

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

DIFFICULTÉS D'ADAPTATION PSYCHOSOCIALE DES ENFANTS D'ÂGE  
PRÉSCOLAIRE AYANT DÉVOILÉ UNE AGRESSION SEXUELLE :  
CONTRIBUTION DE LA SÉCURITÉ D'ATTACHEMENT

THÈSE  
PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
AU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
GENEVIÈVE BEAUDOIN

MARS 2012

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse 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.01-2006). 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.»

*Pour Viviana et Matteo,  
mes raisons de continuer malgré les obstacles....*

## REMERCIEMENTS

Cette section toute spéciale à été longuement réfléchié mais surtout, trop souvent inespérée. Aujourd'hui, j'ai réussi à accomplir un défi que j'ai cru insurmontable à plusieurs moments depuis les sept dernières années. Les gens qui me sont proches ont été témoins de grandes souffrances et de grandes joies, mais très peu ont su jusqu'à quel point ce projet doctoral ne tenait qu'à un fil à certaines périodes de ma vie. Ainsi, cette section des remerciements est de loin, à mon avis, la plus importante de ce document. Puisque sans l'appui, les encouragements et le soutien reçus de mon réseau, jamais je n'aurais réussi à compléter mon doctorat.

Mes premiers remerciements vont à mes enfants, Viviana et Matteo. Ils sont ma raison première pour continuer à me battre malgré les épreuves qui se sont accumulées au fil des années. Sans vous mes petits amours, ma vie aurait été moins ensoleillée les jours de grisaille et mes forces n'auraient pas été inépuisables. Merci de m'avoir permis de vous donner la vie. Vous êtes ce qui est le plus cher à mon cœur.

Malgré les difficiles épreuves que mon mari a eu à affronter ces dernières années et indépendamment de la précarité de sa santé, il a toujours été présent pour moi et pour m'encourager à continuer ma scolarité. Merci Fabio, mon chéri, d'avoir su trouver la force de penser à m'encourager et à m'inculquer la persévérance malgré l'adversité. Je t'aime et nous continuerons à nous battre côte-à-côte.

Merci à ma famille : maman, papa, Véronique et Gaston et tout particulièrement, à mon petit frère Jean-François, qui a été présent pour moi à un moment très difficile de ma vie et qui a su me redonner espoir de façon inattendue. Merci Élyse de l'avoir encouragé dans cette démarche, parce que sans lui à cette époque, je n'aurais pas survécu.

Merci à ma famille élargie, pour votre intérêt et votre soutien mais plus particulièrement, merci à Tantine Denise, qui n'a jamais voulu que je cesse d'étudier malgré ce que je

vivais. Merci d'avoir cru en moi parce qu'une partie de ma réussite aujourd'hui t'appartient.

Merci à Martine, ma directrice de thèse. Quels mots utiliser pour te démontrer ma gratitude d'avoir respecté mon cheminement, tout en me poussant subtilement vers l'accomplissement de mon doctorat. Tu as toujours cru en moi, particulièrement dans les moments où je n'y croyais plus. Tu n'as probablement jamais su le nombre de fois où j'ai voulu abandonner mes études, mais tes paroles et ta confiance en moi et en ma réussite ont toujours su me donner la force de continuer. Je te dois le plus grand des mercis pour avoir pris le temps d'investir dans la réalisation d'un avenir meilleur. Jamais je ne t'oublierai.

Merci à tous mes collègues de laboratoire. Merci pour vos sourires et vos blagues qui me faisaient oublier mes soucis. Un remerciement tout particulier à ma chère amie Marie-Ève Brabant. Comme tu as si bien su me restructurer et me remettre sur le droit chemin dans mes trop fréquents moments d'insécurité et de panique! Tu as été la meilleure psy que j'aurais pu demander!! Mais particulièrement, la meilleure amie que j'aurai pu espérer!! Merci.

Merci à docteur Teolis, mon médecin de famille, qui a toujours été très attentionné à mes besoins et qui a lui aussi, semé sa graine d'encouragement en me poussant à continuer mon parcours académique, malgré les épreuves rencontrées. Merci d'avoir été si humain et de t'occuper si bien de toute ma petite famille.

Un merci tout spécial venant du fond du cœur aux éducatrices du service de garde Les Marronniers à Laval. Merci Marie-Claude, Lolo, Linda, Jessica, Saïda, Lorraine, Gisèle, Annie, Brigitte et toutes les autres. Vous avez été la meilleure mère de remplacement qu'une mère grandement éprouvée à certains moments pouvait espérer. Grâce à vous et à votre grand cœur tendre, mes enfants ont su garder confiance en la vie et grandir en sécurité malgré l'adversité. Vous avez fait de mes enfants des êtres exceptionnels et jamais je ne cesserai de vous en être reconnaissante. Merci.

Vous avez tous été témoins, de près ou de loin, de mon chemin de vie au cours des dernières années. Sans vous tous, je n'aurais pu accomplir cette thèse de doctorat qui me fait actuellement frémir de fierté! Je suis heureuse aujourd'hui de vous la présenter et de vous la dédier à tous et à chacun.

Dans une vie, certaines personnes passent et d'autres restent à jamais gravées dans notre cœur et teintent notre futur. Je vous amène tous avec moi dans la grande aventure professionnelle et familiale que je vais enfin pouvoir apprécier dans les moindres détails et à sa juste valeur!

Merci du fond du cœur. Je vous aime, Geneviève.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX .....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	ix
RÉSUMÉ .....	x
CHAPITRE I	
INTRODUCTION.....	1
1.1 Définition de l'agression sexuelle .....	2
1.2 Prévalence de l'agression sexuelle .....	3
1.3 Symptomatologie observée suite à l'agression sexuelle .....	4
1.4 Variabilité des symptômes associés à l'agression sexuelle .....	6
1.5 Les enfants d'âge préscolaire .....	8
1.6 Les relations d'attachement .....	9
1.6.1 Le patron d'attachement sécure (B) .....	10
1.6.2 Le patron d'attachement insécure de type évitant (A) .....	11
1.6.3 Le patron d'attachement insécure de type ambivalent (C) .....	11
1.6.4 Le patron d'attachement de type insécure désorganisé/désorienté (D) .....	11
1.7 L'influence de la détresse psychologique du parent .....	13
1.8 Objectifs de la recherche .....	14

1.9 Méthodologie .....	16
CHAPITRE II	
LA SÉCURITÉ D'ATTACHEMENT : UN CONCEPT PROMETTEUR POUR L'ANALYSE DES PROFILS DES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE? ...	18
Résumé .....	19
2.1 Introduction .....	20
2.2 Le patron d'attachement .....	21
2.2.1 Le patron d'attachement sécure (B) .....	23
2.2.2 Le patron d'attachement insécure de type évitant (A) .....	23
2.2.3 Le patron d'attachement insécure de type ambivalent (C) .....	23
2.2.4 Le patron d'attachement de type insécure désorganisé/désorienté (D). .....	24
2.3 Les représentations mentales au-delà de la petite enfance.....	25
2.4 Caractéristiques comportementales selon la période développementale, en lien avec le patron d'attachement.....	31
2.5 Le patron d'attachement en lien avec les mauvais traitements vécus à l'enfance. .....	33
2.6 Particularités à considérer selon que l'enfant est victime d'une agression physique ou d'une agression sexuelle .....	35
2.7 Recension des écrits portant sur l'agression sexuelle et le patron d'attachement. .....	37
2.8 Patrons d'attachement observés chez les victimes d'agression sexuelle .....	40

2.9 Rappel et dévoilement de l'agression sexuelle en fonction du patron d'attachement .....	43
2.10 Symptômes observés suite à l'agression sexuelle en lien avec l'attachement...	44
2.10.1 Difficultés psychosociales .....	44
2.10.2 Qualités des relations sociales, familiales et conjugales .....	47
2.10.3 Troubles de la personnalité .....	50
2.11 Limites des études recensées .....	51
2.12 Conclusions et recommandations pour les études futures .....	53
 CHAPITRE III ADAPTATION PSYCHOSOCIALE DES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE AGRESSÉS SEXUELLEMENT : CONTRIBUTION DE LA SÉCURITÉ D'ATTACHEMENT .....	
	66
Résumé .....	68
Abstract .....	69
3.1 Introduction .....	70
3.2 La sécurité d'attachement .....	72
3.3 L'agression sexuelle et la sécurité d'attachement chez les survivants adultes ou adolescents .....	74
3.4 Méthodologie .....	76
3.4.1 Participants .....	76

3.4.2 Instruments de mesure .....	77
3.4.3 Procédures .....	80
3.5 Résultats .....	80
3.5.1 Données descriptives .....	81
3.5.2 Analyses comparatives.....	81
3.5.3 Régressions logistiques.....	85
3.6 Discussion .....	88
3.7 Limites de la présente étude.....	92
3.8 Conclusion .....	93
CHAPITRE IV DISCUSSION GÉNÉRALE .....	94
4.1 L'apport de la sécurité d'attachement .....	95
4.2 Profil des enfants d'âge préscolaire rencontré .....	97
4.3 L'importance de la sécurité d'attachement .....	99
4.4 Implications pour l'intervention .....	101
4.5 Forces et limites méthodologiques .....	104
4.6 Conclusion .....	107

ANNEXE A	
APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE .....	109
ANNEXE B	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	113
ANNEXE C	
COURRIEL DE L'ÉDITEUR CONFIRMANT LA SOUMISSION DU DEUXIÈME ARTICLE .....	118
RÉFÉRENCES .....	120

## LISTE DES TABLEAUX

### CHAPITRE II

Tableau 2.1 : Résultats des différentes études portant sur l'évaluation de l'adaptation psychosociale des survivants d'une agression sexuelle, en lien avec la sécurité d'attachement .....	57
---	----

### CHAPITRE III

Tableau 3.1 : Comparaison de la sécurité d'attachement des enfants selon les caractéristiques de l'AS et la détresse psychologique du parent .....	83
--	----

Tableau 3.2 : Pourcentage de cas atteignant le seuil clinique de difficultés intériorisées et extériorisées, selon la sécurité d'attachement, les caractéristiques de l'AS et la détresse psychologique du parent .....	84
---	----

Tableau 3.3 : Prédiction des troubles de comportement cliniques intériorisés et extériorisés, en fonction de la détresse psychologique, des caractéristiques de l'AS et de la sécurité d'attachement .....	87
--	----

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGNES ET ACRONYMES

AS	Agression sexuelle
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
♀	Femmes
♂	Hommes
M	Moyenne
VS	Versus
MSP	Ministère de la Sécurité Publique du Québec
TF-CBT	Trauma-Focused-Cognitive Behavioral Therapy

## RÉSUMÉ

L'agression sexuelle (AS) sur des enfants est un évènement traumatique qui existe depuis très longtemps. Tout un chacun est à risque d'être une victime d'AS, mais aucun ne réagit de la même façon suite à cette agression. Plusieurs facteurs ont démontré leur pertinence dans l'explication de la symptomatologie observée à court et long terme chez des survivants d'une AS, mais une hétérogénéité dans les profils symptomatiques des victimes demeure. D'ailleurs, un biais méthodologique important est présent au sein des études menées auprès d'une population majoritairement adulte, soit l'utilisation du rappel rétrospectif de l'AS vécue à l'enfance afin de recueillir des données descriptives de l'évènement traumatique. Un des objectifs de la présente thèse est de répondre à cette limite méthodologique, en observant une population d'enfants d'âge préscolaire peu de temps après le dévoilement d'une AS.

La théorie de l'attachement sert ici de modèle conceptuel afin de comprendre la symptomatologie présente chez les survivants d'une AS et sous-tend la raison d'être des articles présentés dans le cadre de cette thèse doctorale. Ainsi, le premier chapitre de la thèse permet au lecteur d'apprécier l'importance de cibler la recherche sur une population d'enfants d'âge préscolaire agressés sexuellement en lien avec la sécurité d'attachement, par l'entremise d'une recension des études ayant été effectuées auprès de survivants adultes et adolescents présentant diverses difficultés d'adaptation. Le deuxième chapitre reprend les conclusions du précédent et présente une étude réalisée auprès de 115 enfants âgés entre 3 et 6 ans pour qui un dévoilement d'AS est présent. Cette étude a comme objectifs de peindre le profil comportemental et psychologique des enfants rencontrés, ainsi que d'établir un lien prédictif entre ces observations et la sécurité d'attachement qu'ils ont établie avec leur principal donneur de soins. Les résultats de cette recherche démontrent la pertinence d'étudier l'AS peu de temps après son dévoilement et justifient l'utilisation du concept théorique de la sécurité d'attachement en lien avec la symptomatologie présentée, afin de parfaire les connaissances actuelles dans le domaine de l'AS. Les articles proposés dans cette thèse doctorale sont novateurs et répondent à la demande actuelle de détenir une compréhension plus juste de ce qui est observé chez les enfants d'âge préscolaire agressés sexuellement, dans le but de parfaire les différentes interventions psychologiques qui leur sont adressées. Ainsi, cette thèse, avec les réflexions qui y sont proposées, permettra d'adapter les services psychologiques offerts aux enfants et aux parents non-agresseurs, ces derniers étant intimement, mais non uniquement, reliés au bien-être psychologique de leurs jeunes protégés.

Mots-clés : Aggression sexuelle, préscolaire, sécurité d'attachement, difficultés d'adaptation

## CHAPITRE I

### INTRODUCTION

Au cours d'une vie, un individu peut subir ou être témoin de différents événements traumatiques qui semblent par ailleurs, être très fréquents. Au Canada, 76% des individus ont rapporté avoir observé ou avoir été victime d'une situation à potentiel traumatique (Van Ameringen, Mancini, Patterson, & Boyle, 2008). Certains événements peuvent être causés par la main de Dieu, comme lors de catastrophes naturelles (ouragan, tremblements de terre, Tsunamis, etc.) et d'autres, par la main de l'homme, comme lors d'accident de voiture, de vol, d'agression physique ou encore, d'agression sexuelle (AS) (Brillon, 2010). Ce dernier type d'événement traumatique a fait l'objet de multiples recherches au cours des trente dernières années, notamment afin d'améliorer la compréhension clinique du profil des agresseurs et celui des victimes ou encore, dans le but de mieux documenter les facteurs associés aux symptômes survenant suite à une AS.

Les travaux réalisés dans le cadre de cette thèse visent d'abord à explorer l'importance de la sécurité d'attachement chez les survivants d'une AS à l'enfance, par le biais d'une recension des écrits traitant du dévoilement et du rappel de l'AS, de la symptomatologie, de la qualité des relations sociales, conjugales et familiales, ainsi que de la présence de troubles de la personnalité des différents échantillons étudiés. Ensuite, par l'entremise d'un article empirique, les différents profils des enfants d'âge préscolaire victimes d'une AS sont décrits et la contribution de la sécurité d'attachement sur la symptomatologie intériorisée et extériorisée, au-delà des caractéristiques de l'AS, est analysée et discutée.

Dans les sections suivantes, la définition et la prévalence de l'AS seront présentées ainsi que les principaux symptômes observés à travers les diverses périodes développementales. Par la suite, certains modèles conceptuels permettant de mieux

situer les conséquences associées à l'AS seront abordés. Entre autres, la théorie de l'attachement sera décrite, un paradigme qui apparaît être un modèle conceptuel prometteur pour analyser les conséquences associées à l'AS chez la clientèle à l'étude. En effet, les enfants d'âge préscolaire sont encore très dépendants de la proximité physique et de la disponibilité psychologique de leurs figures parentales, ce qui réfère directement au besoin de sécurité élaboré dans la théorie de l'attachement.

### 1.1 Définition de l'agression sexuelle

De multiples définitions de l'AS ont été proposées mais diffèrent par exemple, selon l'âge de survenue (avant 14 ans ou 18 ans), selon le niveau de spécificité de la définition (générale ou plus précise : *«Avez-vous déjà été agressé sexuellement»* versus *«Est-ce que quelqu'un a déjà commis des gestes de nature sexuelle sur vous sans votre consentement (caresses, touchers, pénétration, etc.)?»*) ou encore, selon le critère de différence d'âge entre la victime et l'agresseur (par exemple, 3 ou 5 ans d'écart d'âge) (Yancey & Hansen, 2010). Dans le cadre de cette recherche doctorale, la définition établie par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) du Québec a été utilisée. Ainsi, une AS *«est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une AS porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne»* (MSSS, 2001). Au sein de cette définition, l'AS peut être commise par un membre de la famille immédiate (mère, père, beau-père, etc.) ou un membre de la famille élargie (oncle, grand-mère, etc.) de la victime et est ainsi qualifiée d'AS intrafamiliale. Elle peut aussi être commise par un individu extérieur à la famille, qu'il soit un ami, un voisin, un entraîneur dans le cadre d'activités sportives ou de loisirs, ou une personne inconnue, ce qui qualifie l'AS d'extrafamiliale.

L'AS peut impliquer différents actes. Russell (1983) offre une description des actes selon trois catégories. Ainsi, l'AS est qualifiée de moins sévère si les gestes commis réfèrent au voyeurisme, à l'exhibitionnisme ou encore, au frotteurisme. L'AS peut être considérée sévère si les actes perpétrés ont trait à des baisers à caractère sexuel, à des attouchements sous les vêtements des organes génitaux, des fesses, de l'anus et des seins de la victime. Finalement, une catégorisation de l'AS comme très sévère survient lorsque les gestes commis par l'agresseur réfèrent à la masturbation (de l'agresseur par la victime ou de la victime par l'agresseur), à des contacts oraux-génitaux (de l'agresseur par la victime ou de la victime par l'agresseur) ou à une pénétration vaginale ou anale chez la victime, par des objets, des doigts ou le pénis de l'agresseur (Russell, 1983).

## 1.2 Prévalence de l'agression sexuelle

Plusieurs chercheurs ont tenté d'établir une prévalence de l'AS en fonction d'échantillonnage propre à leur étude. Les différents taux observés ne pouvant être généralisés à la population en général, une équipe de chercheurs a récemment publié une méta-analyse incluant 65 études effectuées dans 22 pays différents, afin de pallier à cette limite (Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009). Les auteurs rapportent que 19,2% de femmes et 7,4% d'hommes ont été victimes d'une AS à l'enfance, c'est-à-dire avant l'âge de 18 ans. Le taux de prévalence d'AS au Canada ressortant de cette étude est de 15,2% chez les femmes et 4,8% chez les hommes. Au Québec, une enquête téléphonique récente rapporte que 22,1% des femmes et 9,7% des hommes reconnaissent avoir subi au moins une AS (touchers sexuels : 21,4% des femmes et 9,5% des hommes; viol : 5,2% des femmes et 2,3% des hommes) au cours de leur enfance (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009).

Les taux de prévalence sur l'AS vécue au cours de l'enfance diffèrent quelque peu d'une étude à l'autre, en raison notamment des modes de collecte de données (enquête téléphonique ou questionnaires papier-crayon), des définitions de l'AS utilisées qui

peuvent être plus ou moins restrictives ou encore, selon le pays où l'étude est menée. Par exemple, les taux de prévalence sont plus élevés en Afrique qu'en Amérique, des résultats fort probablement influencés par le contexte sociétal et économique de ces pays distincts (Pereda et al., 2009).

### 1.3 Symptomatologie observée suite à une agression sexuelle

Les connaissances actuelles dans le domaine ont permis d'établir différentes trajectoires symptomatiques des survivants d'une AS et varient selon la période développementale évaluée. Ainsi, plusieurs corrélats associés à l'AS à l'enfance, qu'ils soient de nature comportementale ou psychologique, sont répertoriés chez les adultes, les adolescents, les enfants d'âge scolaire et préscolaire (Alexander, 1993; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001; Putnam, 2003; Tyler, 2002; Yancey, Hansen, & Naufel, 2011). Chez une population adulte ou adolescente ayant vécu une AS, les difficultés psychologiques observées s'illustrent entre autres par des troubles anxieux, des affects dépressifs, une faible estime de soi, des symptômes de stress post-traumatique, de dissociation ou des troubles de la personnalité (Alexander, 1993; O'Hare, Shen, & Sherrer, 2010; Paolucci et al., 2001; Putnam, 2003). Les difficultés comportementales identifiées chez les survivants adultes et adolescents d'une AS font référence aux abus de substances, aux idéations suicidaires, aux difficultés scolaires, aux comportements sexuels à risque ainsi qu'aux comportements agressifs (O'Hare et al., 2010; Paolucci et al., 2001; Putnam, 2003; Tyler, 2002).

Chez les enfants d'âge scolaire, une symptomatologie intériorisée, incluant la dépression, l'anxiété, la somatisation ou encore, une dévalorisation personnelle, ainsi qu'une symptomatologie extériorisée, notamment la présence de comportements agressifs et régressifs (Finkelhor, 1993; Paolucci et al., 2001), ont été identifiées. D'importantes difficultés scolaires peuvent également teinter le parcours symptomatique de ces enfants victimisés (Daignault & Hébert, 2009; Daignault & Hébert, 2004).

En ce qui a trait aux enfants d'âge préscolaire agressés sexuellement, très peu d'études nous permettent de dresser un portrait précis des manifestations comportementales associées à l'AS (Tyler, 2002). Mian, Marton et LeBaron (1996) ont observé que les filles agressées sexuellement âgées entre 3 et 5 ans présentent significativement plus de troubles de comportement intériorisés (e.g., anxiété, dépression) et des comportements sexualisés inappropriés pour leur niveau de développement, comparativement au groupe de comparaison d'enfants non abusés. Des troubles de comportement intériorisés et extériorisés (e.g., agressivité, impulsivité) ont aussi été répertoriés dans une étude réalisée auprès de plus de 500 enfants agressés sexuellement âgés entre 3 et 7 ans (McCrae, Chapman, & Christ, 2006). Pears et ses collaborateurs rapportent par ailleurs que les enfants victimes d'une AS démontrent davantage de problèmes intériorisés que les enfants victimes de négligence et d'abus émotionnel, tout en présentant plus de comportements extériorisés que ces derniers, s'ils ont aussi été victimes d'abus physique et de négligence (Pears, Kim, & Fisher, 2008). Les quelques analyses répertoriées ayant exploré les profils des enfants d'âge préscolaire comportent néanmoins certaines limites méthodologiques, notamment en ce qui a trait à la représentativité des échantillons. Ainsi, dans la majorité des études menées à ce jour, les participants sont recrutés au sein de milieux d'intervention (Hall, 1999; Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001b; Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001a; Mian, Marton, & LeBaron, 1996; Pears et al., 2008) ou proviennent de milieux socio-économique défavorisés (Macfie et al., 2001b; Macfie et al., 2001a) ou considérés à risque (Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson, & Egeland, 1997), ce qui limite la généralisabilité des résultats. Par ailleurs, peu d'études ont permis de documenter les facteurs associés à la diversité des troubles de comportement manifestés par les enfants d'âge préscolaire, une population qui n'est pas moins à risque d'être victime d'une AS (Hébert et al., 2009; Putnam, 2003). Même si les risques d'AS semblent augmenter avec l'âge (Finkelhor, 1993), l'incidence de l'AS chez les enfants âgés entre 0 et 5 ans pour qui un signalement a été retenu à la DPJ, est de 1,5 enfant sur 1000 (Tourigny et al., 2002). D'après une enquête récente (Hébert et al., 2009), 6,7%

des gens rapportant avoir été victimes de viol et 16,3% de ceux ayant été victimes de touchers sexuels inappropriés, l'ont été alors qu'ils étaient âgés de moins de 6 ans.

Il apparaît donc important de prioriser l'étude des enfants d'âge préscolaire tout en considérant la présence de particularités développementales qui leurs sont propres et qui peuvent influencer la nature des difficultés comportementales et psychologiques associées à l'AS. Ainsi, ces enfants ont une capacité de vocabulaire réduite et une expérience de vie limitée, éléments qui peuvent affecter la compréhension qu'ils ont de l'AS subie et l'interprétation qu'ils peuvent en faire (Mian et al., 1996; Spaccarelli, 1994; Yancey & Hansen, 2010). De même, s'attarder à ce groupe d'âge permettra de mieux cerner leurs besoins et ainsi d'offrir les indices nécessaires pour adapter l'approche thérapeutique leur étant offerte. Or, si la théorie de l'attachement s'avère effectivement un paradigme permettant de mieux cerner le vécu émotionnel et comportemental de l'enfant suite au dévoilement de l'AS, il sera possible de statuer sur les éléments-clé de l'intervention. Le parent non-agresseur pourrait être privilégié comme cible thérapeutique afin d'améliorer la qualité de la relation parent-enfant par le biais entre autres, de la sensibilité parentale envers la détresse de son enfant et de la qualité des échanges verbaux (Deblinger, Steer, & Lippmann, 1999a; Dubois-Comtois & Moss, 2004; Moss, Bureau, Cyr, Mongeau, & St-Laurent, 2004; Moss, Cyr, & Dubois-Comtois, 2004; Moss et al., 2011; Tarabulsy et al., 2008).

#### 1.4 Variabilité des symptômes associés à l'agression sexuelle

La multitude d'écrits illustrant les difficultés d'adaptation des victimes d'une AS (Schreiber & Lyddon, 1998) ne permet pas de contrer l'absence de concept théorique permettant d'expliquer la variabilité des profils psychologiques et comportementaux des personnes ayant vécu une AS (Morrow & Smith, 1995). Certains enfants agressés sexuellement semblent ne démontrer aucune ou très peu de détresse psychologique ou comportementale lors de l'évaluation initiale (Daignault & Hébert, 2009; Hébert, Parent, Daignault, & Tourigny, 2006; Putnam, 2003; Spaccarelli & Kim, 1995) et

seraient qualifiés de résilients (Collin-Vézina, Hébert, & Daigneault, 2005; Daigneault & Hébert, 2009; Hébert, Parent et al., 2006; Yancey et al., 2011). Plusieurs facteurs liés aux caractéristiques de l'AS ainsi qu'aux ressources personnelles et familiales de l'enfant victime d'une AS ont été identifiés pour expliquer l'hétérogénéité du profil des victimes. Ainsi, selon une recension des écrits effectuée par Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor (1993), certaines variables associées à la sévérité de l'AS augmenteraient les risques de détresse psychologique chez les victimes. Or, une AS plus sévère, impliquant une pénétration orale, vaginale ou anale, une plus longue exposition aux contacts sexuels, un lien de parenté avec l'agresseur, la présence de plus d'un agresseur ou l'utilisation de coercition ou de force pour soumettre la victime à l'AS, pourraient générer une détresse plus importante (Kendall-Tackett et al., 1993; Yancey & Hansen, 2010). Cependant, ces observations sont inconsistantes d'une étude à l'autre puisque certains auteurs n'ont pas identifié d'association entre les caractéristiques de l'AS vécue et l'intensité des symptômes chez les enfants (Kendall-Tackett et al., 1993; Spaccarelli & Kim, 1995; Yancey & Hansen, 2010).

En ce qui concerne les capacités d'adaptation de la jeune victime face au trauma vécu, Spaccarelli (1994) a proposé un modèle conceptuel suggérant qu'un enfant agressé sexuellement risque de démontrer des symptômes plus importants selon le nombre d'événements stressants présents suite à l'AS ou à son dévoilement (par exemple, soutien parental inadéquat, disputes familiales, séparation conjugale, déménagement, procédures judiciaires, etc.). Selon l'auteur, les stratégies d'adaptation de l'enfant et ses interprétations cognitives face à l'AS pourraient agir à titre de facteurs de risque ou de protection dans l'émergence d'une symptomatologie. Ainsi, Spaccarelli suggère que la victime d'une AS serait sujette au développement d'affects dépressifs, anxieux ou même post-traumatiques, si plusieurs événements stressants suivent le dévoilement de l'AS. Par conséquent, les stratégies d'adaptation et les interprétations cognitives de l'enfant risquent d'être inappropriées en raison d'une surcharge émotionnelle et cognitive engendrée par la survenue de ces nouveaux événements. Ce faisant, l'enfant pourrait être susceptible de présenter des difficultés de confiance en autrui, un sentiment d'insécurité

omniprésent ainsi qu'une image de soi négative. Après avoir testé ce modèle conceptuel auprès d'adolescentes survivantes d'une AS, Spaccarelli a observé qu'un nombre moins élevé d'évènements stressants ainsi qu'un soutien parental adéquat reçu suite au dévoilement de l'AS, permettaient de prédire les profils de résilience chez les participantes.

L'influence du soutien parental reçu suite au dévoilement de l'AS sur le développement d'une symptomatologie ultérieure serait importante, comme il a été démontré dans plusieurs études (Cyr et al., 2002; Cyr et al., 2003; Deblinger et al., 1999a; Everson, Hunter, Runyon, Edelsohn, & Coulter, 1989; Grosz, Kempe, & Kelly, 2000; Kendall-Tackett et al., 1993; Spaccarelli & Kim, 1995) La qualité du soutien parental semble même être une variable ayant une capacité de prédiction plus importante que les caractéristiques de l'AS, sur la présence d'une symptomatologie suite au dévoilement du traumatisme par l'enfant (Yancey & Hansen, 2010). Ainsi, plus le parent non-agresseur offre un soutien adéquat à l'enfant victime, moins celui-ci démontre des difficultés d'adaptation. Le contraire est cependant observé lorsque le parent non-agresseur est en colère et punit l'enfant suite au dévoilement de l'AS (Elliott & Carnes, 2001). Les résultats d'une autre étude démontrent également que le groupe d'enfants ne percevant pas recevoir un soutien parental adéquat suite au dévoilement de l'AS semble présenter plus de symptômes intériorisés que les enfants indiquant obtenir un soutien parental plus satisfaisant que les premiers (Feiring, Coates, & Taska, 2001).

### 1.5 Les enfants d'âge préscolaire

Les enfants d'âge préscolaire évoluent dans un milieu social restreint (Hamner & Turner, 2001; Wood, Emmerson, & Cowan, 2004), souvent limité aux membres de la famille immédiate lorsqu'ils ne sont pas intégrés aux services de garde. L'influence des figures parentales est donc encore importante à cette période développementale, où le lien de proximité avec les principaux donneurs de soins est sollicité par l'enfant en détresse, afin de rétablir son bien-être (Hamner & Turner, 2001). Par conséquent, il est

de mise de penser que la qualité de la relation parent-enfant est une variable cruciale à considérer dans l'acquisition d'une compréhension plus juste de l'adaptation psychosociale de l'enfant d'âge préscolaire ayant dévoilé une AS, notamment par le biais de la qualité de la relation d'attachement qu'il entretient avec sa principale figure de soins. En fait, le type de relation d'attachement que l'enfant a établi avec son principal fournisseur de soins pourrait jouer un rôle important dans le bien-être de la victime d'âge préscolaire suite au dévoilement de l'AS (Alexander, 1993; Everson et al., 1989; Roche, Runtz, & Hunter, 1999; Schreiber & Lyddon, 1998) et ainsi s'avérer être une variable-clé dans l'intervention psychothérapeutique des jeunes enfants victimes d'une AS.

#### 1.6 Les relations d'attachement

Dès son jeune âge, l'enfant apprend à interagir avec son environnement immédiat selon les réponses qu'il perçoit et croit être en mesure de recevoir. Selon la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1977, 1980), il est proposé que la qualité de la relation que l'enfant entretient avec ses principaux fournisseurs de soins affecterait la construction des représentations mentales qu'il a de lui et des autres. Ainsi, il s'attacherait émotionnellement à ses figures parentales et modulerait ses comportements de recherche de soutien et de réconfort auprès de ces dernières, selon ses apprentissages antérieurs en relation avec elles (Bowlby, 1977). De par la qualité de ces expériences, l'enfant se construirait un modèle interne opérant teinté de la disponibilité de ses figures parentales et de la capacité qu'il croit de pouvoir modifier son environnement afin d'obtenir réponse à ses besoins. La qualité des interactions futures de l'enfant, tout comme ses attentes et ses croyances, seraient donc affectées par son modèle interne opérant (Bowlby, 1969/1982) qui modulerait les informations perçues par l'enfant. Par exemple, certains éléments générant trop d'anxiété chez l'enfant pourraient être exclus de sa conscience (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). Il est également supposé que si la figure d'attachement de l'enfant est sensible et adéquate pour répondre à ses besoins, qu'il parviendrait à former une représentation mentale d'elle comme étant accessible et

sensible et une représentation mentale personnelle de compétence à générer une réponse satisfaisante de l'environnement (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Dans le même ordre d'idées, l'enfant qui a une figure d'attachement ne semblant pas répondre à ses besoins ou qui le fait de façon inconsistante, développerait une représentation mentale d'elle comme peu digne de confiance pour répondre efficacement à ses besoins. En ce sens, la représentation mentale personnelle que l'enfant se crée peut l'amener à croire qu'il est incapable d'obtenir une coopération satisfaisante de sa figure d'attachement lorsqu'il exprime ses besoins (Crittenden & Ainsworth, 1989).

Découlant de ces postulats, les travaux d'Ainsworth et de ses collaborateurs (1978) ont permis de documenter trois patrons d'attachement distincts à la petite enfance, au cours d'une procédure de séparation-réunion effectuée en laboratoire, reconnue comme étant la *Situation Étrangère*. Ces auteurs ont constaté que le patron d'attachement identifié chez les enfants de 12 à 18 mois est associé aux comportements d'approche ou d'évitement émis lors de la réunion avec leur parent, des comportements qui permettraient de réguler leur détresse et de retrouver un certain sentiment de sécurité (Main & Weston, 1982).

Les comportements types émis par l'enfant lors de cette procédure expérimentale peuvent être catégorisés selon un patron d'attachement sécuritaire ou insécuritaire. Ces patrons sont décrits dans les paragraphes suivants.

*1.6.1 Le patron d'attachement sécuritaire (B).* Les enfants identifiés par le patron d'attachement sécuritaire semblent avoir une figure parentale qui parvient à calmer rapidement et efficacement la détresse ressentie par l'enfant lors de la *Situation Étrangère*. Une fois calmé, l'enfant réussit aisément à explorer son environnement en toute quiétude (Ainsworth et al., 1978). Ces comportements sont observés chez l'enfant sécuritaire très probablement parce que sa figure parentale parvient à émettre des réponses adéquates de réconfort et de soutien lorsqu'il active son système d'attachement pour

exprimer ses besoins ou ses craintes (Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola, & Halfon, 2003).

*1.6.2 Le patron d'attachement insécure de type évitant (A).* Les enfants ayant un patron d'attachement évitant semblent plutôt émettre des comportements pour inhiber l'expression de la détresse ressentie lors de la *Situation Étrangère*. Lorsque la figure d'attachement revient suite à la séparation engendrée par l'expérimentation, l'enfant évitant se concentre plutôt sur les objets présents dans la pièce que sur sa figure parentale. Cette attitude apparaît préserver l'enfant d'être confronté aux comportements de rejet qu'il perçoit de sa figure d'attachement lorsqu'il exprime ses besoins ou ses craintes (Ainsworth et al., 1978) et désactiverait ainsi son système d'attachement en situation de détresse (Miljkovitch et al., 2003), le préservant de ressentir un niveau d'anxiété accru (Ainsworth & Bell, 1970; Bowlby, 1980).

