus des chercheurs/es impliqués/es dans ce projet, des étudiants de maîtrise et de doctorat, supervisés par ces chercheurs, pourraient avoir accès au fichier de traitement statistique de données dénominalisées (c'est-à-dire que ton nom n'y apparaîtra jamais). Les résultats des recherches effectuées avec ces données ne permettront pas non plus d'identifier les personnes participantes. Les résultats seront diffusés dans des articles de revues scientifiques, des présentations lors de congrès et colloques, et des travaux d'étudiants/es. Les questionnaires et les informations recueillies dans le dossier clinique ou médical seront conservés sous clé dans les locaux de la chercheuse principale (Martine Hébert - UQAM). Les seules personnes qui y auront accès sont les chercheurs/es associés au projet et les assistants/es de recherche. Ces documents seront détruits 5 ans après la dernière rencontre. Le comité d'éthique du CHU Sainte-Justine ainsi que l'organisme subventionnaire (IRSC) pourront avoir accès aux données.

RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURS

En acceptant de participer à cette recherche, tu ne renonces à aucun de tes droits prévus par la loi. De plus, tu ne libères pas les chercheurs/es de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui te causerait préjudice.

COMPENSATION

Si tu acceptes de compléter le questionnaire, une somme de 30\$ sous forme de certificat cadeau te sera remise lors de chaque rencontre. C'est une compensation pour ton temps ou les coûts relatifs à ton déplacement.

EST-IL OBLIGATOIRE DE PARTICIPER?

Tu es entièrement libre de participer ou non, en partie ou en totalité. Tu es libre de te retirer du projet à tout moment; toutes les données recueillies sur toi seraient alors détruites. Sache que la décision de participer ou non à cette étude n'affectera en rien les services qui te sont offerts dans les différents milieux d'intervention impliqués dans le projet de recherche.



¹ Article 39. Tout professionnel qui prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que le bien-être ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis est tenu de signaler sans délai la situation au directeur.

PERSONNES DISPONIBLES POUR RÉPONDRE À TES QUESTIONS:

SI tu as des questions concernant ce projet de recherche, n'hésite pas à communiquer avec nous aux coordonnées indiquées ci-dessous :

Martine Hébert, Ph.D. Professeure titulaire au département de sexologie, UQAM	(514) 987-3000 (poste 5697)
Dr. Jean-Yves Frappier, M.D. CHU Sainte-Justine	(514) 345-4722
Mireille Cyr, Ph.D. Professeure titulaire au département de psychologie, Université de Montréal	(514) 343-2285

Nous te remercions pour ta collaboration.

MARTINE HÉBERT, Ph.D., DÉPARTEMENT DE SEXOLOGIE, UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

Dr. JEAN-YVES FRAPPIER, M.D., CHU SAINTE-JUSTINE

MIREILLE CYR, Ph.D., DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Si tu as des questions au sujet de tes droits ou une plainte à formuler, contacte le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU Sainte-Justine au (514) 345-4749.



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

ÉVOLUTION DES JEUNES AYANT DÉVOILÉ UNE AGRESSION SEXUELLE

En signant le présent formulaire, je certifie que:

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

J'accepte librement de participer au projet de recherche qui implique la passation de questionnaires à 4 reprises. Oui Non

J'accepte que les données recueillies dans mon dossier clinique ou médical soient transmises à l'équipe de chercheurs/es pour qu'elles soient utilisées à des fins de recherche. Oui Non

J'accepte qu'un/e assistant/e de recherche communique avec moi dans 4 mois pour prévoir une 2^{ème} rencontre. Oui Non

J'accepte que des informations sommaires soient présentées sous forme de tableau résumé à mon intervenant/e du milieu d'intervention visité. Oui Non

Nom du participant (Lettres moulées) Consentement du participant (Signature) Date (j)/mm/aaaa

SI TU AS ACCEPTÉ DE PARTICIPER À CE PROJET DE RECHERCHE, COMPLÈTE LA SECTION SUIVANTE:

() Téléphone de domicile	() Coté, CI Adresse :	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Coordonnées de deux personnes qui pourraient nous aider à te rejoindre :					
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

