UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PROBLÈMES DE COMPORTEMENT CHEZ LES ENFANTS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE : LA CONTRIBUTION DU SENTIMENT DE CULPABILITÉ

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR

ANABEL DE CHAMPLAIN

JANVIER 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je souhaite dans un premier temps adresser mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui ont apporté leur aide, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.

Ce travail de recherche ne serait pas aussi riche et n'aurait pas pu voir le jour sans l'aide et l'encadrement de ma directrice de mémoire, Madame Martine Hébert. Je remercie sa disponibilité et surtout la qualité de ses conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion et mes connaissances sur la problématique de l'agression sexuelle à l'enfance.

Je remercie également Amélie Tremblay-Perreault pour avoir répondu à mes innombrables questions et s'être investie sur différentes parties du mémoire. Je remercie également ses encouragements qui ont été d'une grande aide.

Je présente mes remerciements, mon respect et ma gratitude à toutes ces familles qui ont participé à l'étude longitudinale sur *Les trajectoires vécues par les enfants victimes d'agression sexuelle et leur famille*. Votre contribution a permis l'élaboration de ce projet de recherche et a été indispensable pour l'avancement des connaissances scientifiques sur ce fléau social.

À mes nouvelles amitiés nées dans le cadre de la maîtrise, Mélina Gilbert et Valérie Hémond-Dussault. Je vous remercie pour le soutien moral que vous m'avez offert tout au long de ma démarche, essentiellement en contexte de pandémie.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance à ma famille, spécialement à mes parents, Lucie et Steve, à mon frère Louis et à ma cousine Dominique, d'avoir cru en moi. Finalement, je remercie profondément mes meilleures amies, Anne-Marie et Véronique, pour leur appui inconditionnel et leurs encouragements.

Merci à vous tous.toutes

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ii

LISTE DES FIGURES v

LISTE DES TABLEAUX vi

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES vii

RÉSUMÉ viii

ABSTRACT ix

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I ÉTAT DES CONNAISSANCES 3

1.1 Définitions 3

1.1.1 Définition de l'agression sexuelle 3

1.1.2 Définition du sentiment de culpabilité 4

1.2 Prévalence et conséquences liées à l'agression sexuelle 5

1.3 Influence du sentiment de culpabilité sur les conséquences associées à l'agression sexuelle . 7

1.4 Sentiment de culpabilité selon le genre de la victime d'agression sexuelle 9

1.5 Sentiment de culpabilité du parent à la suite d'un dévoilement d'agression sexuelle 10

CHAPITRE II CADRE CONCEPTUEL 14

2. Fondements conceptuels sur les conséquences liées à l'agression sexuelle 14

2.1 Modèle transactionnel de Spaccarelli 14

2.2 Modèle des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne 16

2.3 La théorie de l'apprentissage social de Bandura 17

CHAPITRE III OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES 19

CHAPITRE IV MÉTHODOLOGIE 21

CHAPITRE V Article 1 : « Gender Differences in Behavioral Problems in Child Victims of Sexual Abuse: Contribution of Self-blame of the Parent and Child » 26

CHAPITRE VI DISCUSSION 58

CONCLUSION 68
ANNEXE A CERTIFICAT ÉTHIQUE 69
ANNEXE B DIDACTICIEL EPTC-2 : FER 73
ANNEXE C QUESTIONNAIRE DE L'ENFANT 74
ANNEXE D QUESTIONNAIRES DU PARENT 75
ANNEXE E FORMULAIRE DE CONSENTEMENT 76
RÉFÉRENCES 81

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1 Modèle transactionnel de Spaccarelli (1994).....15

Figure 5.1 *Path analysis model*.....47

Figure 5.2 *Path Analysis Model of the Association between Internalizing and Externalizing Behavior Problems and Self-blame.*.....48

Figure 5.3 *Path Analysis Model of the Association between Internalizing and Externalizing Behavior Problems and the Parent's and Girl's Self-blame.*.....49

Figure 5.4 *Path Analysis Model of the Association between Internalizing and Externalizing Behavior Problems and the Parent's and Boy's Self-blame.*.....50

LISTE DES TABLEAUX

Table 5.1 *Summary of Correlations, Means and Standard Deviations* of the studied variables ...46

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AS	Agression sexuelle
CBCL	*Child Behavior Checklist*
CITES-II	*Children's Impact of Traumatic Events Scale II*
CIASF	Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille
CIUSSS MCQ	Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CMV	Fondation Marie-Vincent
CHU-SJ	Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine
DSM-IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-IV
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-5
ET	Écart-type
FES	*Family Empowerment Scale*
HVF	*History of Victimization Form*
ML	*Maximum Likelihood*
M	*Moyenne*
SA	*Sexual abuse*