*1.6.3 Le patron d'attachement insécure de type ambivalent (C).* Dans la procédure de la *Situation Étrangère*, les enfants identifiés avec un patron d'attachement ambivalent manifestent des comportements contradictoires lors du retour de la figure d'attachement, se démarquant par l'expression de colère ou une préoccupation vis-à-vis leur fournisseur de soins (Ainsworth et al., 1978). Il est proposé que la figure d'attachement n'a pas su dans le passé reconforter efficacement et de façon consistante la détresse exprimée par l'enfant ambivalent, ce qui aurait généré chez ce dernier une incertitude face à la qualité de la réponse émise par son parent (Ainsworth et al., 1978). Par conséquent, il activerait exagérément son système d'attachement dans les situations générant une insécurité moindre chez les enfants sécures (Miljkovitch et al., 2003).

*1.6.4 Le patron d'attachement insécure de type désorganisé/désorienté (D).* Puisque certains enfants démontraient un profil comportemental au cours de la *Situation Étrangère* ne pouvant être classifié par une des trois catégories de patron d'attachement précédemment explicité (Crittenden, 1985), Main et Solomon (1990) ont créé une quatrième catégorie d'attachement, soit le patron d'attachement désorganisé/désorienté.

Lors de la réunion engendrée par la *Situation Étrangère*, ces enfants émettent des comportements inhabituels et contradictoires, comme de l'immobilité, du retrait, des gestes de fuite et d'approche, ou donnent l'impression d'être en transe en présence de leur figure d'attachement (Main & Solomon, 1988). Ici, il est supposé que la représentation mentale des figures d'attachement de ces enfants serait teintée du sentiment de peur et d'imprévisibilité qu'ils pourraient ressentir face à un donneur de soins hostile ou impuissant (Lyons-Ruth & Block, 1996; Lyons-Ruth, Repacholi, McLeod, & Silva, 1991) ou encore, que les particularités propres de l'enfant (type de tempérament, maladie, etc.), jumelées au stress quotidien ressenti par la principale figure parentale, prédisposeraient l'enfant au développement d'une représentation d'attachement insécure de type désorganisé/désorienté (Bernier & Meins, 2008).

Le patron d'attachement de l'enfant peut demeurer stable à travers le temps ou se modifier, particulièrement si l'enfant est face à certains événements de vie considérés stressants et susceptibles de fragiliser son concept de soi et celui attribué aux autres (séparation, divorce, décès ou maladie d'un des parents, déménagement, violence à l'enfance, etc.) (Bar-Haim, Sutton, Fox, & Marvin, 2000; Lewis, Feiring, & Rosenthal, 2000; Moss, Cyr, Bureau, Tarabulsky, & Dubois-Comtois, 2005; Waters, Merrick, Treboux, Crowell, & Albersheim, 2000; Weinfield, Sroufe, & Egeland, 2000).

En ce qui a trait à l'AS à l'enfance, Alexander (1992) a proposé un modèle prenant en compte le paradigme de la sécurité d'attachement. Ainsi, elle suggère que la plupart des survivantes d'une AS présenteraient un patron d'attachement insécure préalable au traumatisme vécu et exprimeraient des difficultés d'adaptation variant selon la sécurité d'attachement observé à l'âge adulte. Selon l'auteure, les femmes ayant un patron d'attachement insécure mais organisé (évitant, préoccupé ou ambivalent à l'enfance) présenteraient des signes de détresse psychologique notables mais moins envahissants que chez les survivantes ayant un patron d'attachement non-résolu (catégorisé de désorganisé/désorienté à l'enfance).

En résumé, très peu d'études sont actuellement disponibles concernant la description du profil et de l'adaptation psychologique et comportementale des enfants d'âge préscolaire agressés sexuellement. Cette clientèle particulière nécessite un examen attentif du vécu suivant l'AS, en ce sens qu'elle est encore presque totalement dépendante de son réseau familial afin d'apaiser la détresse ressentie. Les écrits dans le domaine ont déjà identifié l'importance des variables familiales, notamment le soutien parental, dans l'émergence des différents profils d'adaptation des survivants d'une AS. Or, chez les enfants d'âge préscolaire, la qualité de la relation parent-enfant, par le biais de la sécurité d'attachement, pourrait s'avérer être une variable très importante dans la compréhension clinique et thérapeutique de la dynamique symptomatique et relationnelle vécue par l'enfant. Par ailleurs, il apparaît pertinent de contrôler pour la détresse psychologique du parent non-agresseur dans cette exploration et ce, afin de s'assurer de la contribution unique de la sécurité d'attachement sur la symptomatologie observée chez l'enfant victime d'AS. La prochaine section vise à démontrer que la détresse psychologique du parent peut avoir un impact sur la détresse de l'enfant, justifiant ainsi le contrôle de cette variable pour la recherche proposée dans le cadre de cette thèse.

### 1.7 L'influence de la détresse psychologique du parent

Certaines recherches ont démontré que la sécurité d'attachement du parent peut influencer la sécurité d'attachement de l'enfant (Gloger-Tippelt, Gomille, Koenig, & Vetter, 2002; Goldwyn, Stanley, Smith, & Green, 2000; Miljkovitch, Pierrehumbert, Bretherton, & Halfon, 2004; Van IJzendoorn, 1995) mais plus particulièrement, que la détresse psychologique de la principale figure de soins de l'enfant peut affecter le bien-être de l'enfant (Jones, Forehand, & Neary, 2002; Milan, Snow, & Belay, 2009). Il semblerait qu'il soit difficile d'établir une relation satisfaisante positive entre le parent et son enfant lorsque le niveau de stress quotidien à gérer pour le parent est très important (Crnic, Gaze, & Hoffman, 2005). Or, le dévoilement d'une AS au parent protecteur peut affecter son équilibre psychologique et par le fait même, la disponibilité qu'il affiche envers son enfant, pouvant générer des difficultés d'adaptation chez ce dernier (Costa,

Weems, Pellerin, & Dalton, 2006; Fjone, Ytterhus, & Almvik, 2009; Hébert, Daigneault, Collin-Vézina, & Cyr, 2007). Par exemple, un parent présentant une symptomatologie dépressive peut voir son enfant à risque de développer une détresse semblable, particulièrement si les symptômes sont chroniques, sévères ou présents dans un moment de vie particulièrement difficile (Ashman, Dawson, & Panagiotides, 2008; Hammen & Brennan, 2003), ce qui est souvent le cas suite au dévoilement ou au soupçon d'une AS chez son enfant d'âge préscolaire. Par ailleurs, Milan et ses collègues (2009) ont remarqué auprès d'un échantillon d'adolescents suivi depuis huit ans, que l'impact de la dépression chez leur parent est modéré par leur sécurité d'attachement. Ainsi, lorsque le parent présente des symptômes de dépression sévère, l'enfant ayant un attachement de type insécure présente un niveau plus important de symptômes de dépression que l'enfant ayant un attachement de type sécure. Ces résultats soulignent la nécessité de départager l'effet des caractéristiques de l'AS, de la sécurité d'attachement et de la détresse psychologique du parent non-agresseur, sur la symptomatologie psychologique et comportementale observée chez les enfants d'âge préscolaire suivant le dévoilement de l'AS vécue. L'étude empirique menée dans le cadre de cette thèse doctorale se propose de décrire et de définir les différents profils d'adaptation des enfants rencontrés, tout en contrôlant pour l'impact de la détresse psychologique du parent non-agresseur.

### 1.8 Objectifs de la recherche

L'objectif général de la présente thèse doctorale est d'explorer la contribution de la sécurité d'attachement sur les symptômes observés chez les victimes d'AS. La thèse comporte deux volets : a) une recension des écrits et b) une étude empirique menée auprès d'un échantillon d'enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une AS ou pour qui un soupçon d'AS est présent.

Dans le premier volet, une recension des écrits décrivant l'apport de la sécurité d'attachement des survivants d'une AS en lien avec plusieurs variables, telles que les difficultés psychosociales rencontrées, les troubles de la personnalité ou encore la

qualité du souvenir ou du dévoilement de l'AS, a été réalisée. Ce chapitre ayant pour titre *La sécurité d'attachement : Un concept prometteur pour l'analyse des profils des victimes d'agression sexuelle?* (Beaudoin & Hébert), est présentement sous presse pour un livre intitulé *L'agression sexuelle chez les enfants, tome II*.

Pour le deuxième volet de cette thèse, un article empirique intitulé *Adaptation psychosociale des enfants d'âge préscolaire agressés sexuellement : Contribution de la sécurité d'attachement* (Beaudoin, Hébert, & Bernier), a été soumis à la *Revue Européenne de Psychologie Appliquée* en janvier 2011 et est en processus de révision. Ce manuscrit, constituant le troisième chapitre de ce document, met l'accent sur la description de l'échantillon à l'étude, soit des enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une AS, et tente de répondre à l'objectif général de cette thèse, soit d'explorer si la sécurité d'attachement peut prédire les troubles de comportement intériorisés et extériorisés présents chez les enfants rencontrés, au-delà des caractéristiques de l'AS qu'ils ont subie, tout en contrôlant pour la détresse psychologique du parent répondant.

Cette thèse doctorale permettra de répondre aux défis présents dans les différents écrits et de parfaire les connaissances sur l'AS chez une population actuellement peu représentée dans le domaine. Les enfants d'âge préscolaire possèdent leurs caractéristiques propres qui ne doivent pas être négligées dans la compréhension du phénomène mais également dans l'intervention psychologique proposée (milieu social et réseau de soutien restreints, compréhension du traumatisme limitée, etc.). Ainsi, les résultats obtenus dans le cadre de cette thèse doctorale permettront d'offrir des pistes d'interventions thérapeutiques familiales adaptées aux caractéristiques personnelles (par exemple, la sécurité d'attachement) de l'enfant.

## 1.9 Méthodologie

Afin de réaliser le premier volet de la présente thèse, soit la recension des écrits, un examen systématique par l'entremise du moteur de recherche *PSYCHINFO* fut entrepris. À l'aide des mots-clés *child sexual abuse*, *sexual abuse* et *attachment*, plus de 200 documents furent considérés. Suite à une analyse approfondie des œuvres répertoriées, 19 articles ont été sélectionnés afin de documenter les résultats de recherches concernant l'influence de la sécurité d'attachement des survivants d'une AS sur le dévoilement et le rappel de l'AS, la symptomatologie observée, la qualité des relations sociales, conjugales et familiales entretenues par les victimes rencontrées au sein des différents devis de recherche, ainsi que sur la présence de troubles de la personnalité ayant été observés par les auteurs.

En ce qui concerne le deuxième volet, une étude empirique a été menée. Plus particulièrement, 115 enfants âgés entre 3 et 6 ans furent rencontrés lorsqu'ils se présentaient avec leur parent à la Clinique de pédiatrie socio-juridique du Centre Hospitalier Universitaire mère-enfant Ste-Justine, afin de procéder à un examen médico-légal aux suites du dévoilement ou du soupçon d'une AS. Cette étude se situe dans le cadre d'un projet plus vaste portant sur l'adaptation des enfants d'âge préscolaire ayant été agressés sexuellement, dirigé par Martine Hébert, Ph.D., et subventionné par le Fonds Québécois de Recherche sur la Société et la Culture (FQRSC). Par conséquent, plusieurs instruments de mesure ont été administrés aux participants. Dans le cadre de la présente thèse doctorale, les mesures considérées visent à recenser les caractéristiques de l'AS vécue (Parent & Hébert, 2006), à documenter les représentations d'attachement (Bretherton, Oppenheim, Buchsbaum, & Emde, 1990; Bretherton, Ridgeway, & Cassidy, 1990), les troubles intériorisés et extériorisés de l'enfant tel que perçus par la mère (Achenbach & Rescorla, 2002) et la détresse psychologique du parent non-agresseur (Préville, Boyer, Potvin, Perrault, & Légaré, 1992). Une copie des documents démontrant l'approbation à effectuer cette recherche par le comité d'éthique du Centre

de recherche de l'hôpital Ste-Justine est présentée à l'annexe A. Une copie du formulaire de consentement utilisé se trouve à l'annexe B.

La thèse se divise en quatre sections. Le prochain chapitre présente la recension des écrits. Le chapitre suivant, l'article empirique découlant de la collecte de données brièvement explicitée ci-haut. Finalement, le dernier chapitre traite de ce qui est nécessaire de retenir du contenu de cette thèse doctorale ainsi que des avenues scientifiques et thérapeutiques découlant d'une réflexion effectuée le tout, sous forme de discussion générale.

## CHAPITRE II

### LA SÉCURITÉ D'ATTACHEMENT : UN CONCEPT PROMETTEUR POUR L'ANALYSE DES PROFILS DES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE?

Geneviève Beaudoin

Martine Hébert

Beaudoin, G., & Hébert, M. (sous presse). La sécurité d'attachement : Un concept prometteur pour l'analyse des profils des victimes d'agression sexuelle? Dans M. Hébert, M.Cyr, & M. Tourigny (Éds.), *L'agression sexuelle envers les enfants, tome 2*. Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.

## RÉSUMÉ

La présente recension des écrits a pour but de synthétiser les données actuelles portant sur l'adaptation des victimes d'une agression sexuelle à l'enfance en lien avec leur sécurité d'attachement. Pour ce faire, une description des concepts inhérents à la théorie de l'attachement est d'abord dressée, pour ensuite discuter des caractéristiques psychologiques et comportementales d'individus sans histoire d'agression sexuelle et ce, selon leur période développementale. Enfin, nous présentons les particularités propres à une population d'individus ayant été victimes de mauvais traitements à l'enfance en lien avec la qualité de leurs représentations mentales, l'agression sexuelle demeurant la cible du processus de réflexion. Ainsi, la description de l'adaptation psychologique et comportementale, de la qualité des relations sociales, familiales et conjugales, et des troubles de la personnalité rencontrés est effectuée par l'entremise d'études ayant établi un lien empirique entre ces variables et la sécurité d'attachement des victimes d'une agression sexuelle. Finalement, les limites méthodologiques des études recensées ainsi que des pistes d'ordre méthodologique quant à la conduite des études futures sont présentées.

## 2.1 Introduction

Plusieurs symptômes ont été associés à l'agression sexuelle (Cole & Putnam, 1992; Kendall-Tackett et al., 1993; Paolucci et al., 2001; Putnam, 2003; Tyler, 2002). Les études récentes suggèrent que les profils des enfants agressés sexuellement sont très diversifiés (Hébert, Parent et al., 2006) et que peu importe la sévérité de l'agression sexuelle subie, certaines victimes semblent résilientes (Collin-Vézina et al., 2005). Afin de rendre compte de cette diversité, différents modèles théoriques permettant de faire un lien entre l'agression sexuelle subie et les difficultés d'adaptation psychologiques et comportementales constatées suite au traumatisme vécu ont été décrits (Hébert, 2011). Les principaux modèles proposés sont multi-factoriels et impliquent des variables liées à trois catégories spécifiques : celles directement liées à l'agression sexuelle, celles associées aux variables familiales, dont les comportements et réactions des parents non-agresseurs, et celles attribuables aux caractéristiques personnelles de la victime, telles les stratégies d'adaptation ou les attributions. Un modèle théorique qui semble prometteur dans l'explication de la symptomatologie des personnes ayant vécu une agression sexuelle a été initialement proposé par Alexander (1992). Ce modèle intègre à la fois les variables liées aux caractéristiques des parents non-agresseurs et celles de l'enfant agressé sexuellement: la sécurité d'attachement. Cette conceptualisation, bien que présentant un potentiel de compréhension intéressant tant au niveau de la recherche que de l'intervention, a cependant été peu exploitée pour orienter les études menées à ce jour.

Dans le présent chapitre, nous décrivons la sécurité d'attachement : son développement, ses implications sur le plan personnel et social de l'enfance à l'âge adulte et l'impact associé aux mauvais traitements à un jeune âge sur la formation des patrons d'attachement. Par la suite, nous proposons une recension critique des écrits traitant à la fois de la problématique de l'agression sexuelle à l'enfance et de la sécurité d'attachement, sur la présence de difficultés cognitives, personnelles et sociales ultérieures. Finalement, nous identifions des pistes de réflexion et de recherches futures,

afin de parfaire les connaissances cliniques et théoriques dans le domaine de l'agression sexuelle.

## 2.2 Le patron d'attachement

Dès son jeune âge, l'enfant apprend à interagir avec son environnement immédiat en fonction des réponses qu'il perçoit et croit être en mesure de recevoir. Selon la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1980), la qualité de la relation que l'enfant entretient avec ses principaux fournisseurs de soins affecte la construction des représentations mentales qu'il a de lui et des autres. Très tôt, il s'attache émotionnellement à ses figures parentales et module ses comportements de recherche de soutien et de réconfort auprès de ces dernières, selon ses apprentissages antérieurs en relation avec elles (Bowlby, 1977). De par la qualité de ces expériences, l'enfant se construit un modèle cognitif opérant teinté de la disponibilité de ses figures parentales et de la capacité qu'il croit avoir pour modifier son environnement afin d'obtenir réponse à ses besoins. Le modèle cognitif opérant de l'enfant reflèterait ainsi la perception subjective qu'il a de lui-même, des autres et de ses relations avec eux; perception teintée de ses expériences passées (Bernier, Larose, & Boivin, 2003; Bowlby, 1982; Main et al., 1985). Par conséquent, le schème théorique de Bowlby présuppose que la qualité des interactions futures de l'enfant, tout comme ses attentes et ses croyances, est affectée par son modèle cognitif opérant (Bowlby, 1969/1982). Relativement stables à travers le temps (Bowlby, 1980), les modèles cognitifs opérants moduleraient les informations perçues par l'enfant : certains éléments générant trop d'anxiété chez ce dernier pourraient être exclus de sa conscience (Main et al., 1985) ou assimilés dans le but d'être compatibles avec ses représentations mentales (Bowlby, 1980). Ces propositions théoriques impliquent que si la figure d'attachement de l'enfant est sensible et adéquate pour répondre à ses besoins, ce dernier parvient à former une représentation mentale d'elle comme étant accessible et sensible, ainsi qu'une représentation mentale personnelle de compétence à générer une réponse satisfaisante de son environnement (Ainsworth et al., 1978). De telles représentations d'attachement sont considérées

comme étant sécurisantes. Par contre, chez l'enfant qui a une figure d'attachement qui répond inadéquatement à ses besoins émotifs ou qui le fait de façon inconsistante, la représentation mentale qu'il développe pourrait refléter une difficulté à faire confiance à sa figure parentale afin de combler efficacement ses besoins. En ce sens, la représentation mentale personnelle qu'il se crée l'amènerait à croire qu'il est incapable d'obtenir une coopération satisfaisante de sa figure d'attachement lorsqu'il exprime ses besoins et est ainsi considérée insécurisante (Crittenden & Ainsworth, 1989).

Découlant de ces constats, les travaux originaux d'Ainsworth et de ses collaborateurs (Ainsworth et al., 1978) ont permis de documenter trois patrons d'attachement distincts à la petite enfance, au cours d'une procédure de séparation-réunion effectuée en laboratoire et nommée la *Situation Étrangère*. Ces patrons comportementaux sont présumés refléter les différences individuelles quant à la sécurité ou l'insécurité des représentations d'attachement de l'enfant. La *Situation Étrangère* a d'abord été utilisée chez les enfants âgés entre 12 et 18 mois, accompagnés principalement de leur mère. Tout au long de la procédure de séparation-réunion et lorsqu'il interagit avec la personne étrangère dans la salle, les réactions de l'enfant sont filmées et l'intérêt est principalement porté sur les comportements émis lors du retour de la mère suite à une séparation de quelques minutes. Le patron d'attachement identifié au cours de cet exercice est associé aux comportements d'approche ou d'évitement observés chez l'enfant lors de la réunion avec son parent, comportements qui pourraient lui permettre de réguler sa détresse et de retrouver un certain sentiment de sécurité suite à la séparation (Main & Weston, 1982).

Dans les prochains paragraphes, nous décrivons les comportements observés chez les enfants participants à la procédure de séparation-réunion lors du retour du parent, et ce, en lien avec le patron d'attachement identifié par les chercheurs. Par la suite, nous abordons le concept d'attachement au-delà de la petite enfance, afin de discuter de la stabilité des patrons d'attachement et des agissements présents en situation de détresse selon les périodes développementales.

2.2.1 *Le patron d'attachement sécure (B)*. Les enfants identifiés comme présentant un patron d'attachement sécure ont une figure parentale qui parvient à calmer rapidement et efficacement la détresse qu'ils ressentent lors de la *Situation Étrangère*. Une fois calmé, l'enfant réussit aisément à explorer son environnement en toute quiétude (Ainsworth et al., 1978). Il est proposé ici que la figure parentale parvient à émettre des réponses adéquates de réconfort et de soutien lorsque l'enfant active son système d'attachement afin d'exprimer ses besoins ou ses craintes (Bowlby, 1980; Main, 1995; Miljkovitch et al., 2003). Selon les résultats d'une méta-analyse effectuée avec les données normatives récoltées auprès de jeunes enfants en Amérique du Nord, 62% auraient un patron d'attachement sécure (Van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999).

2.2.2 *Le patron d'attachement insécure de type évitant (A)*. Les enfants ayant un patron d'attachement évitant émettent des comportements pour inhiber l'expression de la détresse ressentie lors de la *Situation Étrangère*. Lorsque la figure d'attachement revient suite à la séparation engendrée par l'expérimentation, l'enfant évitant se concentre sur les objets présents dans la pièce plutôt que sur sa figure parentale. Il est présumé que cette attitude le préserve d'être confronté aux comportements de rejet de sa figure d'attachement ressentis lorsqu'il exprime ses besoins ou ses craintes (Ainsworth et al., 1978). Ce répertoire comportemental désactiverait son système d'attachement en situation de détresse (Bowlby, 1980; Main, 1995; Miljkovitch et al., 2003), ce qui l'empêcherait de ressentir un niveau d'anxiété accru (Ainsworth & Bell, 1970; Bowlby, 1980). Ce patron d'attachement se retrouverait auprès d'environ 15% des enfants, tel que démontré par les données de la méta-analyse citée précédemment (Van IJzendoorn et al., 1999).

2.2.3 *Le patron d'attachement insécure de type ambivalent (C)*. Dans la procédure de la *Situation Étrangère*, les enfants présentant un patron d'attachement ambivalent, soit environ 9% de la population normale des enfants en Amérique du Nord (Van IJzendoorn et al., 1999), manifestent des comportements de résistance lors du

retour de la figure d'attachement. Ils se démarquent par l'expression de colère ou une difficulté à trouver le réconfort auprès de leur figure parentale (Ainsworth et al., 1978). Suivant l'hypothèse que la figure d'attachement n'aurait pas su réconforter efficacement et de façon consistante la détresse exprimée par l'enfant ambivalent, ce dernier, incertain d'obtenir une réponse adéquate de la part de son parent (Ainsworth et al., 1978), activerait exagérément son système d'attachement, par des réponses excessives ou immatures, dans les situations qui semblent générer une insécurité moindre chez les enfants présentant un attachement sécure (Bowlby, 1980; Main, 1995; Miljkovitch et al., 2003).

Puisque certains enfants démontraient un profil comportemental au cours de la *Situation Étrangère* ne pouvant être classifié par l'une des trois catégories précédemment explicitées (Crittenden, 1985), Main et Solomon (1990) ont proposé une troisième catégorie d'attachement insécure chez l'enfant, soit l'attachement insécure désorganisé/désorienté.

2.2.4 *Le patron d'attachement insécure de type désorganisé/désorienté (D)*. Lors de la réunion engendrée par la *Situation Étrangère*, environ 15% des enfants provenant d'une population normale (Van IJzendoorn et al., 1999) émettent des comportements inhabituels et contradictoires, comme de l'immobilité, du retrait, des gestes tant de fuite que d'approche, ou donnent l'impression d'être en transe en présence du parent (Main & Solomon, 1988, 1990). Il est supposé que la représentation mentale des figures parentales de ces enfants est teintée du sentiment de peur et d'incertitude qu'ils ressentent face à un donneur de soins hostile ou dépourvu d'émotion (Lyons-Ruth & Block, 1996; Lyons-Ruth et al., 1991). Afin d'expliquer ces comportements, les chercheurs ont postulé que la principale figure d'attachement de ces enfants n'avait pas résolu le deuil d'une personne significative ou une expérience traumatisante à l'enfance, comme une agression sexuelle ou de la violence physique, affectant ses habiletés parentales et pouvant ainsi générer des craintes chez l'enfant (Main & Hesse, 1990). Conséquemment, plutôt que de protéger l'enfant, cette figure d'attachement serait elle-

même la source d'anxiété de l'enfant et activerait son système d'attachement. D'autres variables pourraient également jouer un rôle important dans la formation d'un attachement inséure désorganisé/désorienté, au-delà des caractéristiques parentales (Bernier & Meins, 2008). Ainsi, des recherches émergentes font état d'une sensibilité préalable chez certains enfants au développement d'un attachement inséure de type désorganisé/désorienté. Les derniers développements scientifiques sous-entendent que certains enfants auraient possiblement une prédisposition génétique, ainsi qu'un tempérament, des difficultés développementales ou une pathologie qui pourraient provoquer des comportements atypiques chez la figure parentale et, le tout jumelé à un contexte environnemental favorisant un niveau de stress élevé, privilégierait la formation d'un attachement désorganisé/désorienté (Bernier & Meins, 2008). Néanmoins, une étude méta-analytique démontre que même sans prédisposition génétique connue, la maltraitance parentale et l'accumulation de facteurs de risque socio-économique susceptibles d'être associés à des environnements de vie chaotique sont des facteurs de risque majeurs dans le développement du patron d'attachement désorganisé/désorienté (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & Van Ijzendoorn, 2010).

### 2.3 Les représentations mentales au-delà de la petite enfance

Main et Cassidy (1988) ont adapté la procédure de la *Situation Étrangère* afin de l'utiliser auprès d'enfants âgés d'environ 6 ans, permettant ainsi l'examen de la continuité des patrons d'attachement dans une perspective développementale. Les résultats de leur étude démontrent que pour la plupart des dyades parent-enfant, la sécurité d'attachement est stable à travers le temps, tel qu'observé par les manifestations comportementales des enfants, appuyant par conséquent les écrits de Bowlby (1980). Ainsi, les enfants ayant un patron d'attachement sécure réagissent de façon calme et posée lors de la réunion avec le parent, semblent éprouver du plaisir à retrouver le contact avec leur figure d'attachement et les échanges verbaux entre la dyade sont ouverts. Les enfants présentant un patron d'attachement évitant semblent vouloir éviter les moments d'intimité avec la figure d'attachement lors de son retour, tout en

démontrant une froideur émotionnelle et en répondant de façon évasive aux sollicitations de cette dernière. En ce qui a trait aux enfants ayant un patron d'attachement ambivalent, une dépendance exagérée face à la figure d'attachement lorsque la séparation prend fin est observée et ils émettent des comportements ambivalents, variant de l'immaturation à l'agressivité. Enfin, certains enfants d'âge scolaire émettent des comportements désorganisés ou contrôlant en interaction avec leur figure d'attachement et leur style de conversation démontre des blocages et difficultés à échanger avec cette dernière, pouvant rendre leurs échanges incohérents (Main & Cassidy, 1988). Ainsi, trois catégories de l'attachement insécure-désorganisé/désorienté furent observées : l'enfant contrôlant-punitif exerce un contrôle sur sa figure parentale en émettant envers elle des gestes empreints d'agressivité et d'hostilité; l'enfant contrôlant-attentionné est excessivement poli et attentionné envers sa figure d'attachement, dans le but d'aider et de générer des émotions positives chez cette dernière et l'enfant ayant un patron d'attachement comportementalement désorganisé émet des comportements désorganisés, incohérents et incomplets, tout en semblant confus ou anxieux en présence de sa figure d'attachement.

L'identification du même patron d'attachement chez un échantillon d'enfants d'âge scolaire déjà évalué à la petite enfance, permet d'observer une certaine stabilité des représentations mentales d'attachement, avec quelques nuances importantes à considérer en ce qui a trait aux enfants ayant des stratégies comportementales désorganisés/désorientées. Malgré ces constats, il est important de noter que d'autres auteurs ont démontré la possibilité que la relation d'attachement établie entre l'enfant et son parent soit instable, particulièrement s'il survient dans la vie de l'enfant des événements de vie difficiles, comme le divorce des parents, un changement dans la sensibilité du parent, des difficultés financières ou des problèmes de santé (Bar-Haim et al., 2000; Moss et al., 2005; NICHD, and the Early Child-Care Network, 2001). De récentes données longitudinales ont démontrés cette instabilité à l'âge préscolaire, sur une période de deux ans, particulièrement si l'enfant est confronté à divers événements anxigènes (Moss et al., 2005). Les représentations mentales internes de l'enfant ne sont

pas à l'abri des difficultés rencontrées pouvant affecter la disponibilité de la figure d'attachement envers son enfant et ainsi influencer son sentiment de sécurité (Moss et al., 2005).

D'autres chercheurs se sont intéressés à l'évaluation du patron d'attachement au-delà de l'enfance, soit à l'adolescence et à l'âge adulte. Cet intérêt bonifie la compréhension des stratégies comportementales des enfants devenus grands, au cours d'une période développementale où les parents sont de moins en moins des figures actives et présentes dans le réseau immédiat de l'adolescent et de l'adulte (Zimmermann, 2003).

Comparativement aux enfants, l'observation directe de comportements illustrant la détresse de l'adolescent ou de l'adulte est plus difficile à obtenir par des expérimentations en laboratoire. Les situations générant normalement un niveau d'anxiété important en bas âge (exemple : la *Situation Étrangère*) ne créent pas le même inconfort chez l'adolescent ou l'adulte. Avec l'âge, l'individu qui se sépare de ses parents ne ressent pas nécessairement de perturbation émotionnelle, ayant intériorisé les représentations mentales de ses figures d'attachement (Bowlby, 1973). Son registre comportemental est également différent de celui émis par l'enfant. Ainsi, l'individu n'a plus besoin d'une proximité directe avec sa figure parentale, il peut maintenant accéder à d'autres confidents ou communiquer indirectement avec ses parents lorsqu'il vit une détresse émotionnelle (Zimmermann, 2003). Afin de répondre à ces réalités propres au développement de l'individu, des instruments de mesure sous forme d'entrevue semi-structurée (George, Kaplan, & Main, 1985) ou de questionnaires auto-rapportés (Armsden & Greenberg, 1987; Bartholomew & Horowitz, 1991; Brennan, Clark, & Shaver, 1998; Collins & Read, 1990; Hazan & Shaver, 1987) furent créés.

Suite à l'étude de populations adolescentes et adultes, les quatre patrons d'attachement notés à l'enfance sont toujours répertoriés à un âge plus avancé: l'attachement autonome (sécure à l'enfance), évitant, préoccupé (ambivalent à l'enfance) et non-résolu (identifié quelques fois comme apeuré; désorganisé/désorienté à l'enfance). Sommairement, on

peut qualifier les quatre patrons d'attachement de la façon suivante. L'individu ayant un patron d'attachement sécure, tel qu'obtenu par le biais de l'*Entrevue d'Attachement à l'Âge Adulte* (George et al., 1985), présente un discours cohérent et équilibré sur ses expériences passées, pardonnant les erreurs de ses parents et reconnaissant ses propres inconduites. Il valorise les relations d'attachement en cas de détresse et ne dénigre pas le besoin de dépendre des autres dans ces circonstances. L'individu ayant un patron d'attachement évitant ne parvient pas à obtenir de souvenirs clairs de son enfance, même s'il décrit cette période de sa vie comme heureuse. Il tend à idéaliser ses parents, même si les expériences spécifiques qu'il rapporte n'appuient pas ses propos généraux, et peut nier l'impact important de certains événements passés rapportés comme négatifs ou traumatiques, sur sa personnalité actuelle. De surcroît, la personne ayant un patron d'attachement évitant n'est pas confortable à dépendre d'autrui en période difficile, privilégiant l'indépendance. La particularité des individus ayant un patron d'attachement préoccupé réside dans le fait que leur discours manque de recul et suggère qu'ils sont encore absorbés ou en colère face aux expériences du passé, tel que noté par l'émission de doute et d'incertitude quant aux comportements parentaux jugés inconsistants. Ces personnes présentent un besoin de dépendance envers les autres qui est important mais qui génère un inconfort notable. Finalement, les individus présentant un patron d'attachement non-résolu, n'ont pas réglé, au moment de l'entrevue, une expérience traumatique, un décès ou la perte d'une figure d'attachement à l'enfance, tel que remarqué dans les particularités du discours. Par exemple, ils peuvent s'exprimer comme si la personne défunte était toujours vivante, peuvent avoir un discours décousu, dépourvu de sens ou produire de longues pauses, donnant l'impression de ne plus être en contact avec la personne qui les évalue (George et al., 1985; Main, 1995; Main & Hesse, 1990).