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

Nom de la personne qui a obtenu le consentement (Lettres moulées) Signature Date

HSI CIASF Parents-Unis CIMCQ



Copie des participants/es Copie de l'équipe de recherche



CHU Sainte-Justine

La centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants



Université de
Montréal



UQAM
Université de Québec à Montréal

LETTRE D'INFORMATION ET D'ACCORD

**AFIN QUE NOUS PUISSIONS PRENDRE CONTACT AVEC TOI
DANS 6 MOIS POUR UNE 3^{ème} RENCONTRE**

**ÉVOLUTION DES JEUNES AYANT DÉVOILÉ
UNE AGRESSION SEXUELLE**

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

Tu as collaboré à un projet de recherche auprès des adolescents/es ayant vécu une agression sexuelle qui ont reçu des services dans un des milieux d'intervention avec lesquels nous sommes en étroite collaboration (Clinique de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine de Montréal, Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille de Gatineau, Organisme Parents-Unis de Repentigny et Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec). Cette étude implique une 3^{ème} entrevue qui se tiendra dans 6 mois. Si tu es d'accord, nous te demandons de l'indiquer et d'inscrire le nom et le numéro de téléphone de deux personnes qui pourraient nous aider à te rejoindre. Cette recherche est sous la direction de Martine Hébert (docteure en psychologie), professeure à l'UQAM. Toute question ou commentaire peut lui être adressé au numéro (514) 987-3000, poste 5697.

J'accepte qu'un/e assistant/e de recherche communique avec moi dans 6 mois pour prévoir une 3^{ème} rencontre.

Oui Non

Nom du participant/e (Lettres moulées) Consentement du participant/e (Signature) Date (j/mn/aaaa)

SI TU AS ACCEPTÉ DE PARTICIPER À LA RELANCE, COMPLÈTE LA SECTION SUIVANTE:		
() Téléphone de domicile	() Cell. D. Autre 1	Courriel
Adresse	Rue	Appartement
Provincia	Province	Code postal
Coordonnées de deux personnes qui pourraient nous aider à te rejoindre :		
Nom et prénom de contact (Lettres moulées)	Lien de contact avec le participant	# de téléphone
Nom et prénom de contact (Lettres moulées)	Lien de contact avec le participant	# de téléphone

ANNEXE C

APPROBATION ÉTHIQUE

Le 07 juillet 2011

Docteur Jean-Yves Frappier
Médecine adolescents
Étage 7 Bloc 2



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université 
de Montréal

Comité d'éthique
de la recherche

Président:
Jean-Marie Therrien, Ph.D.
514-345-4931 poste 5918

Vice-présidents:
Geneviève Cardinal, avocate
514-345-4931 poste 4542

Soutien administratif:
Cécile Rambeau-Thoulé
514-345-4931 poste 4040

TÉLÉC. : 514-345-4698

ethique@recherche-ste-justine.org.ca

OBJET: Titre du projet: Équipe des IRSC sur les traumas interpersonnels - Volet 2: Étude auprès des adolescentes et adolescents issus de populations vulnérables (victimes d'agression sexuelle)

No. de dossier: 3322

Responsables du projet: Jean-Yves Frappier M.D., chercheur responsable au CHU Sainte-Justine. Chercheur principal: Martine Hébert, UQAM. Collaboratrice: Mireille Cyr

Cher Docteur,

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

Tous les projets de recherche impliquant des sujets humains doivent être réexaminés annuellement et la durée de l'approbation de votre projet sera effective jusqu'au 7 juillet 2012. Notez qu'il est de votre responsabilité de soumettre une demande au comité pour que votre projet soit renouvelé avant la date d'expiration mentionnée. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité dans les plus brefs délais de toute modification au projet ainsi que de tout effet secondaire survenu dans le cadre de la présente étude.

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

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

JMT/nd
RFR

Liste des documents approuvés par le CÉR



CHU Sainte-Justine

*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

Université 
de Montréal

**Comité d'éthique
de la recherche**

Président :
Jean-Marie Therrien, Ph.D.
514-345-1931 poste 5918

Vice-présidente :
Geneviève Cardinal, avocate
514-345-1931 poste 4342

Soutien administratif :
Cécile Rambeau-Thoult
514-345-1931 poste 4040

Télé. : 514-345-4698

ethique@recherche-ste-justine.qc.ca

Titre du projet:

Équipe des IRSC sur les traumatismes interpersonnels - Volet 2: Étude auprès des adolescentes et adolescents issus de populations vulnérables (victimes d'agression sexuelle)

No. de dossier: 3322

Date d'approbation : jeudi 07 juillet 2011

Responsables du projet: FRAPPIER JEAN-YVES M.D., chercheur responsable au CHU Sainte-Justine. Chercheur principal: Martine Hébert, UQAM.