RÉSUMÉ

Les conséquences des agressions sexuelles sur les enfants sont bien connues. Cependant, les facteurs exacerbant les problèmes de comportement de l'enfant à la suite d'une agression sexuelle (AS) méritent une plus grande attention. Le sentiment de culpabilité envers l'AS a été identifié comme un facteur prédictif des conséquences chez les victimes adultes. Néanmoins, il existe peu d'études ayant exploré l'influence du sentiment de culpabilité dans la symptomatologie de l'enfant victime d'AS. Ce projet de mémoire porte sur les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés observés chez les enfants ayant été victimes d'agression sexuelle (AS) en fonction du sentiment de culpabilité du parent non-agresseur et de l'enfant, et ce, selon le genre de l'enfant. L'échantillon comprend 1066 enfants (750 filles et 316 garçons), âgés entre 6 et 12 ans, victimes d'AS, et le parent non-agresseur. Les parents ont rempli des questionnaires liés aux problèmes de comportement de l'enfant suite à l'AS et à leur perception de leur sentiment de culpabilité face à l'événement d'AS. Les enfants ont rempli un questionnaire évaluant leurs sentiments de culpabilité. Les résultats révèlent que le sentiment de culpabilité du parent à la suite d'un dévoilement d'AS de son enfant contribue au sentiment de culpabilité de l'enfant victime, qui à son tour influence la sévérité des problèmes de comportement intériorisés et extériorisés. De surcroît, le sentiment de culpabilité du parent à la suite d'un dévoilement est associé à un plus haut niveau de problèmes de comportement intériorisés, et ce, tant pour les filles que les garçons. Ces constats appuient l'importance de considérer le sentiment de culpabilité du parent non-agresseur à la suite d'un dévoilement d'AS de leur enfant lors des interventions visant le rétablissement des enfants victimes d'AS.

MOTS-CLÉS : enfants victimes d'agression sexuelle; différence de genre; parents; problèmes de comportement; sentiment de culpabilité; médiation

ABSTRACT

The consequences of child sexual abuse are well known. However, factors exacerbating child behavior problems following sexual abuse (SA) deserve further attention. Self-blame toward the SA has been identified as a predictor of behavior consequences in adult victims, yet there is limited evidence regarding the impact of self-blame on outcomes in child victims of sexual abuse. This study aimed to explore internalizing and externalizing behavioral problems in child victims of SA in relationship with the self-blame of the non-offending parent and the child, and the gender of the child. A sample of 1066 sexually abused children between 6 and 12 years of age and their non-offending caregiver completed self-report questionnaires. Parents completed questionnaires related to the child's behavior problems following the SA and their sense of self-blame. Children completed a questionnaire assessing their level of self-blame. Results revealed that parents' self-blame following disclosure contributed to the child's self-blame, which in turn is linked to internalizing and externalizing behavioral problems. In addition, parents' self-blame was directly associated with a higher level of internalized behavioral difficulties in the child. This finding supports the importance of considering the sense of blame of the non-offending parents in interventions aiming the recovery of child victims of SA.

Keywords : child sexual abuse; gender difference; self-blame; parents; behaviors problems; mediation

INTRODUCTION

L'agression sexuelle (AS) à l'enfance est un problème social persistant. Au Québec, une étude révèle que la proportion d'adultes ayant été victimes d'AS à l'enfance équivaut à environ une sur cinq pour les femmes et un sur dix pour les hommes (Tourigny et Baril, 2011).

Considérant l'importance de ce fléau social, on peut observer une augmentation des études empiriques sur le sujet au cours des dernières années. Notamment, ces études scientifiques ont démontré qu'une AS survenue durant l'enfance est associée à de multiples conséquences au niveau du fonctionnement de l'enfant. Les études suggèrent plus précisément que les enfants victimes d'AS sont susceptibles de développer des problèmes de comportement intériorisés ou extériorisés, et même vivre d'autres répercussions négatives (p.ex. faible estime de soi, sentiment de culpabilité, comportement sexuel précoce, etc.; Hébert, 2011; Lewis et al., 2016). Les études réalisées à ce jour révèlent également une grande hétérogénéité au niveau des conséquences vécues, dont certains enfants qui affichent moins de difficultés que d'autres (Daignault et al., 2018; Kendall-Trackett et al., 1993; Monette et al., 2008).

Plus qu'une problématique personnelle pour la victime, il est essentiel de reconnaître que les AS constituent un enjeu sociétal qui bénéficierait d'être approfondi, précisément pour identifier les éléments pertinents vis-à-vis les interventions thérapeutiques ayant pour but de favoriser le rétablissement de l'enfant victime d'AS. Plusieurs études ont d'ailleurs exploré les facteurs liés à cette diversité des profils des enfants confrontés à l'AS. Certaines études évoquent que ces variations au niveau des conséquences peuvent être liées à de multiples facteurs, dont les attributions internes ou externes de l'événement d'AS, puis les sentiments éprouvés par les parents à la suite d'un dévoilement d'AS de leur enfant. De plus, cette variabilité peut se différencier selon le genre et l'âge de la victime, de même que les caractéristiques de l'AS telles la nature de l'AS (intrafamiliale ou extrafamiliale), la chronicité puis la sévérité des actes impliqués (Gauthier-Duchesne et al., 2017; Quas et al., 2003; Villeneuve Cyr et Hébert, 2011; Zinzow et al., 2010). Cependant, le lien entre ces variables n'a pas été clarifié à ce jour, ni même leur impact sur la symptomatologie des enfants victimes d'AS.