Malgré les avantages évidents de l'utilisation d'entrevues ou de questionnaires évaluant le patron d'attachement à l'adolescence et à l'âge adulte, les chercheurs n'ont pas accès aux comportements d'attachement de l'individu, comme c'est le cas à la petite enfance (Zimmermann, 2003). Ils obtiennent soit des observations ou des souvenirs de l'enfance

rapportés par l'adolescent ou l'adulte (George et al., 1985), ces derniers risquant d'être biaisés si l'individu a subi un événement de vie difficile tel qu'un deuil ou des mauvais traitements (Alexander et al., 2005), ou font des inférences par l'analyse de la qualité des relations sociales ou amoureuses de la personne rencontrée (Armsden & Greenberg, 1987; Bartholomew & Horowitz, 1991; Brennan et al., 1998; Collins & Read, 1990; Hazan & Shaver, 1987). Par ailleurs, il faut considérer que les modèles cognitifs opérants peuvent se modifier dans le temps, s'ajustant à la réalité de l'individu (Bowlby, 1980). Ainsi, le patron d'attachement de l'individu évalué à l'adolescence ou à l'âge adulte peut être différent de celui qu'il aurait eu à l'enfance, si, suite à certains événements de vie stressants (un deuil, un divorce, des mauvais traitements), les représentations mentales ne correspondent plus aux apprentissages effectués et assimilés antérieurement. Suivant cette ligne de pensée, Waters et son équipe ont effectué une étude longitudinale sur une période de 20 ans et ont remarqué que les enfants ayant un patron d'attachement sécure à l'enfance, étaient identifiés par un patron d'attachement insécure à l'âge adulte lorsqu'ils rapportaient avoir vécu un ou plusieurs événements de vie stressants (décès d'un des parents, divorce, état de santé compromis de l'enfant ou du parent, désordres psychiatriques du parent et agressions sexuelles ou physiques de l'enfant par un membre de la famille), entre les deux moments de mesure (Waters et al., 2000). D'autres études longitudinales ont répliqué ce constat, que ce soit au sein d'une population adolescente (Hamilton, 2000), de jeunes adultes (Lewis et al., 2000), ou d'individus considérés à risque de difficultés comportementales (Weinfield et al., 2000). Ainsi, il apparaît important de prendre en considération ces derniers éléments, lorsque l'objectif de l'étude est d'évaluer l'impact du patron d'attachement sur l'adaptation psychologique et comportementale d'un individu suite à un événement supposé générer une symptomatologie particulière. De surcroît, il est possible que l'observation de difficultés d'adaptation en lien avec le patron d'attachement d'une population adulte ayant vécu un traumatisme (par exemple, une agression sexuelle), ne soit pas reliée à cet événement spécifique. Les représentations mentales internes de ces individus ont pu se modifier suite au traumatisme ou encore, certaines personnes ont pu vivre d'autres

événements de vie à connotation négative ayant pu transformer leur patron d'attachement entre l'enfance et l'âge adulte (Bowlby, 1980; Hamilton, 2000; Lewis et al., 2000; Waters et al., 2000; Weinfield et al., 2000). D'ailleurs, lorsque la qualité de la relation entre l'enfant et son parent change avec le temps, il est fort peu probable que la sécurité d'attachement prédise l'adaptation psychologique ultérieure de l'individu (Thompson, 1999). Il devient donc difficile, lorsque la population à l'étude ne cible pas les enfants, d'inférer que le patron d'attachement actuel reflète celui de l'enfance au moment du traumatisme et qu'il est par ailleurs tributaire des manifestations comportementales problématiques observées. On ne peut considérer le patron d'attachement comme le seul facteur contribuant à l'adaptation psychosociale d'un individu : une évaluation globale de la qualité de l'environnement et des événements survenus s'avère nécessaire (Thompson, 1999).

L'explication des processus associés au développement et au maintien des représentations mentales terminée, il est maintenant essentiel de comprendre le développement individuel normatif associé aux divers patrons d'attachement, afin de faciliter la compréhension des difficultés d'adaptation soulevées chez certains sous-groupes de la population (Sable, 2008). Les travaux empiriques ayant documenté les corrélats associés à la sécurité d'attachement témoignent de certains constats en ce qui a trait à l'adaptation des individus. Au cours des prochaines sections de ce chapitre, nous décrivons le profil comportemental, psychologique et social des individus en lien avec leur patron d'attachement, sans considérer qu'ils soient victimes ou non d'un traumatisme à l'enfance. Par la suite, nous discuterons de l'impact plus spécifique des mauvais traitements à l'enfance sur le développement et la cristallisation des patrons d'attachement suivant ces épisodes traumatiques. Plus particulièrement, nous soulignerons certaines différences entre l'environnement familial de l'enfant victime d'une agression sexuelle et l'enfant subissant d'autres formes de mauvais traitements.

#### 2.4 Caractéristiques comportementales selon la période développementale, en lien avec le patron d'attachement

Il est suggéré que les enfants ayant un patron d'attachement sécure possèdent une confiance en contexte d'interactions sociales, croyant en leurs capacités de contrôler leur environnement et d'atteindre les objectifs fixés (Weinfield, Sroufe, Egeland, & Carlson, 1999). Ils démontreraient une estime de soi positive, s'adapteraient bien aux différentes interactions sociales ainsi qu'aux demandes qui y sont reliées, tout en étant moins susceptibles de développer des troubles de comportement intériorisés et extériorisés, suggérant une plus grande résistance aux différents stressors environnementaux (Hamner & Turner, 2001; LaFreniere & Sroufe, 1985; Lyons-Ruth, Easterbrooks, & Cibelli, 1997; Weinfield et al., 1999; Wood et al., 2004).

Contrairement aux enfants ayant un patron d'attachement insécure, les enfants sécures d'âge préscolaire et scolaire adopteraient des stratégies de résolutions aux conflits plus adéquates, seraient plus empathiques, demanderaient l'assistance de leur figure d'attachement lorsqu'ils éprouveraient des difficultés et parviendraient à tolérer la frustration éprouvée dans l'attente d'une solution (Hamner & Turner, 2001; Weinfield et al., 1999). Par ailleurs, ces enfants ont démontré une capacité à répondre efficacement à la détresse exprimée par autrui, illustrant bien le développement d'un partenariat à buts corrigés entre l'enfant et son parent : l'enfant parvient à s'ajuster au ressenti de son fournisseur de soins, à exprimer ouvertement ses états émotionnels, et à établir un style de communication qui permet des échanges réciproques et équilibrés, tout en respectant les besoins mutuels (Bowlby, 1969/1982; Dubois-Comtois & Moss, 2004; Marvin & Britner, 1999; Moss, St-Laurent, Cyr, & Humber, 2003).

En ce qui a trait aux enfants ayant un patron d'attachement insécure, ils présenteraient une plus grande dépendance envers l'adulte, ressentiraient plus d'affects négatifs, notamment de la colère, et démontreraient plus de comportements agressifs (Thompson, 1999; Weinfield et al., 1999). Plus particulièrement, les enfants évitants et ambivalents seraient susceptibles de démontrer des difficultés psychosociales moins importantes que

les enfants ayant un patron d'attachement désorganisé ou contrôlant, pour lesquels le risque de difficultés comportementales et psychologiques a été identifié comme plus important (Fagot, 1995; Lyons-Ruth, Alpern, & Repacholi, 1993; Lyons-Ruth et al., 1997; Moss, Bureau et al., 2004; Weinfield et al., 1999). En ce qui a trait au profil comportemental type associé à chacune des catégories d'attachement insécure, des observations différentes ont été rapportées, suggérant la difficulté encore actuelle de décrire le profil comportemental des enfants ayant un patron d'attachement évitant ou ambivalent (Moss, Cyr et al., 2004). Ainsi, quelques chercheurs suggèrent que les enfants évitants manifesteraient davantage de troubles de comportement intériorisés (Lyons-Ruth et al., 1997; Moss, Rousseau, Parent, St-Laurent, & Saintonge, 1998) et que les enfants ambivalents exprimeraient surtout des troubles de comportement extériorisés (Cohn, 1990; Moss, Cyr et al., 2004). Cependant, d'autres études suggèrent le contraire, tel que démontré dans le cadre de deux recensions des écrits abordant les difficultés d'adaptation en lien avec la sécurité d'attachement des enfants (Thompson, 1999; Weinfield et al., 1999). Selon les différentes études recensées, les enfants ayant un patron d'attachement évitant ou désorganisé/désorienté, seraient plus à risque de démontrer des comportements agressifs en interaction sociale, comparativement aux enfants ambivalents et sécures. Les enfants ambivalents se présenteraient comme plus effacés, passifs, timides, anxieux et moins confiants dans divers contextes sociaux, tout en ayant de la difficulté à se détacher de la détresse d'autrui. Pour ce qui est des enfants désorganisés/désorientés, ils seraient plus susceptibles de développer un trouble dissociatif (Thompson, 1999; Weinfield et al., 1999).

Dans la même lignée, les adolescents ayant un patron d'attachement sécure arrivent à prendre contact avec leurs figures parentales lorsqu'ils éprouvent de la détresse, tout en optant pour des stratégies de résolution de conflits plus adéquates et efficaces que les adolescents ayant un patron d'attachement insécure (Zimmermann, 2003). De même, la sécurité d'attachement à l'adolescence est significativement associée à une meilleure estime de soi, à une identité personnelle claire, à moins d'hostilité, d'anxiété et de désespoir (Zimmermann, 2003).

Pour leur part, les adultes ayant un patron d'attachement autonome sont identifiés comme généralement confortables en relations sociales, contrairement aux individus ayant un patron d'attachement évitant qui font difficilement confiance à autrui et tendent à éviter les relations sociales. Il est proposé que ces derniers parviennent difficilement à s'investir dans une relation, probablement en lien avec une crainte du rejet de leur personne. Les adultes ayant un patron d'attachement préoccupé privilégient au contraire la dépendance aux autres, tout en craignant ne pas être aimés. Ils ont donc tendance à être très complaisants afin d'être acceptés (Hesse, 2008).

Ces constats établis, nous sommes en mesure de nous questionner sur l'importance des mauvais traitements à l'enfance, en ce qui a trait au développement du patron d'attachement et des difficultés relationnelles et personnelles associées à ce type de traumatisme. La section suivante aborde cet aspect particulier des écrits scientifiques dans le domaine de l'attachement, avec toutes les nuances qui s'imposent lorsqu'il est question de mauvais traitements vécus à l'enfance.

## 2.5 Le patron d'attachement en lien avec les mauvais traitements vécus à l'enfance

Bowlby et ses collègues (Bowlby, Fry, & Ainsworth, 1953) ont déjà postulé que les mauvais traitements subis pendant l'enfance peuvent augmenter les peurs de l'enfant face à sa figure d'attachement, puisqu'elle ne parvient pas à assurer sa protection lorsqu'elle inflige ou n'empêche pas les mauvais traitements. Selon une recension de 13 études établissant une description du patron d'attachement d'enfants âgés entre 11 et 24 mois ayant subi des mauvais traitements physiques et/ou de la négligence, 76% d'entre eux ont un patron d'attachement insécure, comparativement à 34% des enfants du groupe de comparaison (Morton & Browne, 1998). Malgré ce constat, certains enfants reconnus victimes de négligence et d'agression physique ont été identifiés ayant un patron d'attachement sécure (Morton & Browne, 1998) et pourraient être qualifiés de résilients ou moins prédisposés à développer un attachement du type désorganisé/désorienté (Bernier & Meins, 2008). Plusieurs études ont démontré qu'une

importante proportion d'enfants provenant d'un environnement qui les soumet à de la négligence ou à des agressions physiques construisent des représentations mentales de soi et des autres qui maintiennent un attachement désorganisé/désorienté (Crittenden, 1988; Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum, & Botein, 1990; Valenzuela, 1990), ce qui n'est par contre pas le constat pour tous les enfants agressés ou négligés.

Mikulincer et Florian (Mikulincer & Florian, 1998) suggèrent que le patron d'attachement sécure serait une ressource interne permettant à l'individu de faire face à des situations de vie stressantes de façon plus adaptée et constructive, afin d'améliorer son sentiment de bien-être et de privilégier une résilience malgré le traumatisme vécu. D'ailleurs, une étude récente effectuée auprès d'adultes, souligne l'aspect protecteur du patron d'attachement sécure sur le développement d'une psychopathologie ultérieure (McLewin & Muller, 2006). Les résultats obtenus démontrent que le concept de soi positif est un prédicteur important de l'absence de difficultés comportementales et psychologiques à l'âge adulte, que la personne ait ou non été victime de violence à l'enfance (agression physique, psychologique ou témoin de violence conjugale). Ainsi, il semble que ce ne soit pas nécessairement le traumatisme vécu à l'enfance qui soit tributaire des difficultés d'adaptation futures, mais davantage les caractéristiques propre au patron d'attachement de l'individu, le groupe de participants victimes de violence à l'enfance ne se différenciant pas du groupe de comparaison. Par contre, les résultats de cette étude auraient pu être très différents si l'agression sexuelle avait été considérée dans les analyses. La violence à l'enfance, quelle qu'elle soit, affecte les relations parents-enfants (Cook et al., 2005), mais lorsqu'il s'agit d'une agression sexuelle, l'agresseur n'est pas nécessairement le parent de l'enfant. Il est donc possible que les enjeux ayant trait au patron d'attachement soient différents auprès d'une population de victimes d'agression sexuelle. À notre connaissance, aucune étude publiée ne s'est encore portée sur l'évaluation des patrons d'attachement des enfants agressés sexuellement pour valider cette hypothèse (Bolen, 2002; Morton & Browne, 1998).

## 2.6 Particularités à considérer selon que l'enfant est victime d'une agression physique ou sexuelle

Les recherches antérieures ont particulièrement ciblé les survivants d'agression physique ou de négligence à l'enfance (Bacon & Richardson, 2001), le plus souvent victimes de mauvais traitements de la part de leurs figures parentales. Dans le cas d'une agression sexuelle, l'agresseur peut être issu de la famille immédiate (père, beau-père, frère, etc.), de la famille élargie (oncle, cousin) ou être un agresseur extrafamilial (voisin, ami de la famille, etc.), ce qui représente un contexte familial différent du premier cas de figure. Par exemple, selon une étude américaine effectuée auprès de femmes ayant vécu des mauvais traitements à l'enfance, 90% des agresseurs infligeant une agression physique à l'enfant étaient des membres immédiats de la famille (parents, beaux-parents ou autres membres de la famille). En ce qui a trait aux agresseurs perpétrant une agression sexuelle à l'enfant, 65% des agressions sexuelles furent commises par un membre de la famille élargie ou un adulte en qui l'enfant avait confiance, mais seulement 7% des agresseurs étaient membres de la famille immédiate (parents ou beaux-parents) (Bottoms, Rudnicki, & Epstein, 2007). Lorsqu'il s'agit de données ontariennes obtenues auprès d'enfants pour qui un signalement de mauvais traitements a été fait, seulement 11% des cas d'agression physique furent perpétrés par un membre de la famille différent du père ou de la mère (Fallon et al., 2005). Si l'enfant a subi une agression sexuelle, 47% des agresseurs sont des membres de la famille élargie ou une connaissance de l'enfant (Fallon et al., 2005). Les événements d'agression physique peuvent faire référence à une discipline sévère et inadéquate, attribuant un rôle plus important aux parents de l'enfant. Ce constat ne peut être établi auprès des enfants victimes d'une agression sexuelle. Qu'une agression sexuelle soit intrafamiliale ou extrafamiliale, il est possible que l'enfant bénéficie d'un soutien parental adéquat de la part du parent non agresseur suite au dévoilement de l'agression sexuelle, permettant ainsi de rétablir son sentiment de sécurité et d'enrayer la menace (Cook et al., 2005). D'ailleurs, selon le type de mauvais traitement vécu par l'enfant, les représentations mentales parentales et de soi seraient différentes (Toth, Cicchetti, Macfie, & Emde, 1997; Toth, Cicchetti, MacFie,

Maughan, & Vanmeenen, 2000). Ainsi, les représentations mentales parentales sont plus négatives chez l'enfant victime d'agression physique que chez l'enfant agressé sexuellement, victime de négligence ou n'ayant subi aucun traumatisme (Toth et al., 1997; Toth et al., 2000) et les représentations mentales de soi sont plus positives chez l'enfant victime d'une agression sexuelle que chez l'enfant négligé (Toth et al., 1997). L'environnement familial d'un enfant agressé sexuellement peut également être très différent des enfants subissant des agressions physiques ou de la négligence. Certains enfants peuvent être témoins ou victimes de violence concomitante ou antérieure à l'agression sexuelle et évoluer dans un milieu familial perturbé. Cependant, d'autres enfants agressés sexuellement peuvent provenir de familles plus harmonieuses, à l'intérieur desquelles l'agression sexuelle est actuellement le seul événement traumatique dans la trajectoire de vie de l'enfant (Hébert, Parent et al., 2006).

La qualité de la relation parent-enfant en réponse à la détresse exprimée par l'enfant est un concept-clé dans la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1977, 1980): la qualité du soutien parental offert suite au dévoilement de l'agression sexuelle est une composante importante pour la mise à l'épreuve ou le maintien d'une relation d'attachement sécurisante. Ainsi, une recherche récente suggère que ce n'est pas tant la qualité du soutien parental offert à l'enfant après le dévoilement de l'AS, mais bien le patron d'attachement de la mère et ses ramifications auprès de l'enfant (la perception de la qualité de la relation parent-enfant), qui prédisent de façon plus importante l'adaptation de ce dernier (Bolen & Lamb, 2007). La pertinence d'aborder le patron d'attachement en contexte d'agression sexuelle devient ainsi plus claire : le parent non-agresseur est souvent la seule source de réconfort accessible lorsque l'enfant, qui n'a pas encore construit son réseau social extérieur au noyau familial (Hamner & Turner, 2001; Wood et al., 2004), dévoile le traumatisme sexuel dont il a été victime. Le type de relation d'attachement avec le principal fournisseur de soins de l'enfant pourrait alors jouer un rôle important dans le bien-être de la victime d'une agression sexuelle (Alexander, 1993; Roche et al., 1999; Schreiber & Lyddon, 1998). Les chercheurs qui se sont intéressés à la relation entre le patron d'attachement et la symptomatologie propre à

une population agressée sexuellement à l'enfance, l'ont principalement fait auprès de survivants adultes. Les connaissances empiriques provenant de ces études apportent une compréhension nouvelle et intéressante du vécu et du ressenti de l'adulte survivant d'une agression sexuelle à l'enfance, qui nécessitent d'être explorées.

## 2.7 Recension des écrits portant sur l'agression sexuelle et le patron d'attachement

Afin d'effectuer une recension des écrits qui permettrait d'obtenir un profil des survivants d'une agression sexuelle lorsque l'on considère la sécurité d'attachement en lien avec des variables comme les difficultés psychosociales, le souvenir et le dévoilement de l'agression sexuelle vécue ou encore, les troubles de la personnalité, une recherche exhaustive avec la base de données *PSYCHINFO* a été effectuée. À l'aide des mots-clés suivants : *sexual abuse*, *child sexual abuse* et *attachment*, et des références obtenues à la lecture de documents ciblés, plus de 200 articles théoriques et empiriques, thèses et chapitres de livres furent répertoriés. Suite à cette première étape, toutes les thèses, les articles théoriques et les chapitres de livres ne rapportant pas de résultats d'analyse statistique, furent éliminés du processus de sélection. De cette première recherche, 32 articles empiriques ont été retenus. La lecture complète des documents sélectionnés a permis de conserver 19 articles faisant l'objet de l'actuelle recension, selon les critères de sélection suivants : l'étude doit considérer la variable agression sexuelle de façon individuelle (ne pas être regroupée avec d'autres formes de mauvais traitements), l'instrument de mesure évaluant le patron d'attachement des participants doit être validé empiriquement et permettre une interprétation des résultats selon les patrons d'attachement (sécure (autonome), évitant, ambivalent (préoccupé) et désorganisé/désorienté (non-résolu ou apeuré) ou sécure-insécure) et l'article doit être rédigé en français ou en anglais. Les 13 articles éliminés ne furent pas retenus en raison de l'instrument de mesure utilisé, qu'il soit un instrument non validé empiriquement (Liang, Williams, & Siegel, 2006; Liem & Boudewyn, 1999; Siegel, 2000), qu'il soit utilisé d'une façon à ce que les résultats obtenus par les auteurs ne permettent pas de recourir à la nomenclature traditionnelle en attachement (Higgins, 2003; Hodson,

Newcomb, Locke, & Goodyear, 2006; Mallinckrodt, McCreary, & Robertson, 1995; Whiffen, Judd, & Aube, 1999); ou parce qu'il y a un cumul des types de mauvais traitements subis à l'enfance dans les analyses statistiques (Cloitre, Stovall-McClough, Zorbas, & Charuvastra, 2008; Higgins, 2003; Minzenberg, Poole, & Vinogradov, 2008; Muller & Lemieux, 2000; Styron & Janoff-Bulman, 1997; Waters et al., 2000).

Ce n'est que depuis les années 1990 (Bolen, 2002) que les chercheurs ont tenté d'établir un lien entre le patron d'attachement des survivants d'une agression sexuelle et les difficultés comportementales et psychologiques rapportées. Alexander (Alexander, 1992) fut la première à suggérer une piste de compréhension des difficultés d'adaptation observées chez les femmes ayant vécu une agression sexuelle à l'enfance, en explorant la possibilité que le patron d'attachement ait un rôle sur la venue du traumatisme et sur le niveau de détresse perçue. Or, la réflexion de l'auteure sous-tend premièrement : que la plupart des femmes agressées sexuellement ont un patron d'attachement insécure prédisposant l'agression sexuelle à l'enfance et deuxièmement : que ces dernières témoigneraient de difficultés comportementales et psychologiques variant selon leur sécurité d'attachement.

L'hypothèse première avancée par Alexander souligne l'importance de la transmission intergénérationnelle de l'attachement insécure des parents à l'enfant, afin de comprendre la survenue d'une agression sexuelle chez ce dernier. Ainsi, se basant sur le modèle de Zeanah et Zeanah (1989), le patron d'attachement évitant observé au sein de la famille refléterait la présence de comportements et d'interprétations sous le thème du rejet, le patron d'attachement ambivalent ou préoccupé, par le thème du renversement des rôles ou de la parentification et le patron d'attachement désorganisé/désorienté ou apeuré, par le thème des traumatismes non résolus et de la peur. La compréhension des comportements agresseurs ou non protecteurs seraient également liés à ces thèmes précis. Ainsi, le parent agresseur mobilisé par le thème du rejet, aurait tendance à être distant émotionnellement, à nier ses comportements inadéquats et à percevoir son conjoint et son enfant comme sa propriété, facilitant le passage à l'acte agressif. Pour ce qui est du

parent non-agresseur, il serait peu disponible physiquement et psychologiquement et ne pourrait donc assurer le réconfort et la protection de l'enfant. En ce qui a trait au parent agresseur mobilisé par le thème du renversement des rôles ou de la parentification, il s'attendrait à ce que son enfant réponde à ses besoins émotifs et sexuels. Le parent non-agresseur pourrait ne pas protéger son enfant, étant lui-même en attente d'un réconfort de la part de ce dernier ou encore, étant peu disponible physiquement et psychologiquement répondant lui-même aux besoins de son parent. Finalement, le parent agresseur motivé par le thème des traumatismes non résolus et de la peur, semblerait avoir moins d'inhibition et de jugement face aux gestes posés, étant soit sous l'influence de drogues ou dans un état de dissociation en réaction à ses propres souvenirs d'agressions à l'enfance. Ces comportements peuvent également être présents chez le parent non-agresseur ayant vécu des traumatismes à l'enfance, limitant ainsi la possibilité de concevoir l'abus qui se produit et d'agir pour la protection de l'enfant.

Tenant compte de la construction du modèle interne opérant de la victime, l'auteure avance également des hypothèses concernant les difficultés d'adaptation observées selon la sécurité d'attachement de la survivante. Par exemple, le rejet parental perçu par l'enfant évitant lors de l'expression de ses besoins ou de sa détresse, le prédisposerait à l'âge adulte à une capacité limitée pour exprimer ses peurs et ses besoins, à une tendance à nier son expérience émotionnelle et à s'isoler socialement. Parce qu'elles idéalisent la qualité des relations parentales et les expériences antérieures, ces femmes conserveraient tout de même une bonne estime personnelle et démontreraient peu de détresse malgré les difficultés vécues. Toujours selon Alexander, ce profil serait tout le contraire de celui des femmes agressées sexuellement à l'enfance ayant un patron d'attachement préoccupé. Ainsi, il est proposé qu'elles seraient plus susceptibles de développer des symptômes dépressifs et anxieux, conséquence d'un apprentissage antérieur qu'une manifestation exagérée du malaise senti assure une réponse parentale autrement inconsistante et imprévisible. Alexander suggère également que les survivantes adultes d'une agression sexuelle ayant un patron d'attachement non-résolu, seraient susceptibles de manifester des difficultés affectives plus importantes suite à l'agression sexuelle.

Ainsi, l'auteure postule que ces survivantes seraient davantage à risque de développer des désordres de stress post-traumatique ou dissociatifs, parce qu'elles n'auraient pas su intégrer efficacement les divers conflits et affects négatifs engendrés par la relation entretenue avec leur figure d'attachement, particulièrement générés par diverses expériences traumatiques subies au cours de l'enfance. Finalement, l'auteure propose que les patrons d'attachement préoccupé et non-résolu des survivantes d'une agression sexuelle fragiliseraient ou cristalliseraient un concept de soi précaire, prédisposant ainsi ces dernières au développement de troubles de la personnalité, tel que le trouble de la personnalité état-limite.

S'inspirant des écrits d'Alexander (Alexander, 1992), plusieurs auteurs ont tenté de démontrer la présence d'un lien empirique entre l'expérience passée d'une agression sexuelle, l'observation de difficultés d'adaptation et le patron d'attachement des survivants de ce traumatisme. Dans les prochaines sections de ce chapitre, nous brosons un bilan des études publiées qui abordent différentes variables en lien avec le patron d'attachement évalué suite à l'agression sexuelle subie à l'enfance. L'analyse des variables évaluées est divisée comme suit: 1) la prévalence des différents patrons d'attachement chez les victimes d'une agression sexuelle, 2) le rappel et le dévoilement de l'agression sexuelle et 3), la symptomatologie observée suite au traumatisme vécu.

## 2.8 Patrons d'attachement observés chez les victimes d'agression sexuelle

Les 10 études, sur les 19 recensées, qui fournissent un profil descriptif du patron d'attachement des participants, présentent majoritairement un échantillon ayant un patron d'attachement insécuré, particulièrement du type apeuré ou non-résolu (Aspelmeier, Elliott, & Smith, 2007; Bailey, Moran, & Pederson, 2007; Edelstein et al., 2005; Godbout, Lussier, & Sabourin, 2006; Godbout, Sabourin, & Lussier, 2007; Leifer, Kilbane, & Kalick, 2004; Lewis, Griffin, Winstead, Morrow, & Schubert, 2003; Minzenberg, Poole, & Vinogradov, 2006; Roche et al., 1999; Swanson & Mallinckrodt, 2001; Twaite & Rodriguez-Srednicki, 2004). Tel qu'illustré dans le tableau 2.1, les

patrons d'attachement des survivants d'une agression sexuelle à l'enfance se répartissent comme suit : entre 9 et 24% des adultes agressés sexuellement à l'enfance ont un patron d'attachement sécure, entre 11 et 35% ont un patron d'attachement évitant, entre 13 et 31%, un patron d'attachement préoccupé et entre 51 et 71% un patron d'attachement apeuré ou non-résolu (Alexander, 1993; Alexander et al., 1998; Anderson & Alexander, 1996; Bailey et al., 2007; Lewis et al., 2003; Stalker & Davies, 1995). Ces données démontrent l'insécurité prédominante des survivants d'une agression sexuelle au sein de leurs relations interpersonnelles et de leur concept de soi, constat d'ailleurs corroboré lorsque l'échantillon est comparé à un groupe sans histoire d'agression sexuelle qui s'avère plus sécure (Aspelmeier et al., 2007; Lewis et al., 2003; Twaite & Rodriguez-Srednicki, 2004). Ces données contrastent également avec celles d'une méta-analyse effectuée sur 33 études afin de dresser un profil du patron d'attachement de mères provenant d'une population normale (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). Selon cette méta-analyse, 55% des femmes ont un patron d'attachement sécure, 16% un patron d'attachement évitant, 9% un patron d'attachement préoccupé et 19% un patron d'attachement non-résolu.

Seulement trois études identifient les patrons d'attachement propres à l'histoire de victimisation, que l'agression sexuelle soit intrafamiliale ou extrafamiliale. Ainsi, Roche et ses collaborateurs (1999), à l'aide de scores continus d'attachement, observent que les femmes victimes d'une agression sexuelle de type intrafamilial ont un patron d'attachement moins sécure, moins évitant et davantage apeuré, comparativement aux participantes dont l'agression sexuelle est de type extrafamilial. Ces dernières étant plus évitantes que les femmes victimes d'inceste (Roche et al., 1999). Par contre, Alexander et ses collaborateurs ont démontré que lorsque l'agresseur est une figure paternelle, le patron d'attachement sécure est plus fréquent chez les victimes (Alexander et al., 1998). Ces résultats sont contraires aux conclusions de Roche (1999) et de Swanson et Mallinckrodt (2001), qui ont remarqué que les femmes victimes d'une agression sexuelle intrafamiliale sont plus insécures que celles ayant subi une agression sexuelle extrafamiliale. Cette dernière étude démontre que les femmes ayant vécu une agression

sexuelle intrafamiliale sont davantage caractérisées par un patron d'attachement évitant, contrairement aux femmes ayant vécu une agression sexuelle extrafamiliale et au groupe de comparaison (Swanson & Mallinckrodt, 2001).

Leifer et ses collègues (2004) ont évalué le patron d'attachement de mères africaines américaines et de leurs enfants victimes d'une agression sexuelle, pour remarquer qu'ils ont un score d'attachement sécure plus faible que les divers groupes de comparaison inclus dans l'étude (Leifer et al., 2004). Ainsi, chez les mères agressées sexuellement à l'enfance pour qui leur enfant a vécu une agression sexuelle, le score d'attachement évitant est plus élevé que chez les mères sans histoire d'agression sexuelle qui ont un enfant agressé sexuellement. De plus, les mères qui rapportent une agression sexuelle à l'enfance ont un score plus élevé sur l'échelle d'attachement apeuré que les mères sans histoire d'agression sexuelle. Dans cet échantillon, l'attachement préoccupé ne se différencie pas d'un groupe de mères à l'autre.

Finalement, lorsque l'échantillon à l'étude est un groupe de survivantes adultes d'une agression sexuelle à l'enfance avec un diagnostic de trouble de la personnalité état-limite, l'insécurité d'attachement prédomine et ce, particulièrement pour les patrons d'attachement préoccupé et évitant (Minzenberg et al., 2006).

À la lecture de ces différents résultats, il est possible d'observer que les adultes ayant subi un traumatisme sexuel à l'enfance ont, peu importe l'instrument de mesure utilisé (voir tableau 2.1), un patron d'attachement reflétant particulièrement l'insécurité qui se démarque de ce qui est normalement attendu dans la population de femmes adultes sans histoire d'agression sexuelle rapportée (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). Cette observation tend à supporter le modèle théorique proposé par Alexander (Alexander, 1992), mais compte tenu du devis corrélationnel des études rapportées, il est impossible de postuler que l'insécurité d'attachement prédispose l'agression sexuelle ou est générée par ce type de mauvais traitement à l'enfance. D'ailleurs, très peu de convergence est observé entre les études quant au patron particulier d'attachement

insécure en fonction du type d'agression sexuelle vécue, qu'elle soit intra ou extrafamiliale, ce qui pourrait très certainement être justifié par la diversité des instruments de mesure utilisés d'une étude à l'autre.

## 2.9 Rappel et dévoilement de l'agression sexuelle en fonction du patron d'attachement

Deux études ont porté sur le rappel et le dévoilement de l'agression sexuelle en lien avec le patron d'attachement (Bottoms et al., 2007; Edelstein et al., 2005). Edelstein et ses collaborateurs (Edelstein et al., 2005) ont voulu évaluer s'il existe des différences sur le rappel des détails de l'agression sexuelle vécue à l'enfance, que le patron d'attachement soit évitant ou anxieux (préoccupé (nomenclature propre à la mesure utilisée)). Ils ont ainsi observé auprès d'adultes agressés sexuellement à l'enfance, que les individus ayant un patron d'attachement évitant ont des difficultés de rappel de l'agression sexuelle vécue si elle est considérée sévère. Le patron d'attachement évitant affecte la capacité de rappel des survivants, qui semblent dans ce cas-ci avoir moins discuté de l'histoire du traumatisme avec leur entourage. Par contre, lorsque l'agression sexuelle subie est de moindre sévérité, les erreurs de rappel ne sont plus associées au patron d'attachement évitant et aucune de ces relations n'est significative chez les participants ayant un patron d'attachement anxieux.

La seconde étude, effectuée par Bottoms et ses collaborateurs (Bottoms et al., 2007), a évalué si un lien entre le dévoilement de l'agression sexuelle vécue à l'enfance et le patron d'attachement de la survivante adulte peut être établi et donc, si la sécurité d'attachement observé à l'âge adulte est associée à la capacité de dévoiler le trauma à une personne significative. Or, lorsque le patron d'attachement des femmes ayant dévoilé leur agression sexuelle est comparé à celles n'ayant pas dévoilé le traumatisme, aucune différence significative n'est observée, même si 22% des femmes agressées sexuellement à l'enfance n'ont jamais dévoilé l'agression sexuelle avant la passation du questionnaire.

À la lumière de ces résultats, le patron d'attachement ne serait pas associé au dévoilement de l'agression sexuelle, contrairement au rappel de ce que le participant a vécu enfant, particulièrement si l'agression sexuelle était sévère et que la survivante a un patron d'attachement évitant.

## 2.10 Symptômes observés suite à l'agression sexuelle en lien avec l'attachement

Les symptômes observés suite à l'agression sexuelle en lien avec le patron d'attachement sont discutés sous trois rubriques : les difficultés psychosociales, la qualité des relations sociales, familiales et conjugales et les troubles de la personnalité.

*2.10.1 Difficultés psychosociales.* Onze études sur les 19 recensées offrent une description des difficultés d'adaptation sociales, comportementales et psychologiques subséquentes à l'agression sexuelle vécue à l'enfance et ce, en lien avec le patron d'attachement des participants (voir tableau 2.1). En ce qui a trait à l'observation d'une symptomatologie propre aux enfants ayant subi une agression sexuelle, Parent-Boursier et Hébert (2010) ont observé auprès d'enfants agressés sexuellement âgés entre 6 et 12 ans, que la sécurité d'attachement à la mère et au père telle que perçue par l'enfant, est directement associée à la présence de troubles de comportement intériorisés et à l'estime de soi de l'enfant, au-delà des caractéristiques de l'agression sexuelle (Parent-Boursier & Hébert, 2010).

Les prochaines études discutées portent sur des échantillons adultes ou adolescents. D'abord, Roche et ses collaborateurs (1999) ont observé l'effet médiateur du patron d'attachement à l'âge adulte, sur la présence d'une détresse psychologique des survivantes d'une agression sexuelle à l'enfance. Les données révèlent que même si le fait d'avoir été agressée sexuellement à l'enfance prédit des difficultés d'ordre psychologique à long terme, ce lien devient non significatif lorsque le patron d'attachement de la victime est contrôlé (Roche et al., 1999). Ensuite, Anderson et Alexander (1996) ont démontré auprès d'un échantillon de survivantes adultes d'une agression sexuelle de type intrafamilial, que les symptômes dissociatifs sont davantage

présents chez les femmes ayant un patron d'attachement apeuré, même si les caractéristiques de l'agression sexuelle subie sont considérées (Anderson & Alexander, 1996). Des résultats contraires ont été obtenus par Bailey et ses collègues (2007), lorsqu'ils ont évalué de jeunes mères, certaines ayant vécu une agression sexuelle à l'enfance. En effet, les auteurs notent que le patron d'attachement non-résolu est une variable médiatrice entre la présence de symptômes de stress post-traumatique et l'agression sexuelle subie, ce qui n'est pas le cas pour les troubles dissociatifs et la confusion identitaire (Bailey et al., 2007).