Collaboratrice: Mireille Cyr

Liste:

- Protocole de recherche non daté, soumis le 28 avril 2011
- Formulaire d'information et de consentement - 08.06.2011
- Lettres d'information et d'accord (2) - 08.06.2011
- Enquête PAJ - Juin 2011
- Questionnaire

RÉFÉRENCES

Achenbach, T.M. et Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT: Research Center for Children, Youth, & Families.

Alix, S., Cossette, L., Hébert, M., Cyr, M. et Frappier, J. Y. (2017). Posttraumatic stress disorder and suicidal ideation among sexually abused adolescent girls: The mediating role of shame. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(2), 158-174. doi:10.1080/10538712.2017.1280577

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J. P., Burstein, M. et Merikangas, K. R. (2015). Major depression in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement: Prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 37-44. doi:10.1016/j.jaac.2014.10.010

Bakken, N. W. et Gunter, W. D. (2012). Self-cutting and suicidal ideation among adolescents: Gender differences in the causes and correlates of self-injury. *Deviant Behavior*, 33(5), 339-356. doi:10.1080/01639625.2011.584054

Baldwin, J. R., Reuben, A., Newbury, J. B., & Danese, A. (2019). Agreement between prospective and retrospective measures of childhood maltreatment: A

systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*.

doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0097

Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. et Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis.

International Journal of Public Health, 58(3), 469-483. doi:10.1007/s00038-012-0426-1

Beblo, T., Fernando, S., Klocke, S., Griepenstroh, J., Aschenbrenner, S. et Driessen, M. (2012). Increased suppression of negative and positive emotions in major depression.

Journal of Affective Disorders, 141(2), 474-479.

doi:10.1016/j.jad.2012.03.019

Bekh Bradley, D., DeFife, J. A., Guamaccia, C., Phifer, M. J., Fani, M. N., Ressler, K. J. et Westen, D. (2011). Emotion dysregulation and negative affect:

Association with psychiatric symptoms. *The Journal of Clinical Psychiatry*,

72(5), 685-691. doi:10.4088/JCP.10m06409blu

Bergen, H. A., Martin, G., Richardson, A. S., Allison, S. et Roeger, L. (2003). Sexual abuse and suicidal behavior: A model constructed from a large community

sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1301-1309.

doi:10.1097/01.chi.0000084831.67701.d6

Berking, M. et Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in*

Psychiatry, 25(2), 128-134. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503669

- Brabant, M. E., Hébert, M. et Chagnon, F. (2013). Identification of sexually abused female adolescents at risk for suicidal ideations: A classification and regression tree analysis. *Journal of Child Sexual Abuse, 22*(2), 153-172.
doi:10.1080/10538712.2013.741666
- Brabant, M. E., Hébert, M. et Chagnon, F. (2014). Predicting suicidal ideations in sexually abused female adolescents: A 12-month prospective study. *Journal of Child Sexual Abuse, 23*(4), 387-397. doi:10.1080/10538712.2014.896842
- Brezo, J., Paris, J., Vitaro, F., Hébert, M., Tremblay, R. E., & Turecki, G. (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry, 193*(2), 134-139.
doi:10.1192/bjp.bp.107.037994
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. Dans J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, T. Reid et C. Jenny (dirs), *The APSAC handbook on child maltreatment, 2nd Edition*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Briere, J., Hodges, M. et Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress, 23*(6), 767-774. doi:10.1002/jts.20578
- Burns, E. E., Jackson, J. L. et Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 19*(8), 801-819.
doi:10.1080/10926771.2010.522947

- Buzi, R. S., Weinman, M. L., & Smith, P. B. (2007). The relationship between adolescent depression and a history of sexual abuse. *Adolescence*, *42*(168), 679-688.
- Carl, J. R., Fairholme, C. P., Gallagher, M. W., Thompson-Hollands, J. et Barlow, D. H. (2014). The effects of anxiety and depressive symptoms on daily positive emotion regulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *36*(2), 224-236. doi:10.1007/s10862-013-9387-9
- Cheung, A. H., Zuckerbrot, R. A., Jensen, P. S., Ghalib, K., Laraque, D. et Stein, R. E. (2007). Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management. *Pediatrics*, *120*(5), e1313-e1326. doi:10.1542/peds.2006-1395
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Gunnar, M. R. et Toth, S. L. (2010). The differential impacts of early physical and sexual abuse and internalizing problems on daytime cortisol rhythm in school-aged children. *Child Development*, *81*(1), 252-269. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01393.x
- Clark, L. A. et Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, *7*(3), 309-319. doi:10.1037/1040-3590.7.3.309
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Deblinger, E. (2000). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for children and adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, *15*(11), 1202-1223. doi:10.1177/088626000015011007