Considérer divers patrons d'attachement peut bonifier la compréhension du phénomène étudié. Ainsi, la présence d'une détresse psychologique chez des survivantes d'une agression sexuelle intrafamiliale à l'enfance a été étudiée, que le patron d'attachement soit évalué en fonction des relations amoureuses (Alexander, 1993) ou des relations familiales (Alexander et al., 1998). Selon les résultats obtenus, le patron d'attachement apeuré est associé à plus de détresse psychologique chez les participantes, au-delà des caractéristiques de l'agression sexuelle (Alexander, 1993), contrairement aux patrons d'attachement sécure et évitant, qui sont plutôt associés à une diminution de la symptomatologie observée (Alexander et al., 1998). D'ailleurs, les femmes agressées sexuellement à l'enfance et ayant un patron d'attachement apeuré rapportent significativement plus de détresse psychologique que les femmes ayant un patron d'attachement sécure ou évitant. De plus, les femmes ayant un patron d'attachement sécure ou préoccupé, tel qu'évalué par la qualité des relations amoureuses, rapportent recourir moins fréquemment à des comportements d'évitement (comme le déni conscient de l'impact de l'événement stressant ou l'évitement des phobies) lorsque des stimuli associés au traumatisme sont présents (Alexander, 1993). Par contre, lorsque le patron d'attachement des survivantes d'une agression sexuelle est évalué selon la qualité des relations familiales (Alexander et al., 1998), ce sont plutôt les caractéristiques de l'agression sexuelle vécue, tel le jeune âge lors de l'agression sexuelle et le fait que l'agresseur ne soit pas une figure paternelle, qui expliquent la présence de réactions d'évitement et ce, au-delà du patron d'attachement de la survivante. L'utilisation de

mesures différentes afin d'évaluer le patron d'attachement des mêmes participantes génère des résultats semblables lorsqu'il est question de symptomatologie, mais différents en ce qui a trait aux comportements émis.

De leur côté, Aspelmeier, Elliot et Smith (2007) ont observé des liens de modération entre le patron d'attachement des participantes et les symptômes observés. Ainsi, la sécurité d'attachement en contexte amoureux modère le lien entre l'expérience passée d'une agression sexuelle et la fréquence des symptômes de dysphorie (anxiété, dépression, colère et irritabilité). De plus, la sécurité d'attachement aux pairs prédit les symptômes attribuables au traumatisme sexuel vécu, particulièrement en lien avec la qualité de la relation au soi. Les survivantes d'une agression sexuelle à l'enfance qui sont sécures avec leurs pairs rapportent donc moins de symptômes, comparativement aux survivantes ayant un attachement insécuré avec ces derniers. De même, les survivantes ayant un attachement sécuritaire avec leurs parents rapportent moins de symptômes de dysphorie que ne le font les femmes agressées sexuellement ayant un attachement insécuré. Les résultats de cette étude amènent une piste de réflexion intéressante, en ce sens qu'il semble que ce soit surtout au travers des relations amicales sécurisantes que la survivante adulte d'une agression sexuelle bénéficie d'un soutien protecteur contre le développement de difficultés d'adaptation subséquentes au traumatisme vécu (Aspelmeier et al., 2007).

Shapiro et Levendosky (1999) ont exploré, auprès d'un échantillon d'adolescents, si le patron d'attachement et les stratégies d'adaptation utilisées sont en lien avec les difficultés psychologiques et interpersonnelles observées suite à l'agression sexuelle. Trois modèles d'équations structurales furent testés, par l'entremise des variables décrivant l'utilisation de stratégies d'adaptation évitantes (drogue, alcool, déni, etc.), cognitives (la religion, etc.) ou actives (recherche de soutien social, ventiler les émotions, etc.). Les résultats obtenus démontrent que pour les trois modèles testés, l'attachement sécuritaire a un lien prédictif direct entre l'agression sexuelle et la détresse psychologique subséquente des adolescents. Plusieurs autres liens prédictifs indirects

du patron d'attachement ont été obtenus, soit par l'entremise des stratégies d'adaptation évitantes, entre la présence de conflits interpersonnels et l'agression sexuelle subie, soit pour expliquer l'utilisation de stratégies d'adaptation cognitives par les adolescents agressés sexuellement. L'agression sexuelle explique également la présence de conflits interpersonnels, par l'entremise d'un lien médiateur combiné de l'attachement sécure et des stratégies d'adaptation cognitives.

Malgré tous ces constats intéressants, une étude parmi les 19 recensées souligne qu'il n'y a aucune différence significative dans le fonctionnement global des femmes agressées sexuellement en lien avec leur patron d'attachement (Stalker & Davies, 1995). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les femmes recrutées reçoivent déjà des services d'ordre psychologique ou psychiatrique et qu'il n'y a que deux femmes sur les 40 participantes de l'étude qui éprouvent des difficultés sérieuses nécessitant une supervision, alors que plus de la moitié des participantes affichent peu ou pas de difficultés de fonctionnement.

En résumé, plusieurs difficultés psychosociales furent observées auprès d'échantillons variés de survivants d'une agression sexuelle à l'enfance. Par contre, ces difficultés ne se répartissent pas uniformément au sein des participants rencontrés. Ainsi, le patron d'attachement sécure semble être un facteur de protection en ce qui a trait à l'adaptation psychosociale suite à l'agression sexuelle vécue, tout comme le patron d'attachement évitant pour certaines variables (Alexander et al., 1998). De plus, comme l'a proposé Alexander (1992), les patrons d'attachement préoccupé et apeuré (ou non-résolu) identifiés chez les survivants adultes d'une agression sexuelle à l'enfance apportent au sein des études recensées une contribution significative à la présence de difficultés d'adaptation psychosociale importantes.

*2.10.2 Qualité des relations sociales, familiales et conjugales.* Quelques études ont tenté d'évaluer la qualité des relations interpersonnelles des survivants d'une agression sexuelle en lien avec leur patron d'attachement. Selon Bailey et ses collègues

(2007), le patron d'attachement non-résolu de jeunes mères adolescentes ayant vécu une agression sexuelle à l'enfance prédit les difficultés relationnelles actuelles. D'ailleurs, les relations de couple sont plus rares chez les femmes survivantes d'une agression sexuelle intrafamiliale ayant un patron d'attachement apeuré, que chez celles ayant un patron d'attachement préoccupé (Alexander et al., 1998). De plus, Minzenberg, Poole et Vinogradov (2006) proposent que l'attachement insécure, qu'il soit anxieux ou évitant, de survivants d'une agression sexuelle à l'enfance ayant un trouble de personnalité état-limite, peut être une variable médiatrice entre l'émission de comportements d'impulsivité motrice en contexte social et l'histoire d'agression sexuelle à l'enfance (Minzenberg et al., 2006).

Les relations familiales semblent également affectées chez les survivants d'une agression sexuelle à l'enfance. Swanson et Mallinckrodt (2001) ont constaté auprès d'un échantillon d'étudiants, que l'agression sexuelle et la qualité de l'environnement familial à l'enfance sont associés aux patrons d'attachement anxieux et évitant (Swanson & Mallinckrodt, 2001). Or, lorsque les auteurs tentent d'expliquer la présence d'un attachement insécure par les différentes variables à l'étude, l'émission de comportements parentaux chaleureux conditionnels à la bonne conduite de l'enfant prédit l'attachement évitant au-delà d'une histoire d'agression sexuelle à l'enfance et du contexte familial général. Puisque la qualité des réponses parentales est particulièrement importante afin de comprendre la présence du patron d'attachement évitant au sein de cet échantillon, cette étude doit d'être répliquée pour valider le lien non-significatif entre l'agression sexuelle et l'attachement insécure.

Des modèles d'équations structurales ont été testés afin de comprendre la détresse psychologique et la satisfaction conjugale d'hommes adultes survivants ou non d'une AS, selon deux dimensions de l'attachement insécure, soit l'anxiété face à l'abandon (préoccupé) et l'évitement de l'intimité (évitant) (Godbout et al., 2007). Dans cette étude, l'agression sexuelle est associée indirectement à la satisfaction conjugale de l'homme ayant vécu une agression sexuelle par l'entremise de l'attachement anxieux et

de la détresse psychologique, l'attachement anxieux contribuant directement à la détresse psychologique. L'attachement évitant n'est pas relié à l'agression sexuelle, mais établit un lien direct et positif sur la présence d'une détresse psychologique et l'insatisfaction conjugale.

Lorsque les conjointes sont incluses dans cet échantillon, Godbout et ses collaborateurs (Godbout et al., 2006) obtiennent des résultats semblables, sauf pour une contribution supplémentaire de l'anxiété d'abandon chez la femme agressée sexuellement : elle prédit directement l'insatisfaction conjugale. Cette équipe de recherche a réalisé une autre étude auprès d'un échantillon d'adultes mixte (Godbout, Sabourin, & Lussier, 2009), afin d'évaluer si une question à réponse dichotomique concernant un passé d'agression sexuelle (oui ou non) génère des résultats différents d'une réponse obtenue par des items multiples décrivant l'agression sexuelle vécue (sévérité, identité de l'agresseur, durée, etc.), sur la sécurité d'attachement, la détresse psychologique et la satisfaction conjugale. La conclusion de cette étude souligne qu'il n'y a pas de différence significative dans les résultats obtenus, qu'on demande une description complète ou non de l'agression sexuelle, sauf en ce qui a trait à la présence d'un lien non-significatif entre l'agression sexuelle avec multiples descripteurs et l'attachement évitant. Ainsi, l'agression sexuelle est directement liée à l'insécurité d'attachement (attachement anxieux et évitant), cette dernière étant également directement reliée à la détresse psychologique des participants. Au sein de cet échantillon, l'attachement évitant est associé directement à l'insatisfaction conjugale des survivants d'une AS, tout comme la détresse psychologique, mais par le biais de l'insécurité d'attachement (Godbout et al., 2009).

Ces études tendent ainsi à démontrer que les survivants adultes ou adolescents d'une agression sexuelle à l'enfance éprouvent effectivement des difficultés relationnelles, en couple, en famille ou entre amis, particulièrement si un patron d'attachement de type insécuré est observé chez ces derniers.

*2.10.3 Troubles de la personnalité.* Trois auteurs ont exploré le lien entre la présence de trouble de la personnalité chez les survivants d'une agression sexuelle à l'enfance et le patron d'attachement. Tel que rapporté dans le tableau 2.1, Stalker et Davies (Stalker & Davies, 1995) ont remarqué que chez des femmes adultes ayant vécu une agression sexuelle à l'enfance, l'insécurité d'attachement prédomine au sein des troubles de la personnalité paranoïde, état-limite et évitante/auto-défaitiste. D'ailleurs, lorsque les auteurs forcent l'analyse des patrons d'attachement à trois catégories seulement (sécure, évitant et préoccupé), la plupart des participantes ayant un trouble de la personnalité ont un patron d'attachement préoccupé. Cette observation a permis aux auteurs de conclure que ce patron d'attachement, où l'inversement des rôles, les affects colériques et les demandes d'attention importantes du parent envers son enfant prédominant, serait propice au développement d'une psychopathologie à l'âge adulte (Stalker & Davies, 1995).

Alexander fut également l'instigatrice d'études tentant d'évaluer si la présence de trouble de la personnalité évitante, dépendante, auto-défaitiste et état-limite dans un échantillon de survivantes d'une agression sexuelle intrafamiliale à l'enfance, est en lien avec la sécurité d'attachement (Alexander, 1993; Alexander et al., 1998). Les résultats obtenus démontrent que la sécurité d'attachement est associée à la présence de trouble de la personnalité et ce, au-delà des caractéristiques de l'agression sexuelle (âge, sévérité, présence de coercition et lien avec l'agresseur) (Alexander, 1993; Alexander et al., 1998). Tout comme l'étude de Stalker et Davies (1995), les patrons d'attachement insécures de type préoccupé et apeuré sont d'importants prédicteurs de la présence des différents troubles de la personnalité évalués, comparativement à l'attachement sécure et évitant qui prédisent plutôt l'absence de ces troubles de la personnalité (Alexander, 1993; Alexander et al., 1998).

Malgré quelques considérations méthodologiques, une personne ayant vécu une agression sexuelle à l'enfance peut développer des troubles de la personnalité à l'âge adulte, possiblement en lien avec la sécurité d'attachement observée et non avec les

caractéristiques de l'agression sexuelle subie à l'enfance. Ainsi, tel qu'il a été postulé par Alexander (1992), les patrons d'attachement préoccupé et apeuré (ou non-résolu) semblent contribuer significativement au développement d'un sens de soi plus précaire, pouvant par la suite générer certains troubles de la personnalité. Cependant, l'évaluation de la sécurité d'attachement par des outils de mesure différents peut produire des résultats contradictoires à l'intérieur du même échantillon, tel qu'il fut démontré précédemment (Alexander, 1993; Alexander et al., 1998). D'ailleurs, puisque ce sont des données corrélationnelles, les résultats contraires sont également possibles : le trouble de personnalité peut amener au développement d'un attachement inséure. Ce faisant, l'assimilation des résultats devient plus ardue pour l'ensemble des professionnels amenés à réfléchir sur l'implication de ces dernières données, un phénomène qui peut également générer des questionnements sur la validité des concepts évalués.

### 2.11 Limites des études recensées

La théorie de l'attachement (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1980) se présente comme un cadre conceptuel prometteur pour une meilleure compréhension des difficultés psychosociales observées suite à une agression sexuelle (Bolen, 2002). Cependant, l'analyse critique des études recensées témoigne du caractère embryonnaire de ce champ d'études et permet d'identifier plusieurs limites méthodologiques minimisant la généralisation des résultats ainsi que leur portée. L'exercice n'est pas exhaustif : des critiques spécifiques à chacune des études pourraient être soulignées. Tout d'abord, les données ne sont pas représentatives de l'ensemble des victimes d'agression sexuelle à l'enfance, les échantillons étant soit constitués d'étudiants universitaires (Aspelmeier et al., 2007; Bottoms et al., 2007; Lewis et al., 2003; Roche et al., 1999; Swanson & Mallinckrodt, 2001), d'individus d'une communauté culturelle particulière (Leifer et al., 2004), de mères adolescentes (Bailey et al., 2007), de victimes d'une agression sexuelle intrafamiliale (Alexander, 1993; Alexander et al., 1998; Anderson & Alexander, 1996; Leifer et al., 2004), de survivants qui ont entrepris des procédures judiciaires (Edelstein et al., 2005), d'enfants qui consultent une clinique médicale spécialisée (Parent-Boursier

& Hébert, 2010), de survivants qui ont un attachement insécuré (Bailey et al., 2007; Edelstein et al., 2005) ou qui reçoivent des traitements de santé mentale et sinon, qui sont considérés à risque (Anderson & Alexander, 1996; Bailey et al., 2007; Minzenberg et al., 2006; Shapiro & Levendosky, 1999; Stalker & Davies, 1995).

Notons par ailleurs que les petits échantillons sont fréquents (Bailey et al., 2007; Edelstein et al., 2005; Minzenberg et al., 2006; Parent-Boursier & Hébert, 2010; Shapiro & Levendosky, 1999; Stalker & Davies, 1995; Swanson & Mallinckrodt, 2001), les devis ne comportent pas tous un groupe de comparaison (Alexander, 1993; Alexander et al., 1998; Anderson & Alexander, 1996; Bailey et al., 2007; Edelstein et al., 2005; Parent-Boursier & Hébert, 2010; Stalker & Davies, 1995) et une seule étude à recours à un devis longitudinal (Bailey et al., 2007). En ce qui a trait aux mesures utilisées évaluant l'agression sexuelle, elles nécessitent toutes un rappel des événements passés et sont auto-rapportées, ce qui génère souvent un biais dans le rappel des souvenirs associés à l'enfance. La recherche effectuée par Parent-Boursier et Hébert (2010) tente de répondre à cette limite importante, en évaluant les enfants agressés sexuellement peu de temps après le dévoilement de l'AS.

En ce qui a trait aux limites inhérentes à la description de l'agression sexuelle vécue, certains auteurs ont négligé de différencier les victimes d'une agression sexuelle intrafamiliale et extrafamiliale (l'identité de l'agresseur est inconnue) (Aspelmeier et al., 2007; Bottoms et al., 2007; Edelstein et al., 2005; Godbout et al., 2006; Godbout et al., 2007; Lewis et al., 2003; Stalker & Davies, 1995; Twaite & Rodriguez-Srednicki, 2004), le genre des survivants (Edelstein et al., 2005; Godbout et al., 2009; Leifer et al., 2004; Parent-Boursier & Hébert, 2010) ou encore, n'ont tout simplement pas décrit l'agression sexuelle subie (la question réfère à la présence ou non d'une agression sexuelle) (Godbout et al., 2006; Godbout et al., 2007; Swanson & Mallinckrodt, 2001; Twaite & Rodriguez-Srednicki, 2004), les diverses formes d'agressions sexuelles (degré de sévérité des gestes) (Anderson & Alexander, 1996; Bottoms et al., 2007; Lewis et al., 2003) ou n'ont inclus que les agressions sexuelles très sévères et sévères (catégorisées

selon la nature du geste posé : pénétration versus attouchements) (Bailey et al., 2007). Ce faisant, les connaissances actuelles sont limitées, puisque des différences liées à ces variables n'ont pas été considérées.

Finalement, en ce qui a trait aux mesures utilisées afin d'évaluer la sécurité d'attachement des survivants d'une agression sexuelle, elles sont toutes aussi différentes les unes que les autres et permettent difficilement d'obtenir un portrait de la distribution des patrons d'attachement au sein de la population de survivants d'une agression sexuelle. La sécurité d'attachement est un concept difficile à mesurer (Bolen, 2002), mais les outils disponibles permettant d'observer les comportements ou le discours du participant, comme la *Situation Étrangère* (Ainsworth et al., 1978), les *récits d'attachement* (Bretherton, Ridgeway et al., 1990) et *l'Entrevue sur l'Attachement Adulte* (George et al., 1985), sont des instruments ayant démontré leur validité scientifique. Les autres instruments de mesure réussissent également à identifier les patrons d'attachement des survivants adultes d'une agression sexuelle, mais sont auto-rapportés et demandent à ce que le participant se réfère à une relation personnelle significative (un partenaire amoureux et non plus son parent), ce qui peut être difficile lorsque l'individu n'a pas encore expérimenté ce type de relation et lorsque le schème relationnel évalué ne représente pas la réalité de l'individu (Bolen, 2002).

Malgré ces limites, les avancées au sein de ces travaux sont considérables. Les études existantes comportent des forces majeures et améliorent la compréhension des chercheurs autant que des intervenants en matière d'agression sexuelle envers les enfants.

## 2.12 Conclusions et recommandations pour les études futures

La pertinence d'évaluer la sécurité d'attachement afin d'expliquer ou de prédire l'adaptation psychologique et comportementale des survivants d'une agression sexuelle à l'enfance est maintenant bien établie. Cependant, compte tenu de l'importance et de la subtilité de ce concept, plusieurs démarches méthodologiques doivent être entreprises

afin de mieux définir et identifier les patrons d'attachement des survivants. Les études longitudinales devraient être privilégiées lorsque l'objectif est de prédire ou de tester un lien de médiation entre la sécurité d'attachement et les difficultés d'adaptation subséquentes à l'agression sexuelle (Baron & Kenny, 1986; Kraemer, Stice, Kazdin, Offord, & Kupfer, 2001). Les recherches futures devraient également inclure une variable de contrôle intégrant les événements de vie stressants vécus depuis l'agression sexuelle, afin de s'assurer que les patrons d'attachement évalués après l'agression sexuelle soient libres de l'influence d'autres événements anxiogènes ayant une incidence sur la qualité de la relation d'attachement observée (Bowlby, 1980; Hamilton, 2000; Lewis et al., 2000; Waters et al., 2000; Weinfield et al., 2000) ou sur le fonctionnement global de l'individu (Appleyard, Egeland, Dulmen, & Sroufe, 2005; VanDeMark et al., 2005).

Lorsque l'utilisation d'un récit rétrospectif de l'agression sexuelle vécue est nécessaire, des précautions devraient être prises, les erreurs de rappel étant susceptibles d'influencer les résultats obtenus (Roche et al., 1999). D'ailleurs, il a été démontré que le rappel est facilité lorsque l'agression sexuelle est considérée comme l'événement de vie le plus anxiogène pour la victime, lorsque le soutien maternel fut adéquat lors du dévoilement et lorsque des symptômes de stress post-traumatique sont apparus suite à l'agression sexuelle (Alexander et al., 2005). Ces faits établis, il serait préférable d'étudier de façon longitudinale la population cible peu de temps avant et après l'agression sexuelle ou son dévoilement, afin de prendre en compte le patron d'attachement au moment du traumatisme et d'obtenir une description non biaisée de l'événement. Idéalement, en étudiant une cohorte dès la petite enfance dans le cadre d'une étude prospective, avant qu'une agression sexuelle survienne, il serait possible de contrôler pour la présence de difficultés d'adaptation psychosociales antérieures au traumatisme (Tyler, 2002).

Il existe actuellement un besoin de bonifier la compréhension du profil comportemental et psychologique des enfants d'âge préscolaire agressés sexuellement (Tyler, 2002). Par ailleurs, une analyse auprès des jeunes enfants pourrait réduire les erreurs de rappel et

limiter le nombre d'événements de vie stressants pouvant survenir et influencer l'adaptation de la victime depuis le dévoilement de l'agression sexuelle. Puisque la sécurité d'attachement se construit en relation avec le principal fournisseur de soin de l'enfant, il serait de plus assuré d'évaluer la qualité actuelle de la relation d'attachement avec une figure parentale dans un contexte d'adversité importante.

Considérant ces richesses méthodologiques, étudier une population d'enfants ayant récemment dévoilé une agression sexuelle permettrait également d'outiller les cliniciens à intégrer le parent non-agresseur dans le processus thérapeutique de l'enfant. Or, en plus d'axer l'intervention sur les difficultés comportementales et psychologiques de l'enfant suite à l'agression sexuelle, un volet clinique pourrait aborder divers concepts reliés à la théorie de l'attachement. Ainsi, le clinicien outillerait le parent non-agresseur afin d'améliorer sa sensibilité et la qualité du soutien parental offert à l'enfant (Deblinger et al., 1999a; Tarabulsy et al., 2008) et pourrait intervenir pour diminuer le niveau de stress de la figure d'attachement associé aux dyades parents-enfants insécures mais également, au contexte socio-économique ou marital présent suite au dévoilement de l'agression sexuelle par l'enfant. D'autres interventions directement reliées à l'amélioration de la sécurité d'attachement de l'enfant devraient être intégrées à la psychothérapie offerte. Il est ainsi fortement suggéré d'épauler et de guider le parent afin d'augmenter la qualité des interactions parents-enfants et des échanges verbaux et émotionnels qu'il a avec son enfant (Dubois-Comtois & Moss, 2004; George & Salomon, 1999; Moss, Bureau et al., 2004; Moss, Cyr et al., 2004; Tarabulsy et al., 2008), de l'aider à comprendre la raison des diverses émotions et comportements émis par son enfant, tout en travaillant sur ses propres représentations mentales, particulièrement s'il est aux prises avec d'anciens traumatismes ou événements survenus dans le passé qui ne sont pas encore résolus (Tarabulsy et al., 2008). Ce faisant, le parent non-agresseur parviendrait à adapter ses réponses d'accompagnement aux besoins de son enfant, ce qui favoriserait le rétablissement de ce dernier dans un rapport de confiance avec sa figure d'attachement.

Évaluer le patron d'attachement de façon longitudinale avant la survenue d'une agression sexuelle chez l'enfant, pourrait éventuellement clarifier la question qui subsiste : Le patron d'attachement du survivant d'une agression sexuelle, est-il un facteur de risque, de protection ou se modifie-t-il suite à cet événement traumatique?

Tableau 2.1

Résultats des différentes études portant sur l'évaluation de l'adaptation psychosociale des survivants d'une agression sexuelle (AS), en lien avec la sécurité d'attachement

Prévalence des patrons d'attachement					
Auteurs	Échantillon/ Devis de recherche	Provenance des participants	Description de l'AS	Mesures utilisées	Résultats obtenus
Alexander (1993)	112 ♀ ayant vécu une AS intrafamiliale à l'enfance. Âge : 19 - 64 ans (M=37 ans)  Étude transversale sans groupe de comparaison	Recrutement dans la communauté  85% caucasiennes 9% africaines 6% autre	Identité de l'agresseur : 50% père/24% beau- père/11% frère 4% grand-père/13% mère/ 9% autre Durée : M< 7 ans Type : 33% caresses/18% contacts oraux-génitaux/49% pénétration	<i>Relationship Questionnaire</i> (RQ) (Bartholomew & Horowitz, 1991)). Évalue le patron d'attachement adulte: secure, préoccupé, évitant et apeuré	14% sécurée 13% préoccupé 16% évitant 58% apeuré
Alexander et al. (1998)	92 ♀ victimes d'AS intrafamiliale (même échantillon que l'étude précédente)  Étude transversale sans groupe de comparaison	Recrutement dans la communauté  86% caucasiennes 7% africaines 7% autre	Identité de l'agresseur : 49% père/25% beau- père/11% frère 3% grand-père/3% mère/ 9% autre Durée : M=80.6 mois Type: 32% caresses/ 20% contacts oraux- génitaux/48% pénétration	<i>Family Attachment Interview</i> (FAI) (Bartholomew & Horowitz, 1991). Évalue le patron d'attachement adulte: sécurée, préoccupé, évitant ou apeuré	9% sécurée 21% préoccupé 11% évitant 60% apeuré
Anderson, & Alexander (1996)	92 ♀ victimes d'AS intrafamiliale, Âge : 19 - 64 ans (M=36.5 ans)  Étude transversale sans groupe de comparaison	Recrutement dans la communauté  86% caucasiennes 7% africaines 7% autre	Identité de l'agresseur : 42% père/32% beau- père/11% fratrie/3% mère/12% autre Durée: Médiane = 72 mois Type : 32% caresses et/ou pénétration digitale/20% contacts oraux-génitaux/48% pénétration anale et/ou vaginale	<i>FAI</i> :Évalue le patron d'attachement adulte : sécurée, préoccupé, évitant et apeuré	9% sécurée 20% préoccupé 12% évitant 51% apeuré
Bailey et al. (2007)	62 ♀ Âge : 15 - 19 ans (M=18.5 ans)  Étude longitudinale avec groupe de comparaison : AS subie à 34% (n=21)	Recrutement hospitalier  84% caucasiennes	Pas de description fournie	<i>Adult Attachment Interview</i> (AAI) (George et al., 1985). Évalue le patron d'attachement non-résolu	71% des femmes ayant une histoire d'AS à l'enfance ont un patron d'attachement non- résolu
Lewis et al.	255 ♀	Cours de	Type : 50%	<i>Experiences in</i>	23.9% des femmes

(2003)	universitaires (M=21 ans) Étude transversale avec un groupe de comparaison : 64% (n=163) groupe AS et 92 ♀ groupe non AS	psychologie 55% caucasiennes 33% africaines 6% espagnoles 4% asiatiques 2% autre	exhibitionnisme/54% touchés non désirés/31% pénétration	<i>Close Relationships</i> (ECR (Brennan et al., 1998)). Évalue le patron d'attachement adulte: sécure, préoccupé, évitant et apeuré	agressées sexuellement à l'enfance ont un patron d'attachement sécure VS 45.1% groupe de comparaison 30.7% préoccupé VS 26.4% 11.6% évitant VS 3.3% 33.7% apeuré VS 25.3% (différences significatives)
Stalker & Davies (1995)	40 ♀ agressées sexuellement à l'enfance Âge : 19 - 50 ans (M= 34 ans)  Étude transversale sans groupe de comparaison	Recrutement dans la communauté auprès de services de psychothérapie	Identité de l'agresseur : 68% père ou beau-père/25% oncle ou grand-père/7% frère ou cousin Durée: Six mois ou plus Type . De caresses à pénétration	AAI : Évalue le patron d'attachement adulte : sécure, préoccupé, évitant et non-résolu	60% (n=24) des participantes reçoivent un score d'attachement non-résolu

#### Rappel et dévoilement

Auteurs	Échantillon	Provenance des participants	Description de l'AS	Mesures utilisées	Résultats obtenus
Edelstein et al. (2005)	102 individus agressés sexuellement (23 ♂ et 79 ♀) Âge : 16 - 30 ans (M= 23.1 ans)  Étude transversale sans groupe de comparaison	Participants recrutés en raison de leurs implications légales suite à l'AS  66% caucasiens 10% africains 13% espagnols 11% autre	Identité de l'agresseur : 22% parents, beaux-parents/40% personne de confiance/30% connaissance/8% inconnu Type : 88% contact génital/40% pénétration	1-RQ : Obtiennent un score d'attachement adulte sur deux dimensions : attachement évitant et anxieux 2- Mesure maison pour évaluer le rappel de l'AS	1- L'attachement évitant est associé aux erreurs de rappel si AS sévère 2-Le patron d'attachement évitant implique moins de discussion de l'AS avec l'entourage, ce qui affecte le rappel du trauma 3- Le patron d'attachement anxieux n'est pas associé aux erreurs de rappel
Bottoms et al.(2007)	1 411 ♀ universitaires Âge : 18 - 58 ans (M= 22 ans)  Étude transversale avec groupe de comparaison. 319 survivantes: AS avec dévoilement (78%. n=248) et	Cours de psychologie  33% caucasiennes 27% africaines 19% asiatiques 16% espagnoles 5% autre	Type : 77% caresses /22% contacts oraux-génitaux/30% tentative de pénétration vaginale/27% pénétration vaginale/7% pénétration anale/56% autre	1-RQ : Évalue le patron d'attachement adulte : sécure, préoccupé, évitant et apeuré. 2-Questions-maison sur l'AS et le dévoilement	Aucune différence significative entre les patrons d'attachement et le fait de dévoiler ou non l'AS

	AS sans dévoilement (22%, n=71)				
--	---------------------------------	--	--	--	--

### Difficultés psychosociales

Auteurs	Échantillon	Provenance des participants	Description de l'AS	Mesures utilisées	Résultats obtenus
Parent-Boursier & Hébert (2010)	79 enfants ayant dévoilés une AS Âge : 6 - 12 ans (M=8.86 ans)  Étude transversale sans groupe de comparaison	Recrutement dans trois centres québécois abordant l'AS	Identité de l'agresseur : 65,9 % AS intrafamiliale: 34,2% famille immédiate/25,4% famille élargie 40,6% AS extrafamiliale	<b>1- Kerns Security Scale</b> (Kerns, Klepac, & Cole, 1996). Évalue la perception de la sécurité d'attachement à la mère et au père <b>2- Le logiciel interactif Dominique</b> (Valla, Bergeron, St-Georges, & Berthiaume, 2000). Évalue les difficultés intériorisées et extériorisées <b>3-Self-Perception Profile for Children</b> (SPPC) (Harter, 1985)). Évalue l'estime de soi	<b>1-</b> La perception de la sécurité d'attachement aux parents est associée aux difficultés intériorisées et extériorisées (-) et à l'estime de soi (+) <b>2-</b> Les comportements intériorisés et extériorisés sont prédits par la perception de sécurité d'attachement à la mère et au père, au-delà des variables de l'AS <b>3-</b> La perception de la sécurité d'attachement à la mère et au père, comme la durée de l'AS, prédit l'estime de soi de l'enfant
Roche et al. (1999)	307 ♀ universitaires ( M=22 ans)  Étude transversale avec groupe de comparaison : 85 (27.6%) participantes agressées sexuellement et 222 (72.3%) participantes sans histoire d'AS	Recrutement dans une université  68% canadiennes 16% européennes ou scandinaves 7% asiatiques	Identité de l'agresseur : 10.1% AS intrafamiliale/17.5% AS extrafamiliale Type : 37.5% caresses/62.5% tentative ou pénétration Durée : 69% jours ou semaines/13.1 % des mois/17.8% des années	<b>1- RQ:</b> Évalue le patron d'attachement adulte: sécure, préoccupé, évitant et apeuré <b>2-The Trauma Symptom Inventory</b> (TSI) (Briere, 1995). Mesure les symptômes reliés au trauma	Médiation significative du patron d'attachement entre l'AS à l'enfance et l'ajustement psychologique à l'âge adulte
Anderson & Alexander (1996)	92 ♀ victimes d'inceste Âge : 19 - 64 ans (M=36.5 ans)  Étude	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Voir section prévalence des patrons d'attachement	<b>1-FAI :</b> Évalue le patron d'attachement adulte: sécure, préoccupé, évitant et apeuré	<b>1-</b> Les femmes ayant un patron d'attachement apeuré présentent plus de dissociation que celles ayant un patron d'attachement

	transversale sans groupe de comparaison			<i>2-Dissociative Experiences Scale (DES)</i> (Bernstein & Putnam, 1986). Évalue les symptômes de dissociation	préoccupé (résultat marginal) 2-Le patron d'attachement apeuré est davantage associé à la dissociation que les variables de l'AS
Bailey et al. (2007)	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Pas de description fournie	1- <i>AAI</i> : Évalue le patron d'attachement adulte : secure, évitant, préoccupé et non-résolu 2- <i>TSI</i>	Le patron d'attachement non-résolu est une variable médiatrice entre l'AS et les symptômes de stress post-traumatique complexe observés et non pour la dissociation et la confusion identitaire
Alexander (1993)	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Voir section prévalence des patrons d'attachement	1- <i>RQ</i> : Évalue le patron d'attachement adulte: secure, préoccupé, évitant et apeuré 2- <i>Symptom Checklist-10</i> (Développé à partir du <i>Symptom Checklist-90</i> ) (Derogatis, Lipman, & Covi, 1973). Mesure globale de symptômes 4- <i>Impact of Event Scale</i> (IES (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979)). Évalue les réponses de stress suite à un événement traumatique	1-Le patron d'attachement apeuré est associé à la détresse générale des participantes, au-delà des variables de l'AS. 2-Les patrons d'attachement sécuritaire et préoccupé sont associés (-) aux comportements d'évitement, au-delà des variables de l'AS
Alexander et al. (1998)	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Voir section prévalence des patrons d'attachement	1- <i>FAI</i> : Évalue le patron d'attachement adulte : sécuritaire, préoccupé, évitant ou apeuré 2- <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock, &	1-L'attachement apeuré est associé à plus de détresse que l'attachement sécuritaire ou évitant 2-Les patrons d'attachement évitant et sécuritaire sont associés (-) à la détresse générale 3-L'attachement sécuritaire contribue (-) aux symptômes de

				Erbaugh, 1961). Évalue les symptômes dépressifs 3- <i>SCL-10</i>	dépression, au-delà des variables de l'AS
Aspelmeier et al. (2007)	324 ♀ universitaires Âge : 18 - 21 ans (M= 18.26)  Étude transversale avec un groupe de comparaison : 37.7% (n=122) des ♀ avec une histoire d'AS et 200 ♀ dans le groupe sans histoire d'AS	Cours de psychologie  88% caucasiennes	Aucune description fournie	1- <i>RQ</i> : Évalue le patron d'attachement adulte : sécuritaire, préoccupé, évitant et apeuré 2- <i>The Inventory of Parent and Peer Attachment</i> (IPPA) (Armsden & Greenberg, 1987). Évalue la sécurité d'attachement aux parents et amis 3- <i>TSI</i>	1-Le patron d'attachement sécuritaire (RQ (marginale) et IPPA-parents (peu significatif)) modère le lien entre l'AS et les symptômes de dysphorie 2-L'attachement aux pairs modère le lien entre l'AS et les symptômes associés au concept de soi
Shapiro & Levendosky (1999)	80 adolescentes Âge : 14 - 16 ans (M= 15 ans)  Étude transversale avec un groupe de comparaison : 26 adolescentes dans le groupe AS et 54 dans le groupe sans AS	Recrutement à l'intérieur de maisons d'hébergement pour violence conjugale, de programmes pour adolescents à risque, d'agences de services sociaux et par l'entremise d'envois postaux  51% caucasiennes 21.3% africaines 10% espagnoles 15% double nationalité 2.6% autre	Identité de l'agresseur : 46.9% membre de la famille/18.8% étranger/9.4% connaissance/6.2% conjoint de la mère/6.2% voisin Durée: 55% moins d'un an/15% 3 ans ou plus Type: 73.7% caresses génitales/68.4% embrasser/caresser/ 21.1% contacts oraux-génitaux/10.5% simuler la pénétration/52.6% pénétration vaginale/5.3% pénétration anale	1- <i>Adult Attachment Scale</i> (AAS version modifiée (Collins & Read, 1990)). Évalue les patrons d'attachement : sécuritaire, anxieux-évitant, anxieux-résistant 2- <i>Children's Depression Inventory</i> (CDI (Kovacs, 1985)). Évalue les symptômes dépressifs 3- <i>Trauma Symptoms Checklist</i> (TSC-33/40 (Briere & Runtz, 1989; Elliott & Briere, 1992)). Évalue les symptômes associés à une AS 4- <i>Coping Strategies</i> (COPE (Carver,	1-Effet médiateur direct de l'attachement sécuritaire entre l'AS et la détresse psychologique 2-Effet indirect de l'attachement sécuritaire, par les stratégies d'adaptation évitantes, entre l'AS et les conflits interpersonnels 3-L'influence de l'AS sur les stratégies d'adaptation cognitives est expliquée par l'effet indirect de l'attachement sécuritaire combiné de l'attachement sécuritaire et des stratégies d'adaptation cognitives explique le lien entre l'AS et les conflits interpersonnels 5-Aucune association significative avec les stratégies d'adaptation actives

				Scheier, & Weintraub, 1989)). Évalue les stratégies d'adaptation	
Godbout et al. (2007)	316 ♂ en couple ou mariés depuis au moins 6 mois Âge : 93% entre 25 et 54 ans  Étude transversale avec un groupe de comparaison : 8% (n=26) des ♂ ont été agressés sexuellement	Recrutement téléphonique aléatoire	Aucune description fournie	1- <i>ECR</i> : Évalue l'anxiété face à l'abandon (préoccupé) et l'évitement de l'intimité (évitant) 2- <i>Dyadic Adjustment Scale</i> (DAS) (Spanier, 1976). Évalue la satisfaction conjugale 3- <i>Psychiatric Symptom Inventory</i> (PSI) (Hfeld, 1976; Hfeld, 1978). Évalue la détresse psychologique	1-L'AS est liée à l'ajustement dyadique par le biais de l'anxiété d'abandon et de la détresse psychologique 2-Aucun lien significatif entre l'AS et l'évitement de l'intimité mais, lien direct et positif de l'attachement évitant sur la prédiction de la détresse psychologique et l'insatisfaction conjugale
Godbout et al. (2006)	316 ♂ et 316 ♀ en couple depuis au moins 6 mois Âge : ♀ : M=40.5 ans ♂ : M= 43.5 ans  Étude transversale avec un groupe de comparaison : 8% (n=26) des ♂ et 17% (n=55) des ♀ ont vécu une AS à l'enfance	Recrutement téléphonique aléatoire	Aucune description fournie	Mêmes instruments de mesure que l'étude précédente	Résultats identiques à l'étude ci-haut pour les ♂ et les ♀, sauf que l'anxiété d'abandon de la ♀ survivante d'une AS contribue directement à l'insatisfaction conjugale
Godbout et al. (2009)	516 ♂ et 574 ♀ en couple depuis au moins 6 mois Âge : ♀ : M=30.4 ans ♂ : M=31.6 ans  Étude transversale avec un groupe de comparaison :	1-Recrutement téléphonique aléatoire 2-Recrutement via divers médias (radio, télévision, internet)	Identité de l'agresseur : 50% extrafamilial/38% intrafamilial mais pas le père/8% figure paternelle Durée : 40% un seul épisode et 60% plus d'un épisode Type : 59% touchés sexuels non désirés/15%	Mêmes instruments de mesure que les deux études précédentes	1-L'AS est associée directement à l'attachement anxieux et évitant, sauf si description complexe de l'AS, variable non associée à l'attachement évitant 2-Les patrons d'attachement anxieux et évitant sont directement (+) associés à la détresse

	6% des ♂ et des 19% des ♀ ont vécu une AS à l'enfance, avant l'âge de 18 ans (n AS=145)		pénétration		psychologique du survivant 3-La détresse psychologique est associée directement à l'insatisfaction conjugale, tout comme l'attachement évitant.
Stalker & Davies (1995)	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Voir section prévalence des patrons d'attachement	1-AAI : Évalue le patron d'attachement adulte : sécuritaire, préoccupé, évitant et non-résolu 2-Global assessment scale (GAS) (Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976). Évalue le fonctionnement général	Le score de fonctionnement global ne se différencie pas à travers les patrons d'attachement

#### Relations sociales, familiales et conjugales

Auteurs	Échantillon	Provenance des participants	Description de l'AS	Mesures utilisées	Résultats obtenus
Bailey et al. (2007)	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Pas de description fournie	1-AAI : Évalue le patron d'attachement adulte : sécuritaire, évitant, préoccupé et non-résolu. 2- <i>Personality Assessment Inventory</i> (Morey, 1991). Évalue les symptômes liés à un trauma compliqué	Le patron d'attachement non-résolu est une variable médiatrice entre l'AS vécue à l'enfance et les difficultés relationnelles à l'âge adulte
Alexander et al. (1998)	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Voir section prévalence des patrons d'attachement	1-FAI : Évalue le patron d'attachement adulte : sécuritaire, préoccupé, évitant ou apeuré	Les ♀ ayant un patron d'attachement apeuré sont moins en relation de couple que les ♀ ayant un patron d'attachement préoccupé
Minzenberg et al. (2006)	♀ et ♂ Âge : 18 - 60 ans  Étude transversale avec un groupe	Recrutement dans la communauté  Majorité de ♀ et de caucasiens	Aucune description fournie	1-ECR : Évalue les patrons d'attachement anxieux et évitant 2- <i>The Barratt Impulsivity</i>	Chez les participants ayant un trouble de personnalité état-limite, l'attachement insécuritaire est une variable médiatrice entre l'AS à l'enfance

	de comparaison : avec un trouble de la personnalité état-limite et sans trouble de la personnalité état-limite			<i>scale</i> (Patton, Stanford, & Barratt, 1995). Évalue l'impulsivité	et l'émission de comportements impulsifs
Swanson & Mallinckrodt (2001)	125 étudiants 52% sont des ♀ 48% sont des ♂ Âge : M= 22.4ans Étude transversale incluant trois groupes : Inceste : 23% des ♀ et 5% des ♂ AS extrafamilial e: 22% des ♀ et 12% des ♂ Sans AS : 55% des ♀ et 83% des ♂	Recrutement dans deux universités  86% caucasiens 3% asiatiques 6% espagnols 5% autre	Aucune description fournie	1- <i>ECR</i> : Évalue les patrons d'attachement anxieux et évitant 2- <i>Family Environment Scale</i> (FES (Moos & B, 1986)). Évalue la qualité de l'environnement familial 3- <i>Love Withdrawal Scale</i> (LWS, créé pour l'étude). Évalue les comportements affectueux des parents	1- L'AS et la qualité de l'environnement familial ( <i>FES</i> ) expliquent la présence d'un attachement anxieux et évitant 2- Les comportements affectifs conditionnels émis par les parents ( <i>LWS</i> ) expliquent la présence du patron d'attachement évitant, au-delà des variables de l'AS

### Troubles de la personnalité

Auteurs	Échantillon	Provenance des participants	Description de l'AS	Mesures utilisées	Résultats obtenus
Stalker & Davies (1995)	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Voir section prévalence des patrons d'attachement	1- <i>AAI</i> : Évalue le patron d'attachement adulte : sécure, préoccupé, évitant et non-résolu 2- <i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis II</i> (SCID-II) (Spitzer, Williams, Gibbon, & al., 1989). Évalue la présence des troubles de la personnalité paranoïde, état-limite et	1-Pas de trouble de la personnalité : sécure n=3 non-résolu n=2 2-Personnalité état-limite : Non-résolu n=7 évitant n=1 3-Personnalité paranoïde : sécure n=2 évitant n=1 préoccupé n=1 non-résolu n=2 4-Personnalité évitante/auto-défaitiste : évitant n=3 préoccupé n=4 non-résolu n=13

				évitante/auto-défaitiste	
Alexander (1993)	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Voir section prévalence des patrons d'attachement	<p><b>1-RQ</b> : Évalue le patron d'attachement adulte: sécure, préoccupé, évitant et apeuré</p> <p><b>2-Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMII)</b> (Millon, 1969, 1981, 1986a, 1986b). Évalue les troubles de la personnalité évitante, dépendante, auto-défaitiste et état-limite</p>	<p><b>1-Attachement apeuré</b> est associé (+) : personnalités évitante, auto-défaitiste et état-limite</p> <p><b>2-Patron d'attachement préoccupé</b> est associé (+) : personnalités dépendante, auto-défaitiste et état-limite</p> <p><b>3-Patron d'attachement évitant</b> est associé (-) : personnalité dépendante</p> <p><b>4-Patron d'attachement sécure</b> est associé (-) : personnalité évitante</p>
Alexander et al. (1998)	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Voir section prévalence des patrons d'attachement	Voir section prévalence des patrons d'attachement	<p><b>1-FAI</b> : Évalue le patron d'attachement adulte: sécure, préoccupé, évitant ou apeuré</p> <p><b>2-MCMI-II</b></p>	<p><b>1-Personnalité évitante</b> : Apeuré &gt; sécure et évitant Préoccupé &gt; évitant</p> <p><b>2-Personnalité dépendante</b> : Préoccupé &gt; sécure, apeuré et évitant</p> <p><b>3-Personnalité auto-défaitiste</b> : Apeuré &gt; sécure et évitant Préoccupé &gt; évitant</p> <p><b>4-Personnalité état-limite</b> : Apeuré &gt; sécure et évitant Préoccupé &gt; évitant</p> <p><b>5-Patron d'attachement apeuré</b> est associé (+) : personnalité évitante</p> <p><b>6-Patron d'attachement évitant</b> est associé (-) : personnalités évitante, dépendante, auto-défaitiste et état-limite</p> <p><b>7-Patron d'attachement sécure</b> est associé (-) : personnalités évitante, auto-défaitiste et état-limite</p>

## CHAPITRE III

### ADAPTATION PSYCHOSOCIALE DES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE AGRESSÉS SEXUELLEMENT : CONTRIBUTION DE LA SÉCURITÉ D'ATTACHEMENT

### PRESCHOOL-AGED SEXUALLY ABUSED CHILDREN AND PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT: CONTRIBUTION OF ATTACHMENT SECURITY

Geneviève Beaudoin, M.Ps.,  
candidate au doctorat en psychologie<sup>1</sup>

Martine Hébert, Ph.D.<sup>2,3</sup>

Annie Bernier, Ph.D.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM), Montréal,  
Québec, Canada

<sup>2</sup> Département de sexologie, UQAM, Montréal, Québec, Canada

<sup>3</sup> Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants

<sup>4</sup> Département de psychologie, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

La première auteure a bénéficié d'une bourse de maîtrise des Fonds de recherche sur la société et la culture du Québec (FQRSC) et des bourses doctorales du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS), de l'Équipe FQRSC Violence et Santé Sexuelle (ÉVISSA), du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et du FQRSC.

Le projet a été rendu possible grâce à une subvention du FQRSC accordée à Martine Hébert, Ph.D. Les auteurs souhaitent remercier les enfants et parents qui ont participé à cette étude et tous les membres de la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Mère-Enfant Ste-Justine de Montréal, spécialement Anne-Claude Bernard-Bonnin, M.D. et Claire Allard-Dansereau, M.D.

Les demandes de tirés-à-part peuvent être adressées à Geneviève Beaudoin, M.Ps. et Martine Hébert, Ph.D., Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888 Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8, courriels: [genevievebeaudoin@videotron.ca](mailto:genevievebeaudoin@videotron.ca) et [hebert.m@uqam.ca](mailto:hebert.m@uqam.ca).

Article soumis le 7 janvier 2011 à la Revue Européenne de Psychologie Appliquée  
Demande de révision reçue le 20 novembre 2011

## RÉSUMÉ

**Objectifs :** La présente étude tente de répondre à trois objectifs : 1) -fournir un profil descriptif de l'adaptation psychologique et comportementale d'enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une agression sexuelle (AS); 2) -étudier leurs représentations d'attachement et 3) - évaluer l'apport prédictif des caractéristiques de l'AS vécue et de la sécurité d'attachement de l'enfant sur la symptomatologie de l'enfant, tout en contrôlant pour l'effet de la détresse psychologique du parent répondant.

**Méthode :** Les parents consultant la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Mère-Enfant Ste-Justine de Montréal ( $N = 116$ ) ont complété des instruments de mesure évaluant leur santé psychologique et la qualité de l'adaptation psychologique et comportementale de leur enfant d'âge préscolaire (3 à 6 ans) ayant dévoilé une AS. L'enfant a participé à une entrevue semi-structurée afin d'évaluer ses représentations d'attachement. Les données relatives à la description de l'AS subie ont été obtenues à l'aide des dossiers médicaux.

**Résultats :** Au sein de l'échantillon, 58,6% des enfants ont un patron d'attachement sécure et 73,3% de l'ensemble des enfants rencontrés ont vécu une AS très sévère. Les troubles de comportement cliniques intériorisés observés chez l'enfant victime sont prédits par la détresse psychologique du parent répondant, le caractère intrafamilial de l'AS et le patron d'attachement désorganisé/désorienté des enfants. Aucune des variables considérées ne contribuent à la prédiction des troubles de comportement cliniques extériorisés.

**Conclusions :** Le patron d'attachement désorganisé/désorienté apporte une contribution significative unique à la prédiction des troubles de comportement intériorisés atteignant le seuil clinique, au-delà des caractéristiques de l'AS (sévérité et type) et de la détresse psychologique du parent. Ce résultat souligne l'importance des variables personnelles dans la prédiction des difficultés d'adaptation des enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une AS.

**Implications pratiques :** Un plan d'intervention clinique axé sur les variables personnelles et familiales, tel que la sécurité d'attachement et la qualité de la relation parent-enfant est discuté en fonction des résultats obtenus.

**Mots-clés :** Agression sexuelle, âge préscolaire, sécurité d'attachement, conséquences.

## ABSTRACT

**Objectives :** Three objectives are aimed in this study: 1) -provide a descriptive behavioral profile of preschool-aged children having disclosed sexual abuse (SA); 2) - assess their attachment representations and 3) -explore whether SA characteristics and child attachment security can predict children's symptomatology, while controlling for parent's psychological distress.

**Method :** Parents consulting the *Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Mère-Enfant Ste-Justine* of Montreal ( $N = 116$ ) completed measures regarding parent's psychological distress and behavioral and psychological problems concerning their preschool-aged children (3-6 years). Children responded to a semi-structured interview assessing their attachment representations. Data concerning SA characteristics were provided by medical records.

**Results :** Secure attachment was observed in 58.6% of the children evaluated, and 73.3% of the children had experienced a very severe SA. Parental psychological distress, the intrafamilial nature of the sexual abuse experienced and disorganised/disoriented child attachment were found to predict clinical levels of internalized behavior problems. None of these variables were found to contribute to the prediction of children's clinical externalized difficulties.

**Conclusions :** Disorganised/disoriented attachment brings a unique contribution to the prediction of sexually abused preschool-aged children's clinical internalized difficulties, beyond SA characteristics (type and severity) and parental psychological distress. This underscores the importance of attachment representations in the prediction of internalized difficulties in sexually abused children.

**Practice Implications :** Clinical intervention should focus on personal and familial variables, like attachment security and the quality of parent-child relationships.

**Key words :** Sexual abuse, preschool-aged, attachment security, consequences.

### 3.1 Introduction

Il y a maintenant près de trente ans que les chercheurs s'intéressent aux difficultés d'adaptation des victimes d'une agression sexuelle (AS). De nombreuses répercussions psychologiques et comportementales, tant à court qu'à long terme, ont été répertoriées chez les survivants d'une AS (Kaplow & Widom, 2007; Paolucci et al., 2001).

Cependant, il existe une importante diversité de profils chez les victimes d'une AS: certaines semblent afficher moins de difficultés d'adaptation suite au dévoilement, alors que d'autres démontrent des difficultés plus sévères (Collishaw et al., 2007; Hébert, Parent et al., 2006; Putnam, 2003). L'équilibre psychologique des survivants d'une AS pourrait être favorisé par certaines caractéristiques environnementales, psychologiques ou liées à l'AS.

Bien qu'un nombre considérable d'études ait permis d'améliorer notre compréhension des corrélats associés à l'AS chez les populations adolescente et adulte, très peu de données empiriques font état de l'adaptation psychosociale des très jeunes enfants ayant subi une AS (Beaudoin & Hébert, sous presse; Tyler, 2002). Pourtant, malgré leur jeune âge, les enfants d'âge préscolaire ne sont pas moins à risque d'être victimes d'une AS. En fait, près de 30% des victimes d'une AS seraient âgées entre 4 et 7 ans (Putnam, 2003). Le fait de subir un traumatisme sexuel peut définitivement affecter le développement sain du soi de l'enfant (Macfie et al., 2001a; Ogawa et al., 1997). Les données empiriques ne sont qu'émergentes (Macfie et al., 2001b) mais suggèrent des difficultés d'adaptation importantes chez les enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une AS, difficultés pouvant perdurer jusqu'à l'âge adulte (Ogawa et al., 1997). Ainsi, Mian, Marton et LeBaron (1996) ont observé que les filles agressées sexuellement âgées entre 3 et 5 ans présentent significativement plus de troubles de comportement intériorisés (e.g., anxiété, dépression) ainsi que des comportements sexualisés inappropriés pour leur niveau de développement, comparativement au groupe de comparaison d'enfants non abusés. Des troubles de comportement intériorisés et extériorisés (e.g., agressivité, impulsivité) ont aussi été répertoriés dans une seconde étude réalisée auprès de plus de

500 enfants agressés sexuellement âgés entre 3 et 7 ans (McCrae et al., 2006). Pears et ses collaborateurs rapportent par ailleurs que les enfants victimes d'une AS démontrent davantage de problèmes intériorisés que les enfants victimes de négligence et d'abus émotionnel, tout en présentant plus de comportements extériorisés que ces derniers, s'ils ont aussi été victimes d'abus physique et de négligence (Pears et al., 2008). Les quelques analyses répertoriées ayant exploré les profils des enfants d'âge préscolaire comportent néanmoins certaines limites méthodologiques, notamment en ce qui a trait à la représentativité des échantillons. Ainsi, dans la majorité des études menées à ce jour, les participants sont recrutés au sein de milieux d'intervention (Hall, 1999; Macfie et al., 2001b; Macfie et al., 2001a; Mian et al., 1996; Pears et al., 2008) ou proviennent de milieux socio-économique défavorisés (Macfie et al., 2001b; Macfie et al., 2001a) ou considérés à risque (Ogawa et al., 1997), ce qui limite la généralisabilité des résultats. Par ailleurs, peu d'études ont permis de documenter les facteurs associés à la diversité des troubles de comportement manifestés par les enfants d'âge préscolaire.

Les écrits empiriques dans le domaine révèlent que ce ne sont pas tant les caractéristiques de l'AS (durée, sévérité, type) qui expliqueraient la symptomatologie observée suite au traumatisme vécu (Kendall-Tackett et al., 1993; McCrae et al., 2006; Putnam, 2003), mais possiblement certaines caractéristiques familiales et environnementales (Hall, 1999; McCrae et al., 2006). Ainsi, plusieurs recherches ont identifié la qualité du soutien parental reçu lors du dévoilement comme un facteur-clé modulant l'intensité des conséquences observées chez les survivantes d'AS (Cyr et al., 2002; Cyr et al., 2003; Deblinger et al., 1999a; Everson et al., 1989; Grosz et al., 2000; Kendall-Tackett et al., 1993). Par contre, des chercheurs ont récemment observé qu'au-delà de la réponse parentale manifestée suite au dévoilement de l'événement, il s'agit plutôt du patron d'attachement du parent ainsi que la perception de la qualité de la relation que l'enfant entretient avec son parent, qui influencent l'adaptation de ce dernier (Bolen & Lamb, 2007). Or, les enfants d'âge préscolaire évoluent généralement dans un milieu social restreint, limités souvent à la présence de leur figure parentale pour solliciter son réconfort lorsqu'ils sont en détresse (Hamner & Turner, 2001; Wood et al.,

2004). Ainsi, il est pertinent de considérer la qualité de la relation parent-enfant pour comprendre les différences individuelles quant à l'adaptation psychosociale de l'enfant d'âge préscolaire ayant dévoilé une AS.

### 3.2 La sécurité d'attachement

La qualité de la relation parent-enfant en réponse à la détresse exprimée par l'enfant est un concept central dans la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1977, 1980). Au cours de sa première année de vie, l'enfant s'attache émotionnellement à ses figures parentales et organise ses comportements de recherche de soutien et de réconfort auprès d'elles, selon ses apprentissages relationnels antérieurs (Bowlby, 1977). Il est présumé qu'au fil du temps et des interactions, l'enfant développe des modèles cognitifs relatifs à ses figures d'attachement principales et aux relations qu'il entretient avec celles-ci; ces modèles cognitifs sont nommés représentations d'attachement. Les représentations d'attachement dites sécurisantes se construiraient sur la base d'interactions avec une figure parentale qui est accessible et sensible aux besoins de l'enfant, ce qui est présumé générer chez l'enfant un sentiment de compétence personnelle face à son environnement (Bretherton & Munholland, 2008). À l'opposé, des réponses inadéquates ou inconsistantes de la figure parentale face à l'expression des besoins émotifs de l'enfant donneraient lieu à des représentations d'attachement insécurisantes (Bretherton & Munholland, 2008), ce qui nuirait à l'établissement d'un sentiment de confiance en l'environnement (Crittenden & Ainsworth, 1989).

La *Situation Étrangère* (Ainsworth et al., 1978; Main & Solomon, 1990) est la procédure classique utilisée pour mesurer la qualité des relations d'attachement parent-enfant au cours de la petite enfance. Lors de cette procédure, les comportements de l'enfant émis en contact avec une étrangère et lors du retour du parent suivant deux courtes séparations, sont observés, ce qui permet l'identification de quatre patrons d'attachement. Le patron d'attachement sécuritaire (B) est observé chez 62% des enfants provenant d'une population normale en Amérique du Nord (Van IJzendoorn et al.,

1999). Les enfants identifiés avec ce patron d'attachement sont en mesure d'utiliser leur figure parentale comme d'une base sécurisante afin d'explorer l'environnement. Ce sont des enfants qui réagissent positivement au retour du parent, qui recherchent son contact ou sa proximité et retrouvent un sentiment de confort en sa présence, s'ils ressentaient de la détresse pendant la séparation. Le patron d'attachement insécure de type évitant (A) regroupe les enfants qui paraissent indifférents à leur figure parentale : ils n'expriment pas de joie au retour du parent et recherchent peu la proximité. Ce sont des enfants qui minimisent l'expression des émotions négatives, présageant qu'elles sont trop difficiles à tolérer pour leur parent. Ce patron d'attachement se retrouverait auprès d'environ 15% des enfants (Van IJzendoorn et al., 1999). Les enfants présentant un patron d'attachement insécure de type ambivalent (C), environ 9 % des enfants (Van IJzendoorn et al., 1999), manifestent une préoccupation constante envers leur figure parentale tout au long de la *Situation Étrangère*. Ils affichent une détresse importante lors des séparations, mais ne parviennent pas à s'apaiser au contact du parent lors de la réunion. Comparativement à ces trois types de stratégies organisées, les enfants ayant un patron d'attachement insécure désorganisé/désorienté (D) ne parviennent pas à émettre des comportements cohérents en réponse à l'importante anxiété qu'ils éprouvent lors de la *Situation Étrangère*. Ils manifestent des comportements inhabituels et contradictoires, comme de l'immobilité, du retrait, des gestes tant de fuite que d'approche, ou donnent l'impression d'être en transe en présence du parent ou même, de craindre ou d'appréhender leur figure parentale (Main & Solomon, 1988, 1990). Ils représentent environ 15% des enfants (Van IJzendoorn et al., 1999).

Une notion centrale de la théorie de l'attachement est que la qualité de la relation d'attachement parent-enfant, d'abord mesurable par l'observation des comportements de l'enfant lors la *Situation Étrangère*, est progressivement intégrée sous forme de représentations mentales pouvant être mesurées à l'aide de procédures faisant appel au rapport verbal de l'enfant (Solomon & George, 2008). Ainsi, l'une des approches les plus reconnues pour mesurer la sécurité d'attachement à l'âge préscolaire est celle des histoires d'attachement, consistant à présenter à l'enfant des scénarios fictifs reprenant

des thèmes reliés à l'attachement (e.g., séparation parent-enfant), qu'il doit ensuite poursuivre et conclure (Bretherton, Oppenheim et al., 1990; Bretherton, Ridgeway et al., 1990). Bien que différents systèmes de codification aient été validés et puissent être utilisés pour analyser les réponses de l'enfant aux histoires d'attachement, la présente étude utilise celui de Miljkovitch et ses collaborateurs, un système de codification permettant d'obtenir un score continu ou catégoriel des représentations d'attachement de l'enfant (Miljkovitch et al., 2003).

### 3.3 L'agression sexuelle et la sécurité d'attachement chez les survivants adultes ou adolescents

Plusieurs liens empiriques ont été établis entre la symptomatologie chez des survivants adultes ou adolescents d'une AS et la sécurité d'attachement, mais à notre connaissance, aucune étude à ce jour n'a tenté d'explorer ce lien auprès d'un échantillon d'enfants d'âge préscolaire, limitant la compréhension des profils comportementaux et psychologiques observés chez cette clientèle peu de temps après le dévoilement de l'AS (Beaudoin & Hébert, sous presse). Roche et ses collègues ont observé que le patron d'attachement des survivantes d'une AS à l'enfance contribue à la prédiction de la détresse psychologique, au-delà des caractéristiques de l'AS subie (Roche et al., 1999). Par ailleurs, les survivantes adultes présentant un patron d'attachement apeuré ou non-résolu, affichent davantage de détresse psychologique (Alexander, 1993), de symptômes dissociatifs (Anderson & Alexander, 1996) et de stress post-traumatique (Bailey et al., 2007), que les survivantes ayant un patron d'attachement sécuritaire ou évitant (Alexander et al., 1998; Shapiro & Levendosky, 1999). Ainsi, celles ayant un patron d'attachement sécuritaire rapportent moins de symptômes de dysphorie (anxiété, colère, dépression et irritabilité) que les survivantes ayant un patron d'attachement insécure (Aspelmeier et al., 2007; Godbout et al., 2006; Godbout et al., 2009). Le même constat s'applique aux hommes agressés sexuellement à l'enfance, pour qui un attachement insécure (préoccupé et évitant) est associé à la présence d'une détresse psychologique (Godbout et al., 2006; Godbout et al., 2007, 2009).

Bien que ces résultats témoignent de l'importance des représentations d'attachement chez les victimes d'AS, les recherches menées à ce jour présentent certaines limites méthodologiques. Ainsi, les études ayant impliqué des échantillons d'adultes sollicitent les détails descriptifs de l'AS subie par l'entremise d'un rappel rétrospectif, ce qui peut générer des erreurs dans le rappel de l'événement (Edelstein et al., 2005; Quas et al., 1999; Roche et al., 1999) et biaiser les résultats obtenus. De la même façon, compte tenu de la stabilité limitée des patrons d'attachement entre l'enfance et l'âge adulte, particulièrement chez les populations susceptibles de rencontrer des événements de vie stressants (Bar-Haim et al., 2000; Hamilton, 2000; Lewis et al., 2000; Moss et al., 2005; NICHD, and the Early Child-Care Network, 2001; Waters et al., 2000; Weinfield et al., 2000), il semble des plus hasardeux d'interpréter les résultats obtenus auprès d'adultes comme indicateurs de leurs représentations d'attachement au cours de leur enfance. Enfin, des études attestent qu'il est difficile d'établir une relation satisfaisante positive entre le parent et son enfant lorsque le niveau de stress quotidien à gérer pour le parent est très important (Crnic et al., 2005). Or, le dévoilement d'une AS au parent protecteur peut affecter son équilibre psychologique et par le fait même, la disponibilité qu'il affiche envers son enfant, ce qui peut générer des difficultés d'adaptation chez ce dernier (Costa et al., 2006; Fjone et al., 2009; Hébert et al., 2007). Par conséquent, il appert crucial d'évaluer la sécurité d'attachement peu de temps après le dévoilement d'une AS, afin d'évaluer sa contribution potentielle à la prédiction de l'adaptation de l'enfant suite au traumatisme, limitant ainsi l'influence à court terme d'autres événements stressants et potentiellement anxiogènes pouvant interférer avec la stabilité des modèles internes opérants de l'enfant.

L'objectif de la présente étude est d'abord de fournir un portrait descriptif d'une clientèle d'enfants d'âge préscolaire pour qui un dévoilement d'AS a été reconnu par des autorités médicales. Compte tenu du peu d'études effectuées auprès de cette clientèle, les données recueillies permettront d'établir un profil d'adaptation, tout en soulignant l'importance des variables personnelles dans l'ajustement psychologique et comportemental de l'enfant ayant dévoilé une AS. Ainsi, l'étude vise à explorer si la

sécurité d'attachement parent-enfant contribue à la prédiction des troubles de comportement intériorisés et extériorisés des enfants victimes, au-delà des caractéristiques de l'AS.

### 3.4 Méthodologie

*3.4.1 Participants.* Tous les enfants âgés entre 3 et 6 ans (89% filles et 11% garçons,  $M = 4,80$  ans;  $ET = 0,87$ ) se présentant à la Clinique de pédiatrie socio-juridique du Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant Sainte-Justine de Montréal (CHU Ste-Justine) pour fins d'évaluation médicale dans un contexte d'AS, ainsi que leur parent accompagnateur, ont été sollicités afin de participer à la recherche. Au cours de la collecte de données échelonnée sur 28 mois, 189 enfants ayant dévoilé une AS au cours du précédent mois ainsi que leurs parents accompagnateurs, furent rencontrés à la Clinique. De ce nombre, 42 dyades parents-enfants ne correspondaient pas aux critères d'admissibilité de la présente étude (ne se présente pas avec le tuteur légal  $n = 13$ , ne maîtrise pas suffisamment le français  $n = 8$ , retard cognitif, physique ou mental de l'enfant  $n = 8$ , personne ayant perpétré les actes ayant sensiblement le même âge que l'enfant  $n = 4$ , aucune verbalisation ni soupçon tangible ou présence de blessures génitales d'origine organique  $n = 9$ ). Sur les 147 parents répondant aux critères de sélection, 25 ont refusé de participer, reflétant un taux de participation de 84%. Un total de six questionnaires a dû être éliminé en raison de données manquantes sur les variables considérées dans les présentes analyses. Des 116 participants, 103 (88,8%) sont des filles et 13 sont des garçons. Dans l'échantillon, 31,1% des mères occupent un emploi à temps plein, alors que les pères travaillent à temps complet à 69,5%. Le revenu annuel brut des familles rencontrées est à moins de 20 000\$ pour 46,2% des participants et 67,2% des enfants proviennent de familles monoparentales. En ce qui a trait aux parents répondants (83,6% sont des mères et 16,4% des pères), 50,4% d'entre eux ont déjà vécu une situation d'AS au cours de leur enfance.

3.4.2 *Instruments de mesure.* Le parent a complété divers instruments de mesure permettant de dresser un portrait socio-démographique de la famille, des difficultés comportementales et psychologiques de l'enfant et de son propre niveau de détresse psychologique. L'enfant a participé à une entrevue semi-structurée enregistrée à l'aide d'un audiophone, ayant pour but d'évaluer ses représentations d'attachement. Les données quant aux caractéristiques de l'AS ont été codifiées à partir des informations du dossier médical de l'enfant.

*Questionnaire sur la Victimisation de l'Enfant* (Parent & Hébert, 2006). Cet instrument, traduit et adapté de la version originale *History of Victimization Form* (Wolfe, Gentile, & Boudreau, 1987), permet d'obtenir une description détaillée de l'AS vécue par l'enfant. Les détails concernant la sévérité et la durée de l'AS, ainsi que ce qui a trait à l'identité de l'agresseur ont été colligés par l'entremise du dossier médical. La sévérité de l'AS fut codifiée à l'aide d'une échelle en trois points, où une AS très sévère implique une pénétration ou une tentative de pénétration orale, vaginale ou anale, une AS sévère correspond à des attouchements de nature sexuelle sous les vêtements sans pénétration et une AS moins sévère réfère à l'absence de contact des parties génitales nues de l'enfant par l'agresseur, comme lorsqu'il y a attouchements par dessus les vêtements ou émission de comportements exhibitionnistes (Russell, 1983). En raison du peu d'enfants ayant vécu une AS moins sévère ( $n = 3$ ), un classement en deux catégories fut utilisé pour les analyses (AS très sévère et AS sévère qui combine l'AS sévère et moins sévère). Une échelle en quatre points a permis d'évaluer l'identité de l'agresseur, qu'il soit un inconnu, une connaissance ou un membre de la famille élargie ou immédiate, ce qui a permis de faire une catégorisation sur le type d'AS subie (intrafamiliale ou extrafamiliale). Un accord inter-juges variant entre 77 et 100% a été obtenu suite à une analyse de 30 dossiers médicaux choisis aléatoirement (Hébert, Tremblay, Parent, Daignault, & Piché, 2006). Plus précisément, les auteurs rapportent pour cette mesure une corrélation intra-classe de 0,86 et un pourcentage moyen d'accord inter-juge de 92,8%.