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., . . . van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. doi:10.3928/00485713-20050501-05
- Cotter, A. et Beaupré, P. (2015). Les infractions sexuelles commises contre les enfants et les jeunes déclarées par la police au Canada, 2012. *Juristat*, 3, 85-002.
- Danielson, C. K., de Arellano, M. A., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E. et Resnick, H. S. (2005). Child maltreatment in depressed adolescents: Differences in symptomatology based on history of abuse. *Child Maltreatment*, 10(1), 37-48. doi:10.1177/1077559504271630
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J. et Watts, C. H. (2014). Childhood sexual abuse and suicidal behavior: A meta-analysis. *Pediatrics*, 133(5), e1331-e1344. doi:10.1542/peds.2013-2166
- Dunn, E. C., McLaughlin, K. A., Slopen, N., Rosand, J. et Smoller, J. W. (2013). Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: Results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Depression and Anxiety*, 30(10), 955-964. doi:10.1002/da.22102
- Eisenberg, M. E., Ackard, D. M. et Resnick, M. D. (2007). Protective factors and suicide risk in adolescents with a history of sexual abuse. *The Journal of Pediatrics*, 151(5), 482-487. doi:10.1016/j.jpeds.2007.04.033

- Galaif, E. R., Sussman, S., Newcomb, M. D., & Locke, T. F. (2007). Suicidality, depression, and alcohol use among adolescents: A review of empirical findings. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 19*(1), 27-36. doi:10.1515/IJAMH.2007.19.1.27
- Gassmann-Mayer, C., Jiang, K., McSorley, P., Arani, R., DuBrava, S., Suryawanshi, S., . . . Nilsson, M. (2011). Clinical and statistical assessment of suicidal ideation and behavior in pharmaceutical trials. *Clinical Pharmacology & Therapeutics, 90*(4), 554-560. doi:10.1038/clpt.2011.144
- Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M. et Daspe, M. È. (2017). Gender as a predictor of posttraumatic stress symptoms and externalizing behavior problems in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 64*, 79-88. doi:10.1016/j.chiabu.2016.12.008
- Gibbons, R. D., Brown, C. H., Hur, K., Davis, J. M., & Mann, J. J. (2012). Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: Reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. *Archives of General Psychiatry, 69*(6), 580-587. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.2048
- Goldston, D. B., Erkanli, A., Daniel, S. S., Heilbron, N., Weller, B. E. et Doyle, O. (2016). Developmental trajectories of suicidal thoughts and behaviors from adolescence through adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55*(5), 400-407. doi:10.1016/j.jaac.2016.02.010

- Gouvernement du Québec. (2016). *Définition*. Répéré à <http://www.agressionssexuelles.gouv.qc.ca/fr/mieux-comprendre/index.php>
- Gratz, K. L. et Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
doi:10.1023/B:Joba.0000007455.08539.94
- Hatkevich, C., Penner, F. et Sharp, C. (2019). Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry Research*, 271, 230-238. doi:10.1016/j.psychres.2018.11.038
- Hawton, K. et Heeringen, van K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.
doi:10.1016/S0140-6736(09)60372-X
- Hébert, M. (2014). *L'agression sexuelle envers les enfants (Tome 1)*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Cénat, J. M., Blais, M., Lavoie, F. et Guerrier, M. (2016). Child sexual abuse, bullying, cyberbullying, and mental health problems among high schools students: A moderated mediated model. *Depression and Anxiety*, 33(7), 623-629. doi:10.1002/da.22504
- Hébert, M. et Cyr, M. (2010). *Adaptation française du History of Victimization Form (HVF; Wolfe, Gentile, & Boudreau, 1987)*. Document inédit. Montréal, QC : Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P. et Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636. doi:10.1177/070674370905400908
- Honor, G. (2010). Child sexual abuse: Consequences and implications. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(6), 358-364. doi:10.1016/j.pedhc.2009.07.003
- Kutcher, S. et Chehil, S. (2007). Putting it all together: the Tool for Assessment of Suicide Risk (TASR). Dans S. Kutcher et S. Chehil (Dir.), *Suicide risk management: A manual for health professionals*. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Larsen, J. K., Vermulst, A. A., Geenen, R., Van Middendorp, H., English, T., Gross, J. J., . . . Engels, R. C. (2013). Emotion regulation in adolescence: A prospective study of expressive suppression and depressive symptoms. *The Journal of Early Adolescence*, 33(2), 184-200. doi:10.1177/0272431611432712
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H. et Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111-122. doi:10.1016/j.cpr.2015.05.010
- Law, K. C., Khazem, L. R. et Anestis, M. D. (2015). The role of emotion dysregulation in suicide as considered through the ideation to action framework. *Current Opinion in Psychology*, 3, 30-35. doi:10.1016/j.copsyc.2015.01.014

- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(1), 25–46. doi:10.1111/j.1468-2850.1996.tb00056.x
- Linehan, M. (2014). *DBT Skills training manual*. New York, NY: Guilford Publications.
- Liu, D. Y. et Thompson, R. J. (2017). Selection and implementation of emotion regulation strategies in major depressive disorder: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 57, 183-194. doi:10.1016/j.cpr.2017.07.004
- Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H. et Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1201-1209. doi:10.1016/j.brat.2008.08.001
- Lopez-Castroman, J., Melhem, N., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., . . . Oquendo, M.A. (2013). Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry*, 12(2), 149-154. doi:10.1002/wps.20039
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J. et Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58, 593-614. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085542
- Maikovich-Fong, A. K. et Jaffee, S. R. (2010). Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: Findings

from a national sample of youth. *Child Abuse & Neglect*, 34(6), 429-437.
doi:10.1016/j.chiabu.2009.10.006

Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657.
doi:10.1016/j.cpr.2009.08.003

Maniglio, R. (2010). Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depression and anxiety*, 27(7), 631-642.
doi:10.1002/da.20687

Maniglio, R. (2011). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(1), 30-41.
doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01612.x

Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L. et Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 491-503.
doi:10.1016/j.chiabu.2003.08.006

Mathews, B. et Collin-Vézina, D. (2017). Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1-18.
doi:10.1177/1524838017738726

Messman-Moore, T. L., Walsh, K. L. et DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 34(12), 967-976. doi:10.1016/j.chiabu.2010.06.004

- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismoore, J. T. et Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146-172. doi:10.1007/s10567-013-0131-5
- Millner, A. J., Lee, M. D. et Nock, M. K. (2015). Single-item measurement of suicidal behaviors: Validity and consequences of misclassification. *PLoS One*, 10(10), e0141606. doi:10.1371/journal.pone.0141606
- Ministère de la Justice. (2016). *Estimation de l'incidence économique des crimes violents au Canada en 2009*. Répéré à http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/victim/rr14_01/p10.html
- Muthén, L. K. et Muthén, B. O. (1998-2012). *Mplus User's Guide Statistical Analysis with Latent Variables (7th ed.)*. Los Angeles, CA : Muthén & Muthén.
- O'Connor, R. C., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C. et Williams, J. M. G. (2013). Psychological processes and repeat suicidal behavior: A four-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1137-1143. doi:10.1037/a0033751
- Newcomb, M. D., Munoz, D. T. et Carmona, J. V. (2009). Child sexual abuse consequences in community samples of Latino and European American adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 33(8), 533-544. doi:10.1016/j.chiabu.2008.09.014
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. et Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment

of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*, 70(3), 300-310. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55

Noll, J. G., Haralson, K. J., Butler, E. M. et Shenk, C. E. (2011). Childhood maltreatment, psychological dysregulation, and risky sexual behaviors in female adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(7), 743-752. doi:10.1093/jpepsy/jsr003

Patton, G. C., Coffey, C., Sawyer, S. M., Viner, R. M., Haller, D. M., Bose, K., . . . Mathers, C. D. (2009). Global patterns of mortality in young people: A systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 374(9693), 881-892. doi:10.1016/S0140-6736(09)60741-8

Pisani, A. R., Wyman, P. A., Petrova, M., Schmeelk-Cone, K., Goldston, D. B., Xia, Y. et Gould, M. S. (2013). Emotion regulation difficulties, youth–adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(6), 807-820. doi:10.1007/s10964-012-9884-2