*Liste de Vérification du Comportement des Enfants de 1,5 à 5 ans* (Achenbach & Rescorla, 2002). Traduit de la version originale *Child Behavior Checklist (CBCL)* (Achenbach & Rescorla, 2000a), ce questionnaire de 100 items complété par le parent évalue la présence de difficultés comportementales de l'enfant âgé entre 1,5 et 5 ans, au cours des deux derniers mois précédant la rencontre. Le profil comportemental de l'enfant est obtenu par une échelle en trois points, où 2 correspond à *toujours ou souvent vrai pour mon enfant*, 1 à *parfois vrai pour mon enfant* et 0, *ne s'applique pas pour mon enfant*. Deux dimensions globales sont évaluées: les troubles de comportement intériorisés, référant aux réactions émotionnelles, à l'anxiété, la dépression, la somatisation, les comportements de retrait et les difficultés à l'heure du coucher ou lors du sommeil, et les troubles de comportement extériorisés, évaluant les difficultés d'attention et les comportements agressifs, impulsifs ou perturbateurs. Un score élevé reflète des difficultés comportementales plus sévères et un score clinique de trouble de comportements intériorisés ou extériorisés est observé chez un enfant ayant un score T égal ou supérieur à 65 sur ces échelles. Les qualités psychométriques de cet instrument de mesure sont très satisfaisantes. Le coefficient de consistance interne de l'échelle de comportements intériorisés est de 0,89 et celui des comportements extériorisés, de 0,92 (Achenbach & Rescorla, 2000b). Le coefficient de consistance interne de notre échantillon pour les troubles de comportement intériorisés est de 0,89 et celui des troubles de comportement extériorisés, de 0,94.

*Échelle de Détresse Psychologique de l'Enquête de Santé Québec (IDPESQ-29)* (Préville et al., 1992). Ce questionnaire a été développé à partir du *Psychiatric Symptoms Index (PSI)* (Ilfeld, 1976) et identifie le niveau de détresse psychologique du répondant. En plus d'un indice global de détresse, quatre dimensions psychologiques sont évaluées par l'entremise des 29 items : l'anxiété, la dépression, l'irritabilité et les problèmes cognitifs. Le score aux différents énoncés du questionnaire est obtenu grâce à une échelle en quatre points (1, *jamaï s au cours de la dernière semaine* à 4, *très souvent*). Le score global de détresse psychologique du répondant est considéré au dessus du seuil clinique s'il se situe à un écart-type de la moyenne de la population.

Chez les femmes non institutionnalisées âgées de plus de 15 ans, une cote supérieure à 28,74 représente un score clinique (Boyer, Préville, Légaré, & Valois, 1993). Le coefficient de consistance interne de la détresse psychologique globale, obtenue lors d'une enquête auprès de 32 000 québécois, est satisfaisant (0,91) (Préville et al., 1992). La consistance interne pour notre échantillon est de 0,96.

*Les Histoires d'Attachement.* Cet instrument de mesure, complété par l'enfant d'âge préscolaire, a été traduit (Hébert & Daignault, 2002) de l'instrument original *MacArthur Story Stem Battery* (Bretherton, Oppenheim et al., 1990; Bretherton, Ridgeway et al., 1990). Cinq histoires permettant d'activer et d'évaluer les représentations mentales d'attachement de l'enfant sont présentées de façon standardisée par l'assistante de recherche, à l'aide de figurines représentant les personnages de l'histoire, et sont terminées par l'enfant. Au préalable, on a complété une première histoire non comptabilisée (célébration de l'anniversaire de l'enfant figurine), pour s'assurer que l'enfant comprend la procédure. Les thèmes présentés sont les suivants: le pichet d'eau renversé par l'enfant figurine lors d'un souper familial, une blessure au genou après la chute de l'enfant, l'enfant croit voir un monstre dans sa chambre, le départ des parents pour la journée et leur retour le lendemain. L'enregistrement audio de cette entrevue ainsi que les comportements non-verbaux émis par l'enfant inscrit sur une grille d'auto-observation, ont été analysés selon le système de cotation développé par Miljkovitch et ses collaborateurs (Miljkovitch et al., 2003). Pour ce faire, l'évaluateur dispose 65 items décrivant la cohérence du discours de l'enfant, sa description des relations parent-enfant, sa réaction aux séparations et aux réunions, sa capacité à générer des solutions et sa collaboration avec l'interviewer, en sept piles normalisées, suivant la procédure d'un Tri de cartes. Plus l'item est vrai pour l'enfant évalué, plus un score élevé lui est attribué. Le patron des scores aux items est ensuite corrélé aux quatre patrons prototypiques développés par Miljkovitch, sur la base de prototypes fournis par des experts (Miljkovitch et al., 2004): le patron prototypique de sécurité, d'inhibition (évitement), d'hyperactivation (ambivalence) et de désorganisation. Chaque enfant obtient ainsi quatre scores, représentant le niveau de sécurité, d'inhibition,

d'hyperactivation et de désorganisation présent dans son discours. On peut par la suite dériver une classification à l'intérieur de l'un des quatre grands patrons en transformant le score obtenu en score T que l'on compare aux scores T d'un échantillon normatif (Pierrehumbert, 2008). Dans la présente étude, l'accord inter-juges pour l'ensemble des scores prototypiques d'attachement selon une double cotation de 17 narratifs par deux juges indépendants est bon. Une corrélation intra-classe de 0,84 est obtenue, avec une étendue variant de 0,78 à 0,89. En plus d'une bonne fidélité inter-juges et d'une validité discriminante adéquate en ce qui a trait aux données socio-démographiques et aux scores de quotient intellectuel (Miljkovitch et al., 2004), ce système de codification démontre une bonne validité de construit, tel qu'observé par le biais de ses différentes dimensions et les troubles de comportement intériorisés (Miljkovitch, Pierrehumbert, & Halfon, 2007), l'attachement maternel (Miljkovitch et al., 2004) et l'attachement paternel (Bernier & Miljkovitch, 2009).

*3.4.3 Procédures.* Lors de la visite initiale à la Clinique, soit environ un mois après l'agression sexuelle ou son dévoilement, les parents sont informés de la recherche et du fait que leur participation est libre et volontaire, le traitement des données se faisant de façon anonyme. Un formulaire de consentement est ensuite signé et une compensation financière (20\$) est accordée aux parents. Le projet a reçu l'approbation des comités d'éthique de la recherche du CHU Ste-Justine et de l'UQAM.

### 3.5 Résultats

Les résultats sont discutés selon trois rubriques. D'abord, un portrait descriptif des participants est fourni à l'aide des données obtenues. Ensuite, des analyses comparatives de khi-carrés sont menées afin d'identifier les différences entre les enfants rencontrés selon les caractéristiques de l'AS vécue, la sécurité d'attachement, la présence d'une détresse psychologique du parent et les difficultés d'adaptation de l'enfant. Finalement, des analyses de régressions logistiques sont appliquées dans le but d'évaluer l'apport des

variables liées à l'AS et à la sécurité d'attachement de l'enfant à la prédiction des troubles cliniques de comportements intériorisés et extériorisés rapportés chez l'enfant.

*3.5.1 Données descriptives.* Au sein de l'échantillon rencontré, 26,7% ( $n = 31$ ) des enfants ont vécu une AS sévère et 73,3% ( $n = 85$ ), une AS très sévère. L'AS vécue par ces enfants était à 57,8% ( $n = 67$ ) de type intrafamilial, impliquait quelques événements pour 35,7% ( $n = 35$ ) d'entre eux (épisode unique : 35,7%; épisode chronique sur plus de 6 mois : 28,6%) et était commise par un homme pour la très grande majorité des cas (93,1%,  $n = 108$ ). L'âge des agresseurs se situait entre 20 et 59 ans pour 69,8% ( $n = 81$ ) des cas (moins de 15 ans : 16,4%; de 15 à 19 ans : 4,3% et 60 ans et plus : 9,5%). En ce qui a trait aux représentations d'attachement des enfants rencontrés, 58,6% ( $n = 68$ ) présentent un patron d'attachement sécure, 32,7% ( $n = 38$ ) un patron d'attachement évitant, 0,9% ( $n = 1$ ) un patron d'attachement ambivalent et 7,8% ( $n = 9$ ) un patron d'attachement désorganisé/désorienté. Des troubles de comportement intériorisés atteignant le seuil clinique sont notés pour 43,1% ( $n = 50$ ) des enfants rencontrés alors que 32,8% ( $n = 38$ ) des enfants de l'échantillon présentent des troubles de comportement extériorisés atteignant le seuil clinique. Par ailleurs, 63,8% ( $n = 74$ ) des parents répondants rapportent une détresse psychologique atteignant le seuil clinique. Puisqu'il n'y a qu'un seul participant ayant un patron d'attachement ambivalent, les analyses subséquentes ne tiennent pas compte de son profil ( $N = 115$ ).

*3.5.2 Analyses comparatives.* Dans un premier temps, afin d'évaluer si les caractéristiques de l'AS (type : intra ou extra-familiale et sévérité) et le niveau de détresse psychologique du parent sont liés au patron d'attachement de l'enfant (sécure, évitant et désorganisé/désorienté), des analyses de khi-carrés furent entreprises. Les résultats (voir Tableau 3.1) n'indiquent aucune différence significative quant au type d'AS, à la sévérité de l'AS et à la présence d'une détresse psychologique clinique chez le parent répondant selon le patron d'attachement de l'enfant. Dans un deuxième temps, une série d'analyses khi-carrés a été menée afin d'explorer les liens entre les patrons d'attachement, les caractéristiques de l'AS et le niveau de détresse du parent d'une part,

et la présence de difficultés atteignant le seuil clinique d'autre part. Les données indiquent que dans les cas d'AS intrafamiliales, une proportion plus importante d'enfants présente des comportements intériorisés atteignant le seuil clinique (52,2%) que dans les situations impliquant un agresseur extrafamilial (31,3%). Il n'y a aucune relation significative entre la présence de troubles cliniques de comportements extériorisés et la sécurité d'attachement, les caractéristiques de l'AS et la détresse psychologique clinique du parent (voir Tableau 3.2).

Tableau 3.1

Comparaison de la sécurité d'attachement des enfants selon les caractéristiques de l'AS et la détresse psychologique du parent

	Sécurité d'attachement			$\chi^2$
	Séculaire	Évitant	Désorganisé/ désorienté	
<u>Type d'AS</u>				$\chi^2 (2, 115)=3,77,$ $p = 0,152$
AS intrafamiliale	56,8% (n = 38)	31,3% (n = 21)	11,9% (n = 8)	
AS extrafamiliale	62,5% (n = 30)	35,4% (n = 17)	2,1 % (n = 1)	
<u>Sévérité d'AS</u>				$\chi^2 (2, 115)=0,29,$ $p = 0,866$
AS sévère	56,7% (n = 17)	33,3% (n = 10)	10,0% (n = 3)	
AS très sévère	60,0% (n = 51)	32,9% (n = 28)	7,1% (n = 6)	
<u>Détresse psychologique du parent</u>				$\chi^2 (2, 115)=0,87,$ $p = 0,648$
Clinique	62,2% (n = 46)	31,1% (n = 23)	6,7% (n = 5)	
Non clinique	53,7% (n = 22)	36,6% (n = 15)	9,7% (n = 4)	

Tableau 3.2

Pourcentage de cas atteignant le seuil clinique de difficultés intériorisées et extériorisées, selon la sécurité d'attachement, les caractéristiques de l'AS et la détresse psychologique du parent

	Troubles de comportement cliniques intériorisés	$\chi^2$	Troubles de comportement cliniques extériorisés	$\chi^2$
<u>Patron d'attachement</u>		$\chi^2 (2, 115)=4,73,$ $p = 0,094$		$\chi^2 (2, 115)=3,11,$ $p = 0,211$
Patron d'attachement sécure	39,7% (n=27)		27,9% (n=19)	
Patron d'attachement évitant	42,1% (n=16)		36,8% (n=14)	
Patron d'attachement désorganisé	77,8% (n=7)		55,6% (n=5)	
<u>Type d'AS</u>		$\chi^2 (1, 115)=5,01,$ $p \square 0,05$		$\chi^2 (1, 115)=2,41,$ $p = 0,121$
AS intrafamiliale	52,2% (n=35)		38,8% (n=26)	
AS extrafamiliale	31,3% (n=15)		25,0% (n=12)	
<u>Sévérité AS</u>		$\chi^2 (1, 115)=0,77,$ $p = 0,381$		$\chi^2 (1, 115)=1,73,$ $p = 0,188$
AS sévère	36,7% (n=11)		23,3% (n=7)	
AS très sévère	45,9% (n=39)		36,5% (n=31)	
<u>Détresse psychologique du parent</u>		$\chi^2 (1, 115)=9,45,$ $p \square 0,01$		$\chi^2 (1, 115)=2,16,$ $p = 0,142$
Clinique	54,1% (n=40)		37,8% (n=28)	
Non clinique	24,4% (n=10)		24,4% (n=10)	

*3.5.3 Régressions logistiques.* Des analyses de régressions logistiques ont été menées dans le but d'évaluer la valeur prédictive des caractéristiques de l'AS et de la sécurité d'attachement de l'enfant, sur la présence de troubles cliniques de comportements intériorisés et extériorisés. Pour chacune des deux variables dépendantes, trois étapes ont été suivies. Dans un premier temps, la variable détresse psychologique du parent répondant, une variable de confusion potentielle étant reconnue comme influençant la perception que le parent a des difficultés comportementales de son enfant, a été considérée (Gross, Conrad, Fogg, Willis, & Garvey, 1995; Gross, Fogg, Garvey, & Julion, 2004; Seiffge-Krenke & Kollmar, 1998; Treutler & Epkins, 2003). À la deuxième étape, les caractéristiques de l'AS, soit l'identité de l'agresseur (intrafamiliale ou extrafamiliale) et la sévérité de l'AS (sévère ou très sévère) ont été introduites. Les cotes reflétant les patrons d'attachement des enfants rencontrés (sécure, évitant et désorganisé/désorienté) ont finalement été introduites à la troisième étape, où les groupes d'enfants ayant un patron d'attachement insécure (évitant et désorganisé/désorienté) furent comparés aux enfants ayant un patron d'attachement sécure.

Tel qu'indiqué dans le Tableau 3.3, pour la prédiction des troubles de comportement intériorisés de niveau clinique, la première étape de la régression est significative: le niveau de détresse psychologique du parent répondant contribue à la prédiction de la présence de troubles de comportement intériorisés chez l'enfant. Les données révèlent que l'enfant est près de 4 fois plus à risque de présenter des difficultés intériorisées cliniques si son parent démontre une détresse psychologique atteignant le seuil clinique ( $Exp(B) = 3,65$ ). À la deuxième étape, le type d'AS vécue, soit le fait que l'agresseur provienne de la famille immédiate, ajoute à la prédiction ( $Exp(B) = 2,35$ ). Ainsi, l'enfant qui rapporte une agression sexuelle intrafamiliale est 2 fois plus à risque de présenter des troubles de comportement cliniques intériorisés. Les résultats révèlent que la sévérité des actes rapportés n'apporte pas de contribution significative à la prédiction. Finalement, lorsque les variables représentant la sécurité d'attachement de l'enfant sont introduites à la troisième étape, le patron d'attachement désorganisé/désorienté apporte une

contribution unique significative à la prédiction des troubles de comportement cliniques intériorisés ( $Exp(B) = 6,39$ ) et ce, au-delà des caractéristiques de l'AS et du niveau de détresse psychologique du parent répondant. L'enfant victime d'une AS est 6 fois plus à risque de démontrer des troubles de comportement intériorisés atteignant le seuil clinique lorsqu'il présente un attachement désorganisé/désorienté, comparativement à l'enfant ayant un patron d'attachement sécurisé.

Aucune des variables à l'étude, soit la détresse psychologique du parent répondant, le type et la sévérité de l'AS et la sécurité d'attachement de l'enfant, ne contribuent significativement à la prédiction des troubles cliniques de comportements extériorisés présentés par les enfants.

Tableau 3.3

Prédiction des troubles de comportement cliniques intériorisés, en fonction de la détresse psychologique, des caractéristiques de l'AS et de la sécurité d'attachement

Troubles cliniques de comportements intériorisés					
	<i>B</i>	E.S.	Wald	<i>p</i>	<i>Exp (B)</i>
<b>1<sup>ère</sup> étape</b>					
$\chi^2 (1,115) = 9.81,$ $p < 0,05$					
Détresse psychologique clinique	1,29	0,43	8,97	0,003	3,65
<b>2<sup>e</sup> étape</b>					
$\chi^2 (3,115) = 14.47,$ $p < 0,05$					
Détresse psychologique clinique	1,26	0,44	8,10	0,004	3,54
Identité de l'agresseur	0,86	0,41	4,29	0,038	2,35
Sévérité de l'AS	0,15	0,47	0,11	0,742	
<b>3<sup>e</sup> étape</b>					
$\chi^2 (5,115) = 19.49,$ $p < 0,05$					
Détresse psychologique clinique	1,42	0,47	9,05	0,003	4,12
Identité de l'agresseur	0,72	0,43	2,83	0,093	
Sévérité de l'AS	0,23	0,48	0,24	0,625	
Contraste patron d'attachement évitant	0,23	0,44	0,27	0,606	
Contraste patron d'attachement désorganisé/désorienté	1,85	0,91	4,19	0,041	6,39

*B* : Beta; E.S. : Erreur standard de moyenne

### 3.6 Discussion

Le but de la présente étude était de documenter les profils d'enfants d'âge préscolaire ayant vécu une AS et de prédire la symptomatologie rapportée en utilisant le paradigme théorique de la sécurité d'attachement. Peu d'études se sont attardées à cette population très vulnérable suite à une AS, n'ayant souvent pour réseau social que la famille immédiate. Cette réalité soulève l'importance d'appliquer le cadre conceptuel de l'attachement afin d'améliorer la compréhension de la dynamique symptomatologique des enfants d'âge préscolaire.

Au sein de l'échantillon rencontré, près de 74% des enfants ont vécu une AS très sévère, impliquant soit une pénétration ou une tentative de pénétration orale, vaginale ou anale. Ces résultats corroborent les écrits d'auteurs ayant suggéré que les enfants d'âge préscolaire ne sont pas à l'abri d'être victimes de sévices sexuels sévères semblables à ce que les enfants plus âgés subissent (Brilleslijper-Kater, Friedrich, & Corwin, 2004).

Malgré la sévérité du traumatisme rapporté, les enfants rencontrés ont un patron d'attachement sécure (59%) dans une proportion similaire à la population en général (62%), ce qui, à première vue, pourrait sembler contredire les résultats scientifiques. Un examen approfondi des écrits dégage toutefois un fait remarquable : en plus de n'avoir jamais mesuré les représentations d'attachement d'enfants agressés sexuellement (et seulement d'adultes ou d'adolescents disant avoir été victimes d'AS au cours de leur enfance), les études recensées ont presque toutes utilisé des questionnaires auto-évaluatifs pour mesurer l'attachement (Aspelmeier et al., 2007; Edelstein et al., 2005; Godbout et al., 2006; Godbout et al., 2007; Leifer et al., 2004; Lewis et al., 2003; Minzenberg et al., 2006; Roche et al., 1999; Swanson & Mallinckrodt, 2001; Twaite & Rodriguez-Srednicki, 2004). Ces faits sont importants, car il est bien démontré que les représentations d'attachement possèdent une stabilité faible, voire nulle, entre l'enfance et l'âge adulte chez les populations à risque sur le plan psychosocial (Lewis et al., 2000; Waters et al., 2000; Weinfield et al., 2000) et que, de plus, les questionnaires

d'attachement auto-évaluatifs utilisés jusqu'ici auprès de victimes d'AS démontrent, au niveau méta-analytique, des relations quasi-nulles avec les mesures d'attachement utilisées par la recherche en psychologie du développement (Roisman et al., 2007). Il semble donc non seulement que la sécurité d'attachement n'a jamais été étudiée auprès d'enfants victimes d'AS, mais également, que les données actuellement disponibles auprès d'adultes ne puissent fournir aucune indication, même indirecte, sur ce plan. Ainsi, bien qu'il faille confirmer cette hypothèse à l'aide d'autres études utilisant des mesures variées d'attachement (par exemple, des mesures comportementales), on peut envisager que les résultats de la présente étude reflètent une réalité jusqu'à présent méconnue: les enfants victimes d'une AS, surtout si l'agression est de courte durée et de fréquence limitée, peuvent avoir des représentations d'attachement comparables à celles de populations normatives. En effet, les représentations d'attachement se construisent graduellement sur des périodes de temps étendues, au fil d'expériences répétées d'interactions avec les principales figures parentales. Alors qu'il est bien démontré que des expériences durables et répétées de mauvais traitements sont associées à des taux élevés d'insécurité d'attachement (Cyr et al., 2010), il n'y a, à notre connaissance, aucune indication théorique ou empirique suggérant qu'un événement plus circonscrit comme une AS ait le pouvoir de modifier les représentations d'attachement élaborées au cours des dernières années. Toutefois, si les expériences d'abus perdurent et/ou s'accompagnent d'un cumul d'événements de vie indésirables (Hébert, Parent et al., 2006; Macfie et al., 2001b; Macfie et al., 2001a; Ogawa et al., 1997; Pears et al., 2008), ce qui est malheureusement le cas des jeunes victimes d'AS, alors l'insécurité d'attachement devient plus probable (Bowlby, 1980; Hamilton, 2000; Lewis et al., 2000; Waters et al., 2000; Weinfield et al., 2000). Puisque les recherches préalables auprès de survivantes d'AS ont toutes mesuré l'AS de façon rétrospective, et la sécurité d'attachement plusieurs années après l'événement malgré la stabilité limitée de celle-ci dans les populations vulnérables, des études longitudinales sont nécessaires afin d'investiguer plus avant l'hypothèse qui est soulevée par la présente étude : que l'AS en

soi, surtout si elle est de fréquence et de durée limitée, ne soit pas suffisante pour induire l'insécurité d'attachement si elle ne s'accompagne pas d'autres facteurs de risque.

La présence de troubles de comportement intériorisés chez les enfants de cet échantillon est prédite par la détresse psychologique clinique du parent répondant, la nature intrafamiliale de l'AS et des représentations d'attachement désorganisées chez l'enfant. Effectivement, les données indiquent que l'attachement de type désorganisé/désorienté apporte une contribution unique à la prédiction des troubles de comportement cliniques intériorisés, au-delà des caractéristiques de l'AS. Ainsi, un enfant ayant vécu une AS et présentant un patron d'attachement désorganisé/désorienté est six fois plus à risque de démontrer des symptômes intériorisés importants, peu de temps après le dévoilement du traumatisme. Ce résultat renforce le courant de pensée actuel, en mettant à jour l'importance des variables personnelles et familiales au-delà des caractéristiques reliées à l'AS, afin de comprendre le développement de la symptomatologie observée chez l'enfant victime (Hall, 1999; McCrae et al., 2006). De plus, le lien important trouvé entre l'attachement désorganisé et la symptomatologie clinique est cohérent avec un important corpus de connaissances, notamment des données longitudinales (Carlson, 1998) et issues de méta-analyses (Van IJzendoorn et al., 1999), identifiant la désorganisation d'attachement comme un facteur de risque sérieux pour la psychopathologie. Ceci vient appuyer la validité de la méthode des histoires d'attachement, et du système de codification associé, pour des échantillons d'enfants ayant été victimes de mauvais traitements.

En plus du patron d'attachement désorganisé/désorienté, la détresse psychologique clinique du parent répondant influence également le rapport de difficultés intériorisées chez l'enfant. Le dévoilement d'une AS peut sans contredit affecter l'équilibre psychologique du parent protecteur, que ce soit parce que plusieurs pertes sont pressenties (perte du conjoint, perte monétaire, perte d'une stabilité de vie) ou parce que ce dévoilement génère des souvenirs de sa propre expérience d'AS à l'enfance (Hébert et al., 2007). Or, dans la présente étude, 50,4% des parents répondants ont rapporté avoir

vécu une AS au cours de leur enfance, ce qui représente plus du double de la prévalence chez les femmes dans les échantillons populationnels.

Aucune variable à l'étude ne permet de prédire la présence de comportements cliniques de type extériorisé chez les enfants d'âge préscolaire ayant subi une AS, constat déjà observé par certaines équipes de recherche (Mian et al., 1996; Pears et al., 2008). Il est de mise de penser que d'autres variables, non considérées dans la présente étude, permettraient de prédire les difficultés extériorisées. Par ailleurs, plusieurs équipes de recherche ont observé que suite à la survenue d'une AS, les garçons présentent davantage de comportements extériorisés, comparativement aux filles qui présenteraient plus de troubles de comportement intériorisés (McCrae et al., 2006; Spataro, Moss, & Wells, 2001; Spataro, Mullen, Burgess, Wells, & Moss, 2004). Notre échantillon comporte très peu de garçons, ce qui pourrait expliquer l'absence de lien prédictif significatif des troubles cliniques de comportements extériorisés. Certains auteurs ont démontré que les enfants ayant un patron d'attachement évitant présenteraient davantage de comportements intériorisés et que ceux présentant un patron d'attachement ambivalent, des troubles de comportement extériorisés (Lyons-Ruth et al., 1997; Moss, Cyr et al., 2004; Moss et al., 1998). Puisqu'un seul enfant ayant un patron d'attachement ambivalent a été identifié dans notre échantillon, il est possible que l'émission de comportements problématiques extériorisés associée aux représentations d'attachement ambivalent n'ait pu être mise à jour. Finalement, la présence d'une symptomatologie latente doit être considérée lorsqu'il est question d'enfants d'âge préscolaire (McCrae et al., 2006). Or, la situation d'AS chez les enfants âgés entre 3 et 7 ans peut être prise en charge rapidement lorsqu'elle est dévoilée ou soupçonnée (McCrae et al., 2006). Ce faisant, les comportements extériorisés n'ont peut-être pas pu se manifester avant l'évaluation des difficultés d'adaptation des enfants dans le cadre de notre étude, l'AS n'ayant pas eu le temps, pour la plupart des enfants, de se chroniciser.

### 3.7 Limites de la présente étude

Quelques limites méthodologiques demandent à ce que les résultats rapportés soient nuancés. Tout d'abord, la codification de la sécurité d'attachement n'a pu se faire à l'aide d'un enregistrement vidéo, tel qu'il l'est recommandé, en raison de considérations éthiques associées au milieu de recrutement. Par contre, une feuille d'observation des différents comportements émis par l'enfant lors de l'entrevue semi-structurée et remplie par l'assistante de recherche, a permis l'obtention de données relatives aux comportements non-verbaux présents chez l'enfant. De plus, le profil des enfants rencontrés n'est pas généralisable à l'ensemble des enfants d'âge préscolaire victimes d'une AS, puisque le recrutement s'est effectué dans un centre hospitalier offrant des services sur une base volontaire. D'ailleurs, trop peu de garçons ont pu être recrutés, ce qui a limité les possibilités d'effectuer des analyses spécifiques tenant compte du genre. Cette situation demande à ce que des efforts supplémentaires soient entrepris afin d'augmenter le recrutement des garçons, une population également à risque d'être victimes d'une AS (Banyard, Williams, & Siegel, 2004; Spataro et al., 2001; Spataro et al., 2004). L'absence d'un groupe de comparaison ne permet pas d'évaluer si les liens prédictifs obtenus se différencient de ce qui est observé dans la population en général. Toutefois, les résultats de cette première étude auprès des enfants d'âge préscolaire pourront servir de tremplin aux recherches futures qui pallieront ainsi à cette limite. Finalement, les différences culturelles et la comorbidité d'autres mauvais traitements n'ont pas été prises en considération dans cette étude, ce qui aurait pu influencer les résultats obtenus. Ainsi, certains groupes culturels peuvent réagir différemment suite au dévoilement d'un mauvais traitement à l'enfant ou encore, peuvent différer dans leur demande de recherche d'aide (Fontes, 2005). Les enfants peuvent également être victimes de plusieurs autres sévices (physiques, psychologiques ou négligence), ce qui peut grandement affecter leur équilibre psychologique et comportemental (Macfie et al., 2001b; Macfie et al., 2001a; Ogawa et al., 1997; Pears et al., 2008). Ce constat nécessiterait d'être considéré dans les études futures. Ce faisant, une méthodologie longitudinale devrait être favorisée, compte tenu de l'importance de certains événements

de vie stressants pouvant affecter la sécurité d'attachement (Bowlby, 1980; Hamilton, 2000; Lewis et al., 2000; Waters et al., 2000; Weinfield et al., 2000).

Malgré ces considérations méthodologiques, la présente étude apporte une contribution importante tant au niveau clinique qu'empirique. Ainsi, pour la première fois dans le domaine de la recherche en agression sexuelle, il est possible de faire le lien entre la sécurité d'attachement d'une jeune victime et la symptomatologie rapportée, sans devoir utiliser le récit rétrospectif d'un adolescent ou d'un adulte survivant d'une AS. Cette percée renforce la portée des résultats obtenus, la sécurité d'attachement étant évaluée promptement, soit près d'un mois après le dévoilement de l'AS. L'importance de la dynamique relationnelle entre un parent et son enfant, pré et post-trauma, devrait effectivement être prise en considération lors des interventions cliniques offertes à la jeune clientèle victime d'AS nécessitant des soins psychologiques. Par conséquent, différents volets liés aux stressseurs familiaux et à la qualité des interactions parent-enfant, tout comme à la santé mentale du parent soutenant, devraient être ajoutés aux modèles d'intervention déjà existants. Ainsi, la compréhension du vécu traumatique de l'enfant par son parent s'en verra augmentée, tout comme la qualité du soutien et du réconfort qu'il offrira à son enfant en détresse.

### 3.8 Conclusion

Cette étude représente un premier pas vers une meilleure compréhension de la symptomatologie observée chez les enfants d'âge préscolaire ayant subi une AS. Elle offre des pistes pertinentes afin d'orienter les pratiques d'intervention adéquates visant à soutenir le développement optimal des jeunes enfants malgré le traumatisme vécu. Ils sont vulnérables et il importe de mieux cerner leurs besoins.

## CHAPITRE IV

### DISCUSSION GÉNÉRALE

L'agression sexuelle (AS), un phénomène hautement médiatisé, est encore perpétrée auprès des enfants et ce, depuis de très longtemps. Tous les groupes d'âge s'avèrent à risque de vivre un tel événement traumatique et il est maintenant bien reconnu que les victimes d'une AS peuvent développer des difficultés d'adaptation psychologiques, cognitives et comportementales à court et long terme (Paolucci et al., 2001; Putnam, 2003; Yancey & Hansen, 2010; Yancey et al., 2011). Au Québec, deux femmes sur 10 et près d'un homme sur 10 reconnaissent avoir déjà été victimes d'une AS avant l'âge de 18 ans (Hébert et al., 2009). Ces taux sont possiblement sous-représentatifs de la réalité vécue par plusieurs enfants, puisque de nombreuses victimes avouent ne jamais avoir dévoilé l'AS subie à un proche ou à une autorité (Hébert et al., 2009).

Plusieurs schèmes théoriques ont été proposés afin de parfaire les connaissances actuelles ayant trait au développement et au maintien d'une symptomatologie développée suite au vécu d'une AS. Dans le cadre de cette thèse doctorale, le modèle conceptuel axé sur les relations d'attachement (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1977, 1980) a permis d'améliorer la compréhension jusqu'à maintenant limitée, de la réalité des enfants d'âge préscolaire ayant subi une AS. Effectivement, ce groupe d'âge d'enfants survivants d'une AS nécessite une attention particulière, notamment en raison d'une compréhension des profils de ces enfants encore parcellaire mais aussi, parce que les jeunes enfants dépendent d'un réseau social très limité, souvent constitué que des figures parentales immédiates (Mian et al., 1996; Spaccarelli, 1994; Yancey & Hansen, 2010).

Les objectifs de cette thèse doctorale visaient donc à optimiser les connaissances théoriques et empiriques présentement disponibles et d'offrir des pistes quant aux

besoins des enfants d'âge préscolaire victimes d'une AS aux différents acteurs en contact avec cette population cible. Ainsi, le premier objectif doctoral avait pour but de faire valoir l'importance de la relation d'attachement dans la compréhension des difficultés comportementales et psychologiques rapportées par les survivants d'une AS, afin de démontrer qu'il est possible et pertinent de considérer cette dynamique relationnelle auprès des enfants d'âge préscolaire (Chapitre II). Le second objectif doctoral était de porter un regard direct sur ces enfants, dans le but de fournir un profil descriptif de la symptomatologie observée chez de jeunes victimes se présentant dans un centre médical spécialisé en évaluation auprès des enfants ayant dévoilé une AS. Ce faisant, la relation d'attachement entretenue avec la principale figure parentale ou le cas échéant, le parent non-agresseur, fut considérée comme une variable possiblement importante dans la compréhension de la problématique. En raison des résultats obtenus au sein de cet article empirique (Chapitre III), une réflexion critique sur le type d'intervention thérapeutique pouvant être offerte à la clientèle à l'étude fut entamée. La conclusion de cette thèse a donc pour objectifs de discuter des résultats obtenus et de proposer quelques implications au plan de l'intervention à privilégier auprès de l'enfant victimisé. Par la suite, une section présentant les forces et les limites méthodologiques de l'étude empirique réalisée conclura la réflexion entreprise dans l'élaboration de ce projet. Finalement, les pistes quant à la conduite des recherches futures seront proposées.

#### 4.1 L'apport de la sécurité d'attachement

Dans le cadre du deuxième chapitre de cette thèse doctorale, une recension des écrits fut présentée, afin d'évaluer la contribution de la sécurité d'attachement dans l'émergence ou le maintien d'une symptomatologie supposée être en lien avec un traumatisme sexuel à l'enfance. Malgré les limites méthodologiques des études menées à ce jour qui ont été soulevées, la sécurité d'attachement s'avère effectivement être un concept prometteur dans l'amélioration de la compréhension des symptômes observés chez les survivants d'une AS. Ainsi, même si aucune différence ne fut constatée entre les différents patrons d'attachement des survivants adultes d'une AS et le dévoilement de l'évènement

traumatique (Bottoms et al., 2007), les études identifient que chez les survivants adultes d'une AS ayant un patron d'attachement insécure de type évitant, qu'un rappel plus difficile des détails de l'AS est présent si le traumatisme à l'enfance a été considéré comme sévère (Edelstein et al., 2005).