Plunkett, A., O'Toole, B., Swanston, H., Oates, R. K., Shrimpton, S. et Parkinson, P. (2001). Suicide risk following child sexual abuse. *Ambulatory Pediatrics*, 1(5), 262-266. doi:10.1367/1539-4409(2001)001<0262:SRFCSA>2.0.CO;2

Rajappa, K., Gallagher, M., & Miranda, R. (2012). Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 833-839. doi:10.1007/s10608-011-9419-2

- Rathus, J. H. et Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146–157. doi:10.1521/suli.32.2.146.24399
- Scott, L. N., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., Keenan, K. et Stepp, S. D. (2015). Non-suicidal self-injury and suicidal ideation as predictors of suicide attempts in adolescent girls: A multi-wave prospective study. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 1-10. doi:10.1016/j.comppsy.2014.12.011
- Scott-Storey, K. (2011). Cumulative abuse: Do things add up? An evaluation of the conceptualization, operationalization, and methodological approaches in the study of the phenomenon of cumulative abuse. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(3), 135-150. doi:10.1177/1524838011404253
- Selby, E. A., Kranzler, A., Panza, E., & Fehling, K. B. (2016). Bidirectional-compounding effects of rumination and negative emotion in predicting impulsive behavior: Implications for emotional cascades. *Journal of Personality*, 84(2), 139-153. doi:10.1111/jopy.12147
- Shain, B. et Committee on Adolescence. (2016). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 138(1), e1-e11. doi:10.1542/peds.2016-1420
- Sigfusdottir, I. D., Asgeirsdottir, B. B., Gudjonsson, G. H. et Sigurdsson, J. F. (2008). A model of sexual abuses's effects on suicidal behavior and delinquency: The role of emotions as mediating factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(6), 699–712. doi:10.1007/s10964-007-9247-6

- Soylu, N. et Alpaslan, A. H. (2013). Suicidal behavior and associated factors in sexually abused adolescents. *Children and Youth Services Review, 35*(2), 253-257. doi:10.1016/j.chilyouth.2012.11.002
- Spirito, A., Valeri, S., Boergers, J. et Donaldson, D. (2003). Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*(2), 284-289. doi:10.1207/S15374424JCCP3202_14
- Statistique Canada. (2007). *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes – Cycle 7*. Répéré à http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/4450_Q3_V6-fra.pdf
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M. et Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment, 16*(2), 79-101. doi:10.1177/1077559511403920
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S. et Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet, 379*(9820), 1056-1067. doi:10.1016/S0140-6736(11)60871-4
- Turner, H. A., Finkelhor, D., Shattuck, A. et Hamby, S. (2012). Recent victimization exposure and suicidal ideation in adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 166*(12), 1149-1154. doi:10.1001/archpediatrics.2012.1549

- Ullman, S. E. (2004). Sexual assault victimization and suicidal behavior in women: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 9*(4), 331-351. doi:10.1016/S1359-1789(03)00019-3
- Vaillancourt-Morel, M. P., Godbout, N., Sabourin, S., Briere, J., Lussier, Y. et Runtz, M. (2016). Adult sexual outcomes of child sexual abuse vary according to relationship status. *Journal of Marital and Family Therapy, 42*(2), 341-356. doi:10.1111/jmft.12154
- Waldrop, A. E., Hanson, R. F., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Naugle, A. E. et Saunders, B. E. (2007). Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: Implications for prevention. *Journal of Traumatic Stress, 20*(5), 869-879. doi:10.1002/jts.20291
- Waters, E., Stewart-Brown, S. et Fitzpatrick, R. (2003). Agreement between adolescent self-report and parent reports of health and well-being: Results of an epidemiological study. *Child: Care, Health and Development, 29*(6), 501-509. doi:10.1046/j.1365-2214.2003.00370.x
- Wolfe, V. V., Gentile, C. et Bourdeau, P. (1987). *History of victimization form*. Unpublished assessment instrument, London Health Science Centre, London, Ontario, Canada.
- Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegari, V. C., Freitas, L. H., ... & Schuch, F. B. (2017). Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Research, 256*, 353-358. doi:10.1016/j.psychres.2017.06.082

Zink, T., Klesges, L., Stevens, S. et Decker, P. (2009). The development of a sexual abuse severity score: Characteristics of childhood sexual abuse associated with trauma symptomatology, somatization, and alcohol abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(3), 537-546. doi:10.1177/0886260508317198