En lien avec la symptomatologie observée, les survivants d'une AS à l'enfance ayant un patron d'attachement sécure présentent habituellement moins de détresse que les survivants ayant un patron d'attachement insécure. Effectivement, la recension des écrits réalisée indique que les survivants adultes ayant un patron d'attachement apeuré ou non-résolu sont sujets à une plus grande détresse psychologique que les survivants ayant un patron d'attachement sécure ou insécure de type évitant, qui eux semblent démontrer une meilleure adaptation psychosociale suite à l'évènement traumatique (Alexander, 1993; Alexander et al., 1998; Anderson & Alexander, 1996; Aspelmeier et al., 2007; Bailey et al., 2007; Parent-Boursier & Hébert, 2010; Roche et al., 1999; Shapiro & Levendosky, 1999). Pour plusieurs des résultats présentés, la sécurité d'attachement s'avère même être une variable ayant une valeur prédictive au-delà des caractéristiques de l'AS (Alexander, 1993; Anderson & Alexander, 1996; Roche et al., 1999).

En ce qui a trait à la qualité des relations sociales, conjugales et familiales des survivants d'une AS, la recension des écrits présentée suggère que les liens sociaux en général s'entretiennent ou se forment difficilement pour les survivants ayant un patron d'attachement insécure. Chez ces survivants, les différents auteurs recensés soulignent le fait que l'insatisfaction conjugale est omniprésente, que les relations amoureuses sont parcellaires, que les relations sociales peuvent être empreintes d'impulsivité et que les liens familiaux semblent conditionnels aux comportements émis lorsque le survivant d'une AS était enfant (Alexander et al., 1998; Bailey et al., 2007; Godbout et al., 2006; Godbout et al., 2007, 2009; Minzenberg et al., 2006; Swanson & Mallinckrodt, 2001).

Finalement, lorsqu'il est question de problématique psychologique plus lourde, tel que la présence de trouble de la personnalité chez les survivants d'une AS, la recension des

écrits démontre que les survivants ayant un patron d'attachement insécuré de type préoccupé ou apeuré/non-résolu, sont plus propices à présenter des troubles de la personnalité tel que la personnalité état-limite ou paranoïde et ce, au-delà des caractéristiques de l'AS vécue (Alexander, 1993; Alexander et al., 1998; Stalker & Davies, 1995).

Malgré plusieurs limites méthodologiques attribuables aux différentes études présentées dans la recension des écrits, les données recensées sont intéressantes. Plusieurs des résultats rapportés démontrent la contribution prédictive de la sécurité d'attachement des survivants sur les difficultés d'adaptation psychologiques et comportementales observées et ce, au-delà des caractéristiques de l'AS vécue. Par conséquent, il est de mise de penser que la qualité de la relation parent-enfant est définitivement une variable tributaire du bien-être de l'enfant suite au dévoilement de l'AS, une relation qui perdure dans le temps, ce qui n'est pas le cas pour l'événement traumatique subit par l'enfant. Même si l'AS est chronique, l'enfant a construit une dynamique relationnelle en lien avec son parent depuis sa naissance, qui continuera à l'influencer tout au long de sa vie, contrairement en ce qui a trait aux caractéristiques de l'AS qu'il a vécu. Par ailleurs, les caractéristiques liées à l'AS (par exemple, l'identité de l'agresseur, la fréquence ou la sévérité des actes) représentent des variables immuables, ne pouvant être la cible des interventions (Yancey & Hansen, 2010). Rappelons également que la très vaste majorité des études réalisées à ce jour, ont porté sur des échantillons adultes.

Afin de consolider l'hypothèse découlant de la recension des écrits, soit que la sécurité d'attachement pourrait avoir une valeur prédictive sur l'adaptation psychosociale de l'enfant au-delà des caractéristiques de l'AS, une étude empirique a été réalisée.

#### 4.2 Profil des enfants d'âge préscolaire rencontrés

Le troisième chapitre de cette thèse doctorale présente l'article empirique effectué auprès de 115 enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une AS ou pour qui un soupçon d'AS était présent. Ces enfants ont tous été évalués par l'équipe multidisciplinaire de la

clinique socio-juridique du Centre Hospitalier mère-enfant Ste-Justine de Montréal. Les données recueillies ont permis de mieux définir le profil de ces enfants victimes d'une AS. Ainsi, 73,3% des enfants rencontrés âgés entre 3 et 6 ans ont été victimes d'une AS qualifiée de très sévère (pénétration ou tentative de pénétration orale, vaginale ou anale par le biais d'un objet, du pénis ou du doigt de l'agresseur). De plus, 57,8% des enfants ont été violentés par un membre de la famille immédiate qui était âgé au moment du crime entre 20 et 59 ans pour près de 70% des agresseurs. Ces résultats rejoignent les données de Brilleslijper-Kater et collègues, en soulignant que les gestes posés envers les enfants d'âge préscolaire sont très sévères (Brilleslijper-Kater et al., 2004). Par ailleurs, les données indiquent, tout comme celles provenant du Ministère de la Sécurité Publique du Québec (MSP) (2006), que les enfants sont majoritairement agressés par une personne connue et membre de la famille immédiate.

En ce qui a trait aux difficultés comportementales et psychologiques, 43,1% des enfants agressés sexuellement présentent des troubles de comportement intériorisés atteignant le seuil clinique et 32,8% affichent des troubles de comportement extériorisés atteignant le seuil clinique. Ces données sont comparables aux taux rapportés chez les enfants d'âge scolaire (Kendall-Tackett et al., 1993). Lorsque l'identité de l'agresseur est considérée, une proportion plus importante d'enfants victimes d'un agresseur intrafamilial présentent des troubles cliniques de comportements intériorisés, comparativement aux enfants d'âge préscolaire agressés par un individu provenant de l'extérieur du noyau familial immédiat, ce qui corrobore les résultats de certaines études avançant qu'une AS intrafamiliale peut générer une symptomatologie plus importante en raison de la proximité physique avec l'agresseur et de la possibilité d'une chronicité des gestes posés (Hébert, Tremblay et al., 2006; Yancey & Hansen, 2010). Par ailleurs, les enfants rencontrés étaient accompagnés d'un parent non-agresseur qui présente à plus de 60%, une détresse psychologique atteignant le seuil clinique. Ces données illustrent bien que le dévoilement d'une AS peut précipiter le parent non-agresseur dans une situation de crise et corroborent des données antérieures à l'effet qu'un nombre important de parents

affichent un niveau de détresse significatif (Cyr et al., 2002; Cyr et al., 2003; Hébert et al., 2007). Ce résultat a par ailleurs été considéré dans le cadre des analyses effectuées.

Les données de cette recherche démontrent bien l'importance de procéder à une évaluation psychologique rapidement suivant le dévoilement d'une AS par l'enfant, puisqu'un grand nombre d'enfants et de parents souffrent cliniquement de l'événement traumatique subi par l'enfant. Par contre, il est nécessaire lorsqu'il est question de mettre en place des services d'intervention, d'identifier la cible du traitement; soit la dynamique familiale ou plus spécifiquement les symptômes pouvant être attribués à l'AS vécue.

La prochaine section rapporte les résultats et conclusions à tirer quant à la contribution de la sécurité d'attachement sur le bien-être psychologique des jeunes victimes agressées sexuellement.

#### 4.3 L'importance de la sécurité d'attachement

Suite à la compilation des scores des récits d'attachement, les données révèlent que 58,6% des enfants d'âge préscolaire agressés sexuellement présentent un patron d'attachement sécure. Par ailleurs, 32,7% des enfants ont un patron d'attachement insécure de type évitant, 0,9% un patron d'attachement insécure de type ambivalent et 7,8% des enfants rencontrés présentent un patron d'attachement insécure de type désorganisé/désorienté. Ces données soulignent la pertinence de considérer les enfants victimes d'AS différemment des enfants victimes d'agressions physiques, de négligence ou d'abus émotionnel. En effet, une récente méta-analyse illustre bien la prédominance du patron d'attachement insécure de type désorganisé/désorienté au sein des enfants surtout violentés physiquement ou négligés principalement par leur mère (Cyr et al., 2010), ce qui ne reflète pas la réalité de l'échantillon actuellement discuté. Une explication possible réfère au fait que dans les cas d'agression physique, de négligence ou d'abus émotionnel, le parent est le plus souvent impliqué alors que la situation est différente pour les cas d'AS. De plus, les résultats obtenus dans le cadre de cette recherche doctorale contredisent une partie du modèle théorique proposé par Alexander,

qui suppose que l'enfant agressé sexuellement a nécessairement un patron d'attachement de type insécuré préalablement à l'AS (Alexander, 1992). D'autres résultats par contre confirment les propos de cette auteure: au sein de notre échantillon, les enfants d'âge préscolaire ayant été agressés sexuellement et présentant un patron d'attachement insécuré de type désorganisé/désorienté, comparativement aux enfants ayant un patron d'attachement sécuré, sont 6 fois plus à risque de démontrer des troubles de comportement intériorisés atteignant un seuil clinique suite au dévoilement de l'AS et ce, au-delà de la détresse psychologique du parent répondant et des caractéristiques de l'AS qu'ils ont vécu. Ces résultats sont équivoques. La pertinence de cibler ces enfants afin d'optimiser le type d'intervention qui leur est offert n'est plus discutable. Ces données démontrent que nonobstant la sévérité de l'AS ou l'identité de l'agresseur, la dynamique familiale, par l'entremise de la sécurité d'attachement de l'enfant, a un apport considérable sur le bien-être psychologique de l'enfant au niveau des symptômes intériorisés observables du moins, pour les enfants ayant un patron d'attachement désorganisé/désorienté.

Dans le cadre de la présente recherche, aucun résultat significatif ne fut obtenu en ce qui a trait à la prédiction des troubles extériorisés. Plusieurs raisons peuvent être proposées afin d'expliquer ce résultat, notamment en ce qui concerne le très petit nombre de garçons recrutés dans l'échantillon utilisé. Effectivement, les diverses recherches menées à ce jour ayant comparé le profil des garçons à celui des filles agressés sexuellement démontrent une prédominance des troubles de comportement extériorisés chez les garçons comparativement aux filles, ces dernières présentant davantage de troubles de comportement intériorisés (Yancey & Hansen, 2010). Par ailleurs, les résultats actuels soulignent la présence d'une prépondérance des troubles cliniques de comportements intériorisés au sein de l'échantillon recruté, reflétant possiblement le faible taux de participants masculins. Le recrutement de garçons agressés sexuellement est une problématique rencontrée dans bon nombre de recherches antérieures (Banyard et al., 2004; Spataro et al., 2001; Spataro et al., 2004). Plusieurs études suggèrent même que la prévalence de l'AS concernant les garçons soit plus faible (Hébert et al., 2009;

Pereda et al., 2009; Putnam, 2003). De part le tabou véhiculé, les garçons peuvent craindre une stigmatisation provenant de leur entourage s'ils dévoilent les actes subis ou encore, peuvent craindre les questionnements mettant en doute leur orientation sexuelle (Yancey & Hansen, 2010). Compte tenu de la prévalence moins élevée, seules des études permettant une période plus longue de recrutement, pourraient permettre de mieux qualifier les profils des garçons victimes d'AS. Par ailleurs, d'autres variables non étudiées dans le cadre de cette thèse doctorale pourraient jouer un rôle dans l'émission de troubles cliniques de comportement extériorisé, sans qu'ils ne soient attribués qu'aux petits garçons : comorbidité avec d'autres formes de violence à l'enfance, délai entre le dévoilement et la fin des AS, présence de procédures judiciaires, etc.

La prochaine section aborde l'intervention pouvant être offerte aux jeunes victimes d'une AS ainsi qu'à leur parent, en tenant compte des résultats obtenus au sein de l'étude empirique et de la théorie de l'attachement.

#### 4.4 Implications pour l'intervention

En raison des conséquences associées à l'AS, plusieurs modèles d'intervention destinés à traiter la symptomatologie des enfants suite à l'événement traumatique ont été élaborés (Yancey & Hansen, 2010). Parmi ces modèles, un seul se mérite l'appellation de pratique exemplaire ou d'approche fondée sur les données probantes (Hébert, Bernier, & Simoneau, 2011; Saunders, Berliner, & Hanson, 2004; Simoneau, Daignault, & Hébert, 2011): la *Trauma-Focused-Cognitive Behavioral Therapy* (TF-CBT) (Cohen & Mannarino, 1998; Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006; Deblinger & Heflin, 1996; Deblinger, McLeer, & Henry, 1990; Deblinger, Steer, & Lippmann, 1999b). Dans le cadre de ce programme d'intervention, trois volets différents sont implantés : les interventions offertes à l'enfant seul, au parent seul et à la dyade parent-enfant. À l'intérieur des rencontres consacrées à l'enfant, des techniques d'exposition graduelle prolongée au souvenir de l'évènement traumatique sont appliquées afin de traiter les

symptômes de stress post-traumatique, tout comme des séances consacrées à la restructuration cognitive (apaisement des symptômes dépressifs ou anxieux) ou encore, à l'apprentissage des habiletés de protection de soi. Lors des interventions offertes au parent, des techniques visant d'abord à améliorer la qualité du soutien offert à l'enfant exprimant sa détresse en lien avec l'AS vécue et ensuite, à guider le parent dans la gestion des comportements problématiques de l'enfant, sont enseignées. Pour ce faire, les intervenants utilisent les méthodes d'exposition graduelle prolongée à l'événement traumatique vécu par l'enfant du parent, de coaching parental et d'enseignement aux habiletés de prévention des AS. Finalement, l'objectif premier des rencontres dyadiques, soit de permettre à l'enfant de parler à son parent de l'AS subie sans ressentir un jugement extérieur, et au parent d'émettre des comportements de soutien et d'écoute active pratiqués lors des rencontres antérieures, se concrétise à la toute fin du processus thérapeutique. Ce volet, qui s'introduit graduellement à la fin des rencontres individuelles par le biais de discussions sur un thème général, permet une amélioration de la qualité des échanges parent-enfant ainsi qu'un rapprochement des acteurs. Par conséquent, les thérapeutes utilisant ce modèle d'intervention visent à réduire la symptomatologie associée au souvenir de l'expérience traumatique en plus des difficultés intériorisées et extériorisées présentes chez l'enfant, tout en ciblant l'amélioration de la qualité du soutien parental et des échanges verbaux dyadiques.

Puisque la sécurité d'attachement ne se limite pas qu'à la qualité du soutien parental reçu en période de détresse et parce que la dynamique relationnelle parent-enfant est établie depuis la petite enfance, certains éléments thérapeutiques abordant spécifiquement la modification d'un attachement insécure à un attachement sécure pourraient bonifier les effets thérapeutiques auprès de certains enfants d'âge préscolaire ayant vécu une AS (Beaudoin et al., en révision). Par ailleurs, la qualité de la communication affective entre le parent et son enfant, élément ayant une importance cruciale à l'âge préscolaire dans l'établissement ou le maintien d'une sécurité d'attachement, prédit les symptômes de stress post-traumatique et de dissociation perçus par les enseignants d'un échantillon d'enfants d'âge préscolaire ayant subi de la

négligence (Milot, St-Laurent, Éthier, & Provost, 2010). Par conséquent, introduire un volet thérapeutique s'attardant à la qualité des échanges verbaux et à la sensibilité parentale en cas de détresse de l'enfant auprès de la dyade parent-enfant dans le cas de violence sexuelle, s'avère une option à considérer.

Depuis quelques années, Moss et ses collaborateurs évaluent la possibilité de modifier la sécurité d'attachement des enfants qu'ils ont ciblés, par l'entremise de méthodes d'observations et de rétroactions dans un contexte de rencontres dyadiques. Récemment, cette équipe de chercheurs a publié des résultats de recherche prometteurs en ce qui a trait à la modification d'un patron d'attachement insécure pour un patron d'attachement sécure et ce, dans le cadre d'une intervention de courte durée effectuée chez des enfants d'âge préscolaire victimes de différents traumatismes (AS, violence physique, négligence et/ou violence émotionnelle) (Moss et al., 2011). Les dyades parents-enfants étaient filmées lors d'échanges verbaux et non-verbaux en contexte de jeux et des rétroactions positives suite au visionnement de la vidéo étaient offertes auprès du parent. Ce type d'intervention, jumelé à des techniques axées sur la résolution de conflits vécus avec l'enfant, est associé à une amélioration significative des comportements de sensibilité parentale émis ainsi qu'à une meilleure compréhension des indices de détresse non-verbaux et verbaux transmis par l'enfant à son parent. Les auteurs concluent qu'après 8 semaines d'intervention, le groupe ayant bénéficié du programme d'intervention, comparativement au groupe de comparaison, dénombreait significativement plus d'enfants ayant un patron d'attachement s'étant modifié (patron insécure à sécure), tout comme une augmentation significative du nombre d'enfants passant d'un attachement désorganisé à un attachement organisé.

Ces résultats sont importants pour l'avancement des connaissances quant aux interventions à privilégier auprès des enfants d'âge préscolaire ayant été victimisés sexuellement. Ce groupe particulier d'enfants nécessite encore la proximité sécurisante d'une figure parentale. Or, il est envisageable d'offrir à ces enfants ainsi qu'à leurs parents non-agresseurs une intervention ciblant l'AS (*TF-CBT*), combinée à une

intervention abordant directement la dynamique relationnelle parent-enfant selon le schème conceptuel de l'attachement (Moss et al., 2011). Ce faisant, une telle approche combinée serait susceptible d'optimiser les bénéfices tant pour l'enfant que pour le parent. Par le fait même, une intégration de l'approche découlant de la théorie de l'attachement pourrait permettre aux acquis de perdurer tout au long de la vie de l'enfant, particulièrement si la qualité de la relation d'attachement qu'il entretient avec son parent s'est positivement modifiée et stabilisée.

#### 4.5 Forces et limites méthodologiques

La présente thèse doctorale constitue un élément important dans l'avancement des connaissances, en ce sens qu'elle clarifie l'importance de la sécurité d'attachement dans la compréhension des symptômes rapportés par les survivants d'une AS (Chapitre un) et parce qu'elle porte une attention particulière aux enfants d'âge préscolaire agressés sexuellement (Chapitre deux), une population très peu étudiée jusqu'à maintenant (Tyler, 2002).

En ce qui a trait à l'étude empirique réalisée dans le cadre de cette thèse, plusieurs forces méthodologiques doivent être soulignées. Ainsi, l'échantillon comporte plus de 100 enfants agressés sexuellement, ce qui est considérable pour le domaine à l'étude. Même si l'échantillon ne peut prétendre être représentatif de la population générale (cas dévoilés et consultant un service hospitalier) les résultats obtenus permettent une percée dans la compréhension de la problématique de l'AS, notamment en étant la première étude empirique s'attardant sur les difficultés d'adaptation des enfants d'âge préscolaire en considérant l'influence de la sécurité d'attachement sur la symptomatologie présentée. Avoir accès à une population de jeunes enfants consultant en milieu hospitalier permet également d'obtenir des mesures plus précises, que ce soit par exemple, pour la description de l'AS qui provient du rapport médical, ce qui minimise le biais de rappel de l'AS souvent présent dans les études réalisées auprès d'échantillons adultes. Par ailleurs, relativement à un échantillon d'adultes, le recours à un échantillon

de jeunes enfants permet de limiter la quantité d'événements de vie stressants auxquels ils peuvent être confrontés tout en offrant également la possibilité d'évaluer rapidement (lors de la visite médicale ayant lieu en moyenne un mois après le dévoilement) la sécurité d'attachement de ces enfants. Or, une force méthodologique de cette thèse doctorale réfère à la mesure utilisée pour évaluer la sécurité d'attachement des enfants rencontrés. Ainsi, il s'agit d'une mesure qualitative s'administrant à l'aide d'une entrevue semi-structurée qui permet d'avoir un accès direct aux représentations mentales d'attachement de l'enfant, ce que ne peuvent faire les instruments de mesure quantitatifs de style papier-crayon. L'utilisation d'un enregistrement vidéo lors de la passation de l'entrevue semi-structurée aurait été souhaitable afin d'observer clairement les comportements non-verbaux de l'enfant, mais compte-tenu de considérations pratiques diverses au sein d'un milieu hospitalier, ce médium n'a pu être utilisé. Malgré cet état de fait, les comportements non-verbaux ont tout de même été considérés et ce, par l'entremise d'une feuille d'auto-observation remplie par l'assistante de recherche immédiatement après l'entrevue.

Enfin, les analyses réalisées ont permis de contrôler pour la détresse psychologique du parent répondant, une variable pouvant affecter l'évaluation des symptômes présentés par l'enfant lorsque l'on considère la perception du parent (Gross et al., 1995; Gross et al., 2004; Seiffge-Krenke & Kollmar, 1998; Treutler & Epkins, 2003).

En ce qui a trait aux limites méthodologiques de l'étude empirique, elles font référence premièrement à l'absence de groupe de comparaison, générant ainsi une difficulté à statuer que la sécurité d'attachement est associée aux difficultés d'adaptation observées chez l'enfant agressé sexuellement, comparativement aux enfants sans histoire d'AS mais présentant aussi des difficultés d'adaptation psychologiques et comportementales. Deuxièmement, l'étude présentée est transversale et non longitudinale. Ainsi, il est impossible d'établir un lien de causalité entre l'AS subie, les difficultés d'adaptation observées après le dévoilement de l'AS et la sécurité d'attachement de l'enfant. Pour ce faire, il aurait fallu recruter l'échantillon avant que l'AS ne survienne et ainsi contrôler

pour les événements à teneur stressante depuis l'événement traumatique, pour enfin confirmer que la sécurité d'attachement s'avère effectivement la variable expliquant la présence de troubles de comportement intériorisés chez les enfants ayant un patron d'attachement inséculaire désorganisé/désorienté. Troisièmement, le devis de recherche, en ce qui a trait à l'âge des enfants et à la réalité de vie de ces derniers (intégrés ou non au milieu de garde), ne permet pas d'obtenir une analyse complémentaire des symptômes présentés par l'enfant suite au dévoilement de l'AS (par exemple, l'évaluation selon l'éducatrice de garde de l'enfant). Ce faisant, les résultats sont attribuables à la qualité de l'observation des difficultés d'adaptation de l'enfant par le parent, ce qui est néanmoins très acceptable, lorsque l'on considère que le devis présenté est semblable aux autres études en lien avec la problématique de l'AS. Une autre limite de l'étude tient au fait qu'il a été impossible de faire des analyses comparatives selon le sexe de l'enfant, n'ayant pu être en mesure de recruter suffisamment de garçons pour ce faire.

Finalement, bien que la mesure des représentations d'attachement utilisée ait été validée auprès d'autres populations (Miljkovitch et al., 2004; Miljkovitch et al., 2007; Miljkovitch et al., 2003), l'utilisation de la *Situation Étrangère à l'âge préscolaire* (Cassidy & Marvin, and the MacArthur working group on attachment, 1992) aurait permis d'obtenir des résultats s'appuyant sur une validation empirique importante (Moss, Bureau et al., 2004; NICHD, and the Early Child-Care Network, 2001). Les défis liés au lieu de passation des questionnaires et des entrevues semi-structurées (centre hospitalier) et le fait que les enfants ainsi que les parents rencontrés risquaient de présenter une actuelle détresse en lien avec l'examen médical pressenti, étaient trop importants pour procéder à ce type d'évaluation.

Les recherches futures s'attardant sur les enfants d'âge préscolaire victimes d'AS devront tenir compte de ces limites méthodologiques, afin de poursuivre l'exploration et la compréhension du vécu des enfants de cette population. Ainsi, les études ayant recours à un devis longitudinal devront être prioritaires, tout comme celles intégrant un groupe de comparaison d'enfants n'ayant pas subi d'AS mais présentant tout de même des difficultés d'adaptation psychologiques et comportementales. Un effort important

devra également être investi dans le cadre des prochaines études, dans le but de cibler et de recruter les garçons ayant dévoilé une AS. Ce faisant, la généralisabilité des résultats futurs pourra être mieux assurée. Finalement, continuer les recherches qui ciblent l'apport de la sécurité d'attachement dans le bien-être des enfants victimes d'une AS apparaît primordial lorsque l'on considère la période développementale d'âge préscolaire. Ce faisant, l'intervention offerte pourra tenir compte de la dynamique relationnelle parent-enfant et ce, dans l'optique de rétablir ou de construire une relation d'attachement sécurisante permettant l'épanouissement de l'enfant malgré le trauma vécu.

#### 4.6 Conclusion

Malgré les limites identifiées, la contribution de cette thèse doctorale ne doit pas être négligée. Par l'entremise de la recension des écrits proposée et de l'article empirique effectué, il est maintenant possible de considérer que la sécurité d'attachement est une variable jouant un rôle important dans la qualité de l'adaptation psychologique et comportementale des survivants d'une AS. De plus, la réalisation de la première étude s'attardant au lien possible entre la sécurité d'attachement et la symptomatologie présente chez des enfants d'âge préscolaire agressés sexuellement ouvre de nouveaux horizons en ce qui a trait à la compréhension du vécu des enfants de cette catégorie d'âge suite au dévoilement d'une AS mais aussi, en ce qui a trait aux différentes approches psychothérapeutiques devant être privilégiées auprès de l'enfant et de sa principale figure parentale. Les approches thérapeutiques cognitives comportementales et systémiques ont démontré une certaine efficacité auprès des survivants d'une AS (Yancey & Hansen, 2010), mais une combinaison de ces techniques avec des interventions spécifiques ciblant la qualité de la relation parent-enfant, tel que l'accent sur la sensibilité parentale ou la qualité des échanges verbaux, pourrait générer des résultats encore plus probants et un maintien des acquis à long terme autant chez l'enfant victimisé que chez le parent non-agresseur.

En conclusion, les données indiquent que les agressions sexuelles surviennent aussi chez les enfants d'âge préscolaire; ces enfants étant au tout début de leur parcours de vie. Les études auprès de cette clientèle doivent se poursuivre afin de comprendre les facteurs ou les dynamiques environnementales qui interviennent dans le développement d'une symptomatologie intériorisée ou extériorisée suite au vécu d'une AS. Les écrits scientifiques indiquent une vaste hétérogénéité des profils chez les enfants victimes d'AS; certains peuvent afficher un profil de résilience alors que d'autres exprimeront de multiples difficultés d'adaptation psychologiques, cognitives et comportementales. La qualité de la relation d'attachement se révèle être l'un des facteurs pouvant moduler les symptômes chez les enfants d'âge préscolaire. Les travaux devront se poursuivre afin d'offrir aux enfants l'aide thérapeutique requise pour les guider à franchir les multiples étapes et ce, au cours des différentes périodes développementales qu'ils rencontreront. Ces enfants sont la future génération. Protégeons-les.

## ANNEXE A

### APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

Le 19 juillet 2002



HÔPITAL  
SAINTE-JUSTINE  
*Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant*  
*Pour l'amour des enfants*

Docteure Anne-Claude Bernard-Bonnin  
Département de Pédiatrie  
7<sup>e</sup> Étage, bloc 9

OBJET: Analyse des mécanismes d'adaptation chez des enfants d'âge  
préscolaire victimes d'agression sexuelle.

Chère docteure Bernard-Bonnin,

Les membres du Comité d'Éthique de la recherche, à leur réunion du 11 juillet  
2002 ont approuvé votre projet cité en rubrique.

Ci-joint, veuillez trouver:

- 1) La lettre d'approbation du Comité
- 2) Votre formulaire de consentement portant le tampon d'approbation du  
Comité dont nous vous prions de vous servir d'une copie pour distribution.

Nous vous rappelons qu'il est de votre responsabilité d'aviser le Comité  
d'éthique de toute modification au protocole ou de tout effet secondaire.

Scelon les règlements du Centre de recherche, votre projet sera envoyé à son  
directeur pour approbation finale.

Vous souhaitant bonne chance dans la réalisation de votre projet, nous vous  
prions de recevoir, chère docteure Bernard-Bonnin, nos meilleures salutations.

*Jean-Marie Thérien*

Jean-Marie Thérien, Ph.D., Éthicien  
Président  
Comité d'éthique de la recherche.

/cso

Le 19 juillet, 2002

Dre Anne-Claude Bernard-Bonnin  
Pédiatrie  
Étage 7 Bloc 9



CENTRE  
DE RECHERCHE  
DE L'HÔPITAL  
SAINTE-JUSTINE  
*Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant*  
*Pour l'amour des enfants*

OBJET: Titre du projet:

ANALYSE DES MÉCANISMES D'ADAPTATION CHEZ DES  
ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE VICTIMES D'AGRESSION  
SEXUELLE.

Responsables du projet: Anne-Claude Bernard-Bonnin M.D., responsable  
du projet HSJ. Principale investigatrice: Martine Hébert, Ph.D.  
Collaboratrices: Isabelle Daignault, Ph.D., Claire Allard-Dansereau, M.D.

Chère Docteure,

Tel que le requiert le règlement établi par le Centre de recherche de l'Hôpital Sainte-Justine, concernant la soumission d'un projet de recherche pour approbation, à titre de directeur, j'ai pris connaissance et approuvé votre projet de recherche mentionné en objet.

Par ailleurs, nous vous prions de faire parvenir, par écrit, au comité d'éthique de la recherche, les renseignements suivants:

1. L'avertir si le projet n'est pas initié pour quelque raison que ce soit.
2. L'avertir également si le projet n'a pas reçu le financement budgété.
3. L'informer des publications ou des retombées du projet.

De plus, dans un an, nous vous relancerons au sujet de l'état d'avancement du projet.

Recevez nos meilleures salutations,

Docteur Émile Lévy  
Directeur du Centre de recherche

LE COMITÉ D'ÉTHIQUE À LA RECHERCHE

Un comité de l'Hôpital Sainte-Justine formé des membres suivants:



HÔPITAL  
SAINTE-JUSTINE  
*Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant*  
*Pour l'amour des enfants*

Jean-Marie Therrien, éthicien, président  
Anne-Claude Bernard-Bonnin, pédiatre  
Geneviève Cardinal, juriste  
Daniel Caron, représentant du public  
Josette Champagne, hémato-oncologue  
Hugues Charron, infirmier de recherche  
Françoise Grambin, représentante du public  
Andréa Maria Laizner, scientifique  
Suzanne Lépine, pédo-psychiatre  
Lyne Pedneault, pharmacienne  
Andrea Richter, scientifique  
Chantal Van De Voorde, représentante du public

Les membres du Comité d'Éthique à la recherche ont étudié le projet de recherche clinique intitulé:

TITRE DU PROJET : Analyse des mécanismes d'adaptation chez des enfants d'âge préscolaire victimes d'agression sexuelle.

soumis par: Docteur Anne-Claude Bernard-Bonnin  
Département de Pédiatrie

et l'ont trouvé conforme aux normes établies par le Comité d'Éthique à la recherche de l'Hôpital Sainte-Justine. Le projet est donc approuvé par le Comité.

*Jean-Marie Therrien*

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

Date 2017 juillet 02

Le projet est approuvé pour une durée d'un an.

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

### ANALYSE DES MÉCANISMES D'ADAPTATION CHEZ DES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE

**Chercheurs:** Martine Hébert, Ph.D.  
 Claire Allard-Dansereau, M.D.  
 Anne-Claude Bernard-Bonnin, M.D.  
 Caroline Tremblay, Ph.D.  
 Annie Bernier, Ph.D.  
 Jacques Joly, Ph.D

Ce projet est financé par le Fonds de recherche sur la société et la culture.

Madame,

Nous vous invitons à participer à une étude portant sur les facteurs qui aident les jeunes enfants d'âge préscolaire à surmonter des événements sérieux (par exemple, une agression sexuelle). Nous sollicitons la participation des mères et des jeunes enfants qui ont consulté à la Clinique de pédiatre socio-juridique récemment.

#### But de l'étude

Le but de cette étude est d'identifier le profil de développement des jeunes enfants ayant consulté à la clinique et des facteurs qui influencent ce profil. Les données recueillies sont susceptibles de nous aider à identifier les besoins de ces enfants et de pouvoir mettre en place des services adaptés.

#### Déroulement de l'étude

Votre collaboration et celle de votre enfant consistera en une rencontre avec un intervieweur à votre domicile ou au centre hospitalier selon votre convenance. La rencontre se déroulera suite à votre visite à la Clinique. Nous vous demanderons de compléter des questionnaires. Les questionnaires complétés par votre enfant portent sur son estime de soi et sur ses relations avec ses parents. Nous estimons qu'il faut 45 minutes pour compléter les questionnaires s'adressant à l'enfant. Les questionnaires complétés par la mère s'intéressent aux comportements de l'enfant, aux relations familiales et aux conflits dans la famille. Nous estimons qu'il faut environ une heure pour compléter le questionnaire s'adressant à la mère. Vous serez libres de ne pas répondre à toutes les questions. Des informations seront aussi recueillies à partir du dossier médical de la Clinique. Si vous acceptez, l'enseignant-e de maternelle ou l'éducatrice-trice en garderie sera aussi invité-e à compléter un questionnaire portant sur le comportement de l'enfant. On lui précisera qu'il s'agit d'une étude sur l'adaptation des jeunes enfants qui ont consulté au centre hospitalier au cours des derniers mois, sans préciser le motif de la consultation.

#### Avantages de l'étude

Le fait de compléter des questionnaires peut vous permettre de faire le point sur différents aspects de l'adaptation de votre enfant et de mieux saisir son développement. Le fait de recueillir ces informations sur l'ensemble des mères et des enfants qui consultent à la clinique



nous permettra de mieux définir les caractéristiques de ces enfants et de mieux saisir les besoins d'interventions.

#### **Inconvénients et risques**

Un désavantage possible serait de vous rappeler des épisodes désagréables de votre vie familiale ou de votre relation conjugale. Toutefois, l'intervieweur vous renseignera après l'entrevue sur des personnes-ressources disponibles si vous sentez le besoin de parler d'une expérience difficile. La personne qui mène l'entrevue est une étudiante formée dans le domaine. Elle bénéficie d'une expérience clinique et a déjà mené des entrevues auprès des jeunes enfants et des mères.

#### **Confidentialité**

Toutes les informations recueillies seront gardées confidentielles. Elles seront gardées sous clé au laboratoire de recherche de la chercheuse principale et elles seront conservées durant trois ans. Par la suite, les questionnaires seront détruits. Les données seront traitées de façon collective pour l'ensemble des enfants et des mères participant à l'étude. De plus, les questionnaires porteront tous un numéro de code et vos noms n'y apparaîtront pas. En ce sens, l'identité de la mère ainsi que celle de l'enfant ne seront pas dévoilées. Les résultats de l'étude pourront être présentés à des réunions ou dans des présentations scientifiques. Toutefois, l'identité de votre enfant ne sera pas révélée lors de ces présentations. L'enfant a droit à la confidentialité de ses réponses. Ainsi, elles ne seront pas discutées avec la mère. Le comité d'éthique de l'hôpital Sainte-Justine aura accès aux données.

#### **Liberté de participation et retrait de l'étude**

Votre participation est tout à fait libre et volontaire et vous serez libre de changer d'idée en tout temps et de retirer votre consentement sans avoir à fournir de raison et sans préjudice. Votre décision n'affectera en rien vos relations présentes ou futures avec les membres du Centre hospitalier et n'aura aucun effet sur la qualité des soins qui seront offerts à votre enfant.

L'assistante de recherche est autorisée à obtenir le consentement si nécessaire.

#### **Responsabilité des chercheurs**

En acceptant de participer à cette recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui vous causerait préjudice.

#### **Personnes disponibles pour répondre à vos questions :**

Concernant l'étude :	Martine Hébert, Ph.D.	(514) 987-3000 # 5697
	Isabelle Daignault, candidate au Ph.D.	(514) 987-3000 #1253
	Dr. Claire Allard-Dansereau	(514) 345-4719
	Dr. Anne-Claude Bernard-Bonnin	(514) 345-4675

Si vous avez des questions au sujet des droits de votre enfant à titre de participant à l'étude, veuillez contacter la conseillère à la clientèle de l'Hôpital Sainte-Justine au (514) 345-4749.

#### **Compensation**

Un montant de 20\$ vous sera remis lors de la rencontre pour défrayer les coûts de déplacement et/ou les frais de gardiennage.



### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION DE L'ENFANT

En signant le présent formulaire, je certifie que :

- J'ai lu ce formulaire de consentement.
- J'accepte volontiers que mon enfant participe à cette étude.
- 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 vais recevoir une copie signée du présent formulaire de consentement.
- Je comprends que je peux retirer mon enfant de l'étude en tout temps sans conséquence sur les soins de santé de mon enfant.
- J'autorise la divulgation de tous dossiers ou résultats concernant mon enfant, en relation avec la présente étude au personnel de l'étude.
- Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas aux droits de mon enfant ni aux miens.

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom de l'enfant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Assentiment de l'enfant (Signature)  
(capable de comprendre la nature de ce projet)

\_\_\_\_\_  
Date

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

J'accepte que moi et mon enfant participions à ce projet de recherche

\_\_\_\_\_  
Nom du parent

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date

J'accepte que l'enseignant(e) ou l'éducateur(trice) de mon enfant soit invité(e) à compléter un questionnaire sur son comportement  oui  non

\_\_\_\_\_  
Nom du parent

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date

Je certifie qu'à la date indiquée sur le présent formulaire de consentement, j'ai expliqué à la personne ci-dessus (ou aux parents de l'enfant dont le nom figure ci-dessus) la nature, le but, les avantages éventuels et les risques raisonnablement prévisibles associés à la participation à cette étude. J'ai répondu à toutes les questions posées et le présent formulaire a été signé en ma présence.

\_\_\_\_\_  
Nom du chercheur  
(ou personne autorisée)

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur  
(ou personne autorisée)

\_\_\_\_\_  
Date

2 copies. Une copie au chercheur, une copie pour le parent.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION DE LA MÈRE

En signant le présent formulaire, je certifie que :

- J'ai lu ce formulaire de consentement.
- J'accepte volontiers de participer à cette étude.
- 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 vais recevoir une copie signée du présent formulaire de consentement.
- Je comprends que je peux me retirer de l'étude en tout temps sans conséquence.
- J'autorise la divulgation de résultats en relation avec la présente étude, au personnel de l'étude.
- Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas à mes droits.

\_\_\_\_\_  
Nom du parent

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date

Je certifie qu'à la date indiquée sur le présent formulaire de consentement, j'ai expliqué à la personne ci-dessus (ou aux parents de l'enfant dont le nom figure ci-dessus) la nature, le but, les avantages éventuels et les risques raisonnablement prévisibles associés à la participation à cette étude. J'ai répondu à toutes les questions posées et le présent formulaire a été signé en ma présence.

\_\_\_\_\_  
Nom du chercheur  
(ou personne autorisée)

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur  
(ou personne autorisée)

\_\_\_\_\_  
Date

2 copies: Une copie au chercheur, une copie pour le parent.

ANNEXE C

COURRIEL DE L'ÉDITEUR CONFIRMANT LA SOUMISSION DE L'ARTICLE II  
11 JANVIER 2011

ELSEVIER EDITORIAL SYSTEM

European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie  
Appliquée

Ref.: Ms. No. ERAP-D-11-00001

Adaptation psychosociale des enfants d'âge préscolaire agressés sexuellement :  
Contribution de la sécurité d'attachement/The contribution of attachment security on the  
psychosocial adaptation of preschool-aged sexually abused children

Mrs. Genevieve Beaudoin

Cher(e) Mrs. Genevieve Beaudoin,

Merci de noter que votre article intitulé "Adaptation psychosociale des enfants d'âge  
préscolaire agressés sexuellement : Contribution de la sécurité d'attachement/The  
contribution of attachment security on the psychosocial adaptation of preschool-aged  
sexually abused children" est référencé sous le numéro ERAP-D-11-00001.

En tant qu'auteur, vous pouvez suivre l'évolution de votre manuscrit en vous connectant  
sur le site d'EES à l'adresse <http://ees.elsevier.com/erap/>.

En vous remerciant de votre précieuse collaboration.

Bien cordialement,

Journal Manager

Journal Manager

European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie  
Appliquée

## RÉFÉRENCES

- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2000a). *Child Behavior Checklist for Ages 11/2 - 5*. ASEBA, University of Vermont.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2000b). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2002). *Liste de vérification du comportement des enfants de 1,5 à 5 ans*. ASEBA, University of Vermont.
- Ainsworth, M., & Bell, S. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development, 41*, 49-67.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Alexander, K., Quas, J., Goodman, G., Ghetti, S., Edelstein, R., Redlich, A., et al. (2005). Traumatic impact predicts long-term memory for documented child sexual abuse. *American Psychological Society, 16*, 33-40.
- Alexander, P. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(2), 185-195.
- Alexander, P. (1993). The differential effects of abuse characteristics and attachment in the prediction of long-term effects of sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 8*(3), 346-362.
- Alexander, P., Anderson, C., Brand, B., Schaeffer, C., Grelling, B., & Kretz, L. (1998). Adult attachment and longterm effects in survivors of incest. *Child Abuse & Neglect, 22*(1), 45-61.

- Anderson, C., & Alexander, P. (1996). The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest. *Psychiatry*, *59*(3), 240-254.
- Appleyard, K., Egeland, B., Dulmen, M., & Sroufe, A. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*(3), 235-245.
- Armsden, G., & Greenberg, M. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *16*(5), 427-455.
- Ashman, S. B., Dawson, G., & Panagiotides, H. (2008). Trajectories of maternal depression over 7 years: Relations with child psychophysiology and behavior and role of contextual risks. *Development and Psychopathology*, *20*(1), 55-77.
- Aspelmeier, J., Elliott, A., & Smith, C. (2007). Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: The moderating role of attachment. *Child Abuse & Neglect*, *31*(5), 549-566.
- Bacon, H., & Richardson, S. (2001). Attachment theory and child abuse: An overview of the literature for practitioners. *Child Abuse Review*, *10*(6), 377-397.
- Bailey, H. N., Moran, G., & Pederson, D. R. (2007). Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. *Attachment & Human Development*, *9*, 139-161.
- Banyard, V., Williams, L., & Siegel, J. (2004). Childhood sexual abuse: A gender perspective on context and consequences. *Child maltreatment*, *9*(3), 223-238.
- Bar-Haim, Y., Sutton, D., Fox, N., & Marvin, R. (2000). Stability and change of attachment at 14, 24, and 58 months of age: Behavior, representation, and life events. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *41*(03), 381-388.
- Baron, R., & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1173-1182.

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(2), 226-244.
- Beaudoin, G., & Hébert, M. (sous presse). La sécurité d'attachement : Un concept prometteur pour l'analyse des profils des victimes d'agression sexuelle? *L'agression sexuelle chez les enfants, Tome II*: Presses de l'Université du Québec.
- Beaudoin, G., Hébert, M., & Bernier, A. (en révision). Adaptation psychosociale des enfants d'âge préscolaire agressés sexuellement : Contribution de la sécurité d'attachement. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Bernier, A., Larose, S., & Boivin, M. (2003). L'attachement et les modèles cognitifs opérants. Conceptualisation, mesure et structure. In G. M. Tarabulsy, S. Larose, D. R. Pederson & G. Moran (Eds.), *Attachement et développement: Le rôle des premières relations dans le développement humain* (pp. 111-134). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bernier, A., & Meins, E. (2008). A threshold approach to understanding the origins of attachment disorganization. *Developmental Psychology, 44*, 969-982.
- Bernier, A., & Miljkovitch, R. (2009). Intergenerational transmission of attachment in father-child dyads: The case of single parenthood. *The Journal of Genetic Psychology, 170*, 31-52.
- Bernstein, E., & Putnam, F. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 174*(12), 727-735.
- Bolen, R. (2002). Child sexual abuse and attachment theory: Are we rushing headlong into another controversy? *Journal of Child Sexual Abuse, 11*(1), 95-124.

- Bolen, R., & Lamb, J. (2007). Parental support and outcome in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse, 16*(2), 33-54.
- Bottoms, B., Rudnicki, A., & Epstein, M. (2007). A retrospective study of factors affecting the disclosure of childhood sexual and physical abuse. In M.-E. Pipe, M. E. Lamb, Y. Orbach & A.-C. Cederborg (Eds.), *Child sexual abuse: Disclosure, delay, and denial* (pp. 175-194). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry, 130*, 201-210.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J., Fry, M., & Ainsworth, M. (1953). *Child care and the growth of love*: Penguin Books.
- Boyer, R., Prévaille, M., Légaré, G., & Valois, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée résultats normatifs de l'enquête Santé Québec. *Canadian journal of psychiatry, 38*(5), 339-343.
- Brennan, K., Clark, C., & Shaver, P. (1998). Self-report measure of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 77-114). New York: Guilford Press.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2nd ed.)* (pp. 102-127). New York, NY, US: Guilford Press.

- Bretherton, I., Oppenheim, D., Buchsbaum, H., & Emde, R. (1990). MacArthur Story Stem Battery. Système de cotation. Unpublished document.
- Bretherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-Year-Olds. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 273-308). Chicago: University of Chicago.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., & Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33): Early data on a new scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 4(2), 151-163.
- Brilleslijper-Kater, S., Friedrich, W., & Corwin, D. (2004). Sexual knowledge and emotional reaction as indicators of sexual abuse in young children: theory and research challenges. *Child Abuse & Neglect*, 28(10), 1007-1017.
- Brillon, P. (2010). Le trauma en quelques données *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique: Guide à l'intention des thérapeutes* (pp. 19-26). Montréal: Éditions Quebecor.
- Carlson, E. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cassidy, J., & Marvin, R. S. (and the MacArthur working group on attachment, 1992). Attachment organization in 2 1/2 to 4 1/2 year olds: Coding manual University of Virginia.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, C., Zorbas, P., & Charuvastra, A. (2008). Attachment organization, emotion regulation, and expectations of support in a clinical sample

- of women with childhood abuse histories. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 282-289.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1998). Interventions for sexually abused children: Initial treatment findings. *Child Maltreatment*, 3, 17-26.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*: Guilford Press.
- Cohn, D. (1990). Child-mother attachment of six-year-olds and social competence at school. *Child Development*, 61(1), 152-162.
- Cole, P., & Putnam, F. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 174-184.
- Collin-Vézina, D., Hébert, M., & Daigneault, I. (2005). Résilience et guérison : Trajectoire des victimes d'agression sexuelle. *Psychologie Québec*, 22, 33-35.
- Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 211-229.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., et al. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390-398.
- Costa, N., Weems, C., Pellerin, K., & Dalton, R. (2006). Parenting stress and childhood psychopathology: an examination of specificity to internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(2), 113-122.

- Crittenden, P. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26(1), 85-96.
- Crittenden, P. (1988). Relationships at risk. In J. Belsky & T. Nezworsky (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 136-174). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crittenden, P., & Ainsworth, M. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment : Theory and research on causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 432-463). Cambridge: Cambridge University Press.
- Crnic, K., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development*, 14(2), 117-132.
- Cyr, C., Euser, E., Bakermans-Kranenburg, M., & Van Ijzendoorn, M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and psychopathology*, 22, 87-108.
- Cyr, M., Wright, J., Toupin, J., Oxman-Martinez, J., McDuff, P., & Theriault, C. (2002). Les déterminants du soutien maternel offert par les mères à leurs enfants ayant vécu une agression sexuelle récente. *Revue de psychoéducation et d'orientation*, 31(2), 319-337.
- Cyr, M., Wright, J., Toupin, J., Oxman-Martinez, J., McDuff, P., & Thériault, C. (2003). Predictors of maternal support: The point of view of adolescent victims of sexual abuse and their mothers. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(1), 39-65.
- Daignault, I., & Hébert, M. (2009). Profiles of school adaptation: Social, behavioral and academic functioning in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 33(2), 102-115.
- Daignault, I. V., & Hébert, M. (2004). L'adaptation scolaire des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle. *Psychologie Canadienne*, 45(4), 293-307.
- Deblinger, E., & Heflin, A. H. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents: A cognitive behavioral approach*. Sage Publications, Inc.

- Deblinger, E., McLeer, S. V., & Henry, D. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*(5), 747-752.
- Deblinger, E., Steer, R., & Lippmann, J. (1999a). Maternal factors associated with sexually abused children's psychosocial adjustment. *Child Maltreatment, 4*, 13-20.
- Deblinger, E., Steer, R. A., & Lippmann, J. (1999b). Two year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect, 23*(12), 1371-1378.
- Derogatis, L., Lipman, R., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin, 9*(1), 13-28.
- Dubois-Comtois, K., & Moss, E. (2004). Relation entre l'attachement et les interactions mère-enfant en milieu naturel et expérimental à l'âge scolaire. *Canadian Journal of Behavioural Science, 36*, 267-279.
- Edelstein, R., Ghetti, S., Quas, J., Goodman, G., Alexander, K., Redlich, A., et al. (2005). Individual differences in emotional memory: Adult attachment and long-term memory for child sexual abuse. *Personality and Social Psychology Bulletin, 31*(11), 1537.
- Elliott, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child maltreatment, 6*(4), 314-331.
- Elliott, D., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse and Neglect, 16*(3), 391-398.
- Endicott, J., Spitzer, R., Fleiss, J., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry, 33*(6), 766-771.

- Everson, M., Hunter, W., Runyon, D., Edelsohn, G., & Coulter, M. (1989). Maternal support following disclosure of incest. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(2), 197-207.
- Fagot, B. (1995). Classification of problem behaviors in young children: A comparison of four systems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 16(1), 95-106.
- Fallon, B., Trocmé, N., MacLaurin, B., Knoke, D., Black, T., Daciuk, J., et al. (2005). *Ontario incidence study of reported child abuse and neglect, OIS 2003: Major Findings Report*. Toronto, ON: Centre of Excellence for Child Welfare.
- Feiring, C., Coates, D. L., & Taska, L. S. (2001). Ethnic status, stigmatization, support, and symptom development following sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(12), 1307-1329.
- Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 17, 67-70.
- Fjone, H., Ytterhus, B., & Almvik, A. (2009). How children with parents suffering from mental health distress search for "normality" and avoid stigma: To be or not to be...is "not" the question. *Childhood: A Global Journal of Child Research*, 16(4), 461-477.
- Fontes, L. (2005). *Child abuse and culture: Working with diverse families*: The Guilford Press.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). The Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript. University of California at Berkeley.
- George, C., & Salomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 649-670). New York: Guilford Press.
- Gloger-Tippelt, G., Gomille, B., Koenig, L., & Vetter, J. (2002). Attachment representations in 6-year-olds: Related longitudinally to the quality of attachment

in infancy and mothers' attachment representations. *Attachment & Human Development*, 4(3), 318-339.

Godbout, N., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2006). Early abuse experiences and subsequent gender differences in couple adjustment. *Violence and Victims*, 21(6), 744-760.

Godbout, N., Sabourin, S., & Lussier, Y. (2007). La relation entre l'abus sexuel subi durant l'enfance et la satisfaction conjugale chez l'homme. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 39(1), 46-59.

Godbout, N., Sabourin, S., & Lussier, Y. (2009). Child sexual abuse and adult romantic adjustment: Comparison of single and multiple-indicator measures. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(4), 693-705.

Goldwyn, R., Stanley, C., Smith, V., & Green, J. (2000). The Manchester Child Attachment Story Task: relationship with parental AAI, SAT and child behaviour. *Attachment & Human Development*, 2(1), 71-84.

Gross, D., Conrad, B., Fogg, L., Willis, L., & Garvey, C. (1995). A longitudinal study of maternal depression and preschool children's mental health. *Nursing Research*, 44(2), 96-101.

Gross, D., Fogg, L., Garvey, C., & Julion, W. (2004). Behavior problems in young children: An analysis of cross-informant agreements and disagreements. *Research in nursing & health*, 27(6), 413-425.

Grosz, C., Kempe, R., & Kelly, M. (2000). Extrafamilial sexual abuse: treatment for child victims and their families. *Child Abuse & Neglect*, 24(1), 9-23.

Hall, D. (1999). "Complex" Posttraumatic Stress Disorder/Disorders of Extreme Stress (CP/DES) in sexually abused children: An exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 8(4), 51-71.

Hamilton, C. (2000). Continuity and Discontinuity of Attachment from Infancy through Adolescence. *Child Development*, 71(3), 690-694.

- Hammen, C., & Brennan, P. A. (2003). Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, *60*(3), 253-260.
- Hamner, T., & Turner, P. (2001). *Parenting in contemporary society* (4 ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, A Pearson Education Company.
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children*. Denver, Colorado: University of Denver
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*(3), 511-524.
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. In M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (Eds.), *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome I* (pp. 149-204). Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Bernier, M.-J., & Simoneau, A. C. (2011). Les effets des interventions offertes aux jeunes victimes d'agression sexuelle. In M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (Eds.), *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome I* (pp. 205-252). Ste-Foy (QC), Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., & Daignault, I. V. (2002). Traduction française du The MacArthur Story Stem Battery de I. Bretherton, D. Ridgeway, & J. Cassidy (1990). Document inédit. Université du Québec à Montréal.
- Hébert, M., Daigneault, I., Collin-Vézina, D., & Cyr, M. (2007). Factors linked to distress in mothers of children disclosing sexual abuse. *The Journal of nervous and mental disease*, *195*(10), 805-811.
- Hébert, M., Parent, N., Daignault, I., & Tourigny, M. (2006). A typological analysis of behavioral profiles of sexually abused children. *Child Maltreatment*, *11*(3), 203-216.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & 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/La Revue canadienne de psychiatrie*, 54(9), 631-636.

- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I., & Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299.
- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment, 2nd Ed., Theory, Research, and Clinical Implications* (pp. 552-598). New York: Guilford Press.
- Higgins, D. (2003). The relationship of childhood family characteristics and current attachment styles to depression and depressive vulnerability. *Australian Journal of Psychology*, 55(1), 9-14.
- Hodson, C., Newcomb, M., Locke, T., & Goodyear, R. (2006). Childhood adversity, poly-substance use, and disordered eating in adolescent Latinas: Mediated and indirect paths in a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 30(9), 1017-1036.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- Ifeld, F. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39(2), 1215-1228.
- Ifeld, F. (1978). Psychologic status of community residents along major demographic dimensions. *Archives of General Psychiatry*, 35(6), 716-724.
- Jones, D. J., Forehand, R., & Neary, E. M. (2002). Family transmission of depressive symptoms: Replication across caucasian and african american mother-child dyads. *Behavior Therapy*, 32(1), 123-138.
- Kaplow, J., & Widom, C. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 176-187.

- Kendall-Tackett, K., Williams, L., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*, 164-180.
- Kerns, K., Klepac, L., & Cole, A. (1996). Peer relationships and preadolescents' perceptions of security in the child-mother relationship. *Developmental Psychology, 32*, 457-466.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin, 21*(4), 995-998.
- Kraemer, H., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry, 158*(6), 848-856.
- LaFreniere, P., & Sroufe, L. (1985). Profiles of peer competence in the preschool: Interrelations between measures, influence of social ecology, and relation to attachment history. *Developmental Psychology, 21*(1), 56-69.
- Leifer, M., Kilbane, T., & Kalick, S. (2004). Vulnerability or resilience to intergenerational sexual abuse: The role of maternal factors. *Child Maltreatment, 9*(1), 78.
- Lewis, M., Feiring, C., & Rosenthal, S. (2000). Attachment over Time. *Child Development, 71*(3), 707-720.
- Lewis, R. J., Griffin, J. L., Winstead, B. A., Morrow, J. A., & Schubert, C. P. (2003). Psychological characteristics of women who do or do not report a history of sexual abuse. *Journal of Prevention & Intervention in the Community, 26*(1), 49-65.
- Liang, B., Williams, L., & Siegel, J. (2006). Relational outcomes of childhood sexual trauma in female survivors: A longitudinal study. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(1), 42-57.

- Liem, J., & Boudewyn, A. (1999). Contextualizing the effects of childhood sexual abuse on adult self and social functioning: An attachment theory perspective. *Child Abuse & Neglect*, 23(11), 1141-1157.
- Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development*, 64, 572-585.
- Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 257-275.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Grunebaum, H. U., & Botein, S. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*, 61, 85-98.
- Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M., & Cibelli, C. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology*, 33, 681-692.
- Lyons-Ruth, K., Repacholi, B., McLeod, S., & Silva, E. (1991). Disorganized attachment behavior in infancy: Short-term stability, maternal and infant correlates, and risk-related subtypes. *Development and Psychopathology*, 3, 377-396.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. (2001b). Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect*, 25(9), 1253-1267.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001a). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology*, 13, 233-254.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview with selected implications for clinical work. . In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social developmental and clinical perspectives* (pp. 407-474). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology, 24*, 415-426.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 161-182.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research, Monographs of the Society for Research Child Development* (Vol. 50, pp. 66-104).
- Main, M., & Solomon, J. (1988). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective Development in Infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., & Weston, D. (1982). Avoidance of the attachment figure in infancy: Descriptions and interpretations. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (Vol. 8, pp. 203-217). London: Tavistock.
- Mallinckrodt, B., McCreary, B., & Robertson, A. (1995). Co-occurrence of eating disorders and incest: The role of attachment, family environment, and social competencies. *Journal of Counseling Psychology, 42*(2), 178-186.
- Marvin, R., & Britner, P. (1999). Normative Development: The ontogeny of attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 44-67). New York: Guilford Press.

- McCrae, J., Chapman, M., & Christ, S. (2006). Profile of children investigated for sexual abuse: association with psychopathology symptoms and services. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 468-481.
- McLewin, L., & Muller, R. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among youth adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 171-191.
- Mian, M., Marton, P., & LeBaron, D. (1996). The effects of sexual abuse on 3-to 5-year-old girls. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 731-745.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment style and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 143-165). New York London: The Guilford Press.
- Milan, S., Snow, S., & Belay, S. (2009). Depressive symptoms in mothers and children: Preschool attachment as a moderator of risk. *Developmental Psychology*, 45(4), 1019-1033.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Bretherton, I., & Halfon, O. (2004). Associations between parental and child attachment representations. *Attachment & Human Development*, 6(3), 305-325.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., & Halfon, O. (2007). Three year olds' attachment play narratives and their associations with internalizing problems. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 249-257.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., & Halfon, O. (2003). Les représentations d'attachement du jeune enfant: Développement d'un système de codage pour les histoires à compléter. *Devenir*, 15, 143-177.
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology*. Philadelphia: Saunders.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley Interscience.

- Millon, T. (1986a). Personality prototypes and their diagnostic criteria. In T. Millon & G. L. Klermans (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 671-712). New York: Guilford.
- Millon, T. (1986b). A theoretical derivation of pathological personalities. In T. Millon & G. L. Klermans (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 639-669). New York: Guilford.
- Milot, T., St-Laurent, D., Éthier, L. S., & Provost, M. A. (2010). Trauma-related symptoms in neglected preschoolers and affective quality of mother-child communication. *Child Maltreatment, 15*(4), 293-304.
- Minzenberg, M., Poole, J., & Vinogradov, S. (2006). Adult social attachment disturbance is related to childhood maltreatment and current symptoms in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(5), 341-348.
- Minzenberg, M., Poole, J., & Vinogradov, S. (2008). A neurocognitive model of borderline personality disorder: Effects of childhood sexual abuse and relationship to adult social attachment disturbance. *Development and Psychopathology, 20*(1), 341-368.
- Moos, R., & B, M. (1986). *Family Environment Scale Manual* (2 ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press
- Morey, L. (1991). *The Personality Assessment Inventory: Professional manual*. Odessa: FL: Psychological Assessment Resources.
- Morrow, S., & Smith, M. (1995). Constructions of survival and coping by women who have survived childhood sexual abuse. *Journal of Counseling Psychology, 42*(1), 24-33.
- Morton, N., & Browne, K. D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: a review. *Child Abuse & Neglect, 22*(11), 1093-1104.

- Moss, E., Bureau, J. F., Cyr, C., Mongeau, C., & St-Laurent, D. (2004). Correlates of attachment at age 3: Construct validity of the preschool attachment classification system. *Developmental Psychology, 40*, 323-334.
- Moss, E., Cyr, C., Bureau, J., Tarabulsky, G., & Dubois-Comtois, K. (2005). Stability of Attachment During the Preschool Period. *Developmental Psychology, 41*(5), 773-783.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychology, 40*, 519-532.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsky, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology, 23*(01), 195-210.
- Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & Saintonge, J. (1998). Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problems. *Child Development, 69*(5), 1390-1405.
- Moss, E., St-Laurent, D., Cyr, C., & Humber, N. (2003). L'attachement aux périodes préscolaire et scolaire et les patrons d'interactions parent-enfant. In S. L. GM. Tarabulsky, D.R. Pederson & G. Moran (Ed.), *Attachement et développement : Le rôle des premières relations dans le développement humain* (pp. 156-179). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- MSP (2006). *Les agressions sexuelles au Québec. Statistiques 2004*. Sainte-Foy, Québec: Direction de la prévention et de la lutte contre la criminalité. Ministère de la Sécurité Publique.
- MSSS (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*: Gouvernement du Québec.
- Muller, R., & Lemieux, K. (2000). Social support, attachment, and psychopathology in high risk formerly maltreated adults. *Child Abuse & Neglect, 24*(7), 883-900.

- NICHD (and the Early Child-Care Network, 2001). Child-care and family predictors of preschool attachment and stability from infancy. *Developmental Psychology*, 37, 847-862.
- O'Hare, T., Shen, C., & Sherrer, M. (2010). High risk behaviors and drinking-to-cope as mediators of lifetime abuse and PTSD symptoms in clients with severe mental illness. *Journal of traumatic stress*, 23(2), 255-263.
- Ogawa, J., Sroufe, L., Weinfield, N., Carlson, E., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9(04), 855-879.
- Paolucci, E., Genuis, M., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135, 17-36.
- Parent-Boursier, C., & Hébert, M. (2010). La perception de la relation père-enfant et l'adaptation des enfants suite au dévoilement d'une agression sexuelle. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 42(3), 168-176.
- Parent, N., & Hébert, M. (2006). Questionnaire sur la victimisation de l'enfant. Traduction française du History of Victimization Form de Wolfe, Gentile & Boudreau (1987). Unpublished document. Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Patton, J., Stanford, M., & Barratt, E. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.
- Pears, K., Kim, H., & Fisher, P. (2008). Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 32(10), 958-971.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338.

- Pierrehumbert, B. (2008). Annexe: L'utilisation des narratifs d'attachement. *Enfance*, 1(60), 93-102.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. *Les cahiers de la recherche, no 7, Enquête Santé Québec 87, Gouvernement du Québec. Ministère de la santé et des Services sociaux.*
- Putnam, F. (2003). Ten-year update: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Quas, J., Goodman, G., Bidrose, S., Pipe, M., Craw, S., & Ablin, D. (1999). Emotion and memory: Children's long-term remembering, forgetting, and suggestibility. *Journal of Experimental Child Psychology*, 72(4), 235-270.
- Roche, D., Runtz, M., & Hunter, M. (1999). Adult attachment: A mediator between child sexual abuse and later psychological adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(2), 184-207.
- Roisman, G. I., Holland, A., Fortuna, K., Fraley, R. C., Clausell, E., & Clarke, A. (2007). The Adult Attachment Interview and self-reports of attachment style: An empirical rapprochement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 678-697.
- Russell, D. E. H. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse & Neglect*, 7, 133-146.
- Sable, P. (2008). What is adult attachment? *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 21-30.
- Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (2004). *Guidelines for Psychosocial Treatment of Intrafamilial Child Physical and Sexual Abuse (Final Report)*. Charleston, Sc.
- Schreiber, R., & Lyddon, W. (1998). Parental bonding and current psychological functioning among childhood sexual abuse survivors. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 358-362.

- Seiffge-Krenke, I., & Kollmar, F. (1998). Discrepancies between mothers' and fathers' perceptions of sons' and daughters' problem behaviour: A longitudinal analysis of parent-adolescent agreement on internalising and externalising problem behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(5), 687-697.
- Shapiro, D., & Levendosky, A. (1999). Adolescent survivors of childhood sexual abuse: The mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. *Child Abuse & Neglect*, 23(11), 1175-1191.
- Siegel, J. (2000). Aggressive behavior among women sexually abused as children. *Violence and Victims*, 15(3), 235-255.
- Simoneau, A. C., Daignault, I. V., & Hébert, M. (2011). La thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma. In M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (Eds.), *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome I* (pp. 363-398). Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Solomon, J., & George, C. (2008). The measurement of attachment security and related constructs in infancy and early childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2nd ed.)* (pp. 383-416). New York, NY, US: Guilford Press.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116(2), 1-23.
- Spaccarelli, S., & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1171-1182.
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28.
- Spataro, J., Moss, S., & Wells, D. (2001). Child sexual abuse: A reality for both sexes. *Australian Psychologist*, 36(3), 177-183.

- Spataro, J., Mullen, P., Burgess, P., Wells, D., & Moss, S. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *The British Journal of Psychiatry*, *184*(5), 416-421.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & al. (1989). *Structured clinical interview for DSM-III-R-personality disorders*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Stalker, C., & Davies, F. (1995). Attachment organization and adaptation in sexually-abused women. *Canadian Journal of Psychiatry*, *40*(5), 234-240.
- Styron, T., & Janoff-Bulman, R. (1997). Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. *Child Abuse & Neglect*, *21*(10), 1015-1023.
- Swanson, B., & Mallinckrodt, B. (2001). Family environment, love withdrawal, childhood sexual abuse, and adult attachment. *Psychotherapy Research*, *11*(4), 455-472.
- Tarabulsy, G., Pascuzzo, K., Moss, E., St-Laurent, D., Bernier, A., Cyr, C., et al. (2008). Attachment-based intervention for maltreating families. *The American Journal of Orthopsychiatry*, *78*, 322-332.
- Thompson, R. A. (1999). Early attachment and later development. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, 265–286.
- Toth, S., Cicchetti, D., Macfie, J., & Emde, R. (1997). Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused, and sexually abused preschoolers. *Development and Psychopathology*, *9*(4), 781-796.
- Toth, S., Cicchetti, D., MacFie, J., Maughan, A., & Vanmeenen, K. (2000). Narrative representations of caregivers and self in maltreated pre-schoolers. *Attachment & Human Development*, *2*(3), 271-305.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, c., Trocmé, N., Hélie, S., et al. (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence,*

*d'abandon et de troubles de comportements sérieux signalés à la Direction de la Protection de la Jeunesse du Québec (ÉIQ). Montréal.*

- Treutler, C. M., & Epkins, C. C. (2003). Are discrepancies among child, mother, and father reports on children's behavior related to parents' psychological symptoms and aspects of parent-child relationships? *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*(1), 13-27.
- Twaite, J., & Rodriguez-Srednicki, O. (2004). Childhood sexual and physical abuse and adult vulnerability to PTSD: The mediating effects of attachment and dissociation. *Journal of Child Sexual Abuse*, *13*(1), 17-38.
- Tyler, K. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse : A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, *7*, 567-589.
- Valenzuela, M. (1990). Attachment in chronically underweight young children. *Child Development*, *61*, 1984-1996.
- Valla, J., Bergeron, L., St-Georges, M., & Berthiaume, C. (2000). Le Dominique Interactif: Présentation, cadre conceptuel, propriétés psychométriques, limites, et utilisations. *Revue canadienne de psycho-éducation*, *29*(2), 327-347.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post Traumatic Stress Disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, *14*(3), 171-181.
- Van IJzendoorn, M. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, *117*(3), 387-403.
- van IJzendoorn, M., & Bakermans-Kranenburg, M. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(1), 8-21.
- Van IJzendoorn, M., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, *11*(02), 225-250.

- VanDeMark, N., Russell, L., O'Keefe, M., Finkelstein, N., Noether, C., & Gampel, J. (2005). Children of mothers with histories of substance abuse, mental illness and trauma. *Journal of Community Psychology, 33*(4), 445-459.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development, 71*(3), 684-689.
- Weinfield, N., Sroufe, L., Egeland, B., & Carlson, E. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development, 71*(3), 695-702.
- Whiffen, V., Judd, M., & Aube, J. (1999). Intimate relationships moderate the association between childhood sexual abuse and depression. *Journal of Interpersonal Violence, 14*(9), 940-954.
- Wolfe, V., Gentile, C., & Boudreau, P. (1987). History of victimization form. Unpublished assessment instrument. London Health Science Center.
- Wood, J., Emmerson, N., & Cowan, P. (2004). Is early attachment security carried forward into relationships with preschool peers? *British Journal of Developmental Psychology, 22*(2), 245-253.
- Yancey, C. T., & Hansen, D. J. (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior, 15*, 410-421.
- Yancey, C. T., Hansen, D. J., & Naufel, K. Z. (2011). Heterogeneity of individuals with a history of child sexual abuse: An examination of children presenting to treatment. *Journal of Child Sexual Abuse, 20*(2), 111-127.
- Zeanah, C. H., & Zeanah, P. D. (1989). Intergenerational transmission of maltreatment: Insights from attachment theory and research. *Psychiatry, 52*, 177-196.

Zimmermann, P. (2003). L'attachement à l'adolescence: Mesure, développement et adaptation. In G. M. Tarabulsky, S. Larose, D. R. Pederson & G. Moran (Eds.), *Attachement et développement: Le rôle des premières relations dans le développement humain* (pp. 181-204). Québec: Presses de l'Université du Québec.