La présente étude a pour but d'examiner les problèmes de comportement intériorisés (p.ex : anxiété, dépression) et extériorisés (p.ex : troubles de la conduite) chez les enfants victimes d'AS. Des facteurs pouvant influer sur l'intensité de ces difficultés au niveau des comportements seront explorés, notamment le genre de l'enfant victime, son sentiment de culpabilité puis, le sentiment de culpabilité du parent non-agresseur à la suite du dévoilement. Pour ce faire, un modèle d'analyse acheminatoire des problèmes de comportements intériorisés et extériorisés de l'enfant victime d'AS en fonction de son sentiment de culpabilité et du sentiment de culpabilité du parent non-agresseur a été testé.

CHAPITRE I
ÉTAT DES CONNAISSANCES

Le chapitre I présentera l'état des connaissances sur les conséquences d'une agression sexuelle (AS) subie durant l'enfance puis abordera les études ayant exploré l'influence du sentiment de culpabilité sur les conséquences. Les concepts-clés, soit les définitions, la prévalence et les conséquences de l'AS, le sentiment de culpabilité puis les limites des études existantes sur le sujet, sont également élaborés dans ce chapitre.

1.1 Définitions

Deux thèmes principaux se regroupent dans ce projet de mémoire soient : l'AS et le sentiment de culpabilité. Il paraît donc pertinent de définir ces concepts pour une meilleure compréhension de leur sens dans ce travail.

1.1.1 Définition de l'agression sexuelle

Il est possible d'observer dans les études un manque de consensus dans la manière de définir ce concept. Notamment, certaines définitions de l'AS ont diverses interprétations concernant les gestes posés envers la victime (par ex. attouchements) puis d'autres sont plus étendues et ne démontrent pas de critères unanimes (par ex. l'absence de consentement; Putnam, 2003). Ces disparités de définitions des AS pourraient expliquer les dissimilitudes observées au niveau des résultats dans les études scientifiques (Tourigny et Baril, 2011). La définition des *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* semble comprendre à la fois les notions de gestes à caractère sexuel avec ou sans contact physique, ainsi que la nature du lien non-égalitaire entre l'agresseur et la victime. Utilisée dans le cadre de ce présent mémoire, l'AS renvoie à la définition suivante :

> Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par la manipulation affective ou par 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 la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression

> sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne (Gouvernement du Québec, 2001, p.22).

Les gestes à caractère sexuel peuvent prendre plusieurs formes et être de sévérité différente. Notamment, on y retrouve des actes avec pénétration (acte de pénétration du vagin ou de l'anus en utilisant une partie du corps (pénis, doigt, langue) ou un objet, contacts oraux-génitaux), avec tentative de pénétration (attouchements sexuels commis dans l'intention de commettre une pénétration, mais qui n'a pas été complétée), attouchements sexuels commis directement sur la victime ou par-dessus les vêtements (baisers, caresses, masturbation, frotteurisme) et sans contact physique (exposition à des actes sexuels, exhibition, inciter un enfant à se toucher, voyeurisme, enregistrement visuel d'un enfant dans un contexte sexuel).

1.1.2 Définition du sentiment de culpabilité

Afin de bien comprendre la présence d'un sentiment de culpabilité, il est nécessaire de déconstruire le concept d'attribution. Le concept d'attribution (interne ou externe) fait référence au processus par lequel l'individu perçoit puis interprète les comportements et les événements en inférant les causes de la situation. Par exemple, une victime d'AS pourrait interpréter que l'AS est survenue par sa faute (attribution interne) ou par la faute de l'agresseur (attribution externe). De ces attributions internes découlerait un sentiment de culpabilité.

Le sentiment de culpabilité est défini comme un sentiment négatif chez l'individu qui estime qu'il aurait dû ressentir, penser ou agir autrement (Kubany et Watson, 2003). C'est le sentiment d'être fautif et d'avoir fait quelque chose de mal. En d'autres mots, le sentiment de culpabilité est une composante d'émotions autodirigées optée par l'individu afin de s'adapter à un événement de vie adverse. En effet, bien que le sentiment de culpabilité soit une stratégie d'évitement (par ex. distanciation), ce moyen d'adaptation permet à l'individu de ne pas se trouver confronté à un traumatisme. Cependant, l'utilisation de cette stratégie d'adaptation peut être dommageable à long terme et contribuer à l'apparition de problèmes de comportement intériorisés chez les jeunes victimes d'AS (Hébert, 2014). Ainsi, dans ce mémoire, le sentiment de culpabilité sera mis en avant plan.

1.2 Prévalence et conséquences liées à l'agression sexuelle

L'agression sexuelle (AS) est un phénomène répandu qui touche 7,6 à 7,9 % des garçons et 18,0 à 19,7 % des filles de moins de 18 ans à l'échelle mondiale (Stoltenborgh et al., 2015). Selon l'Institut national de santé publique du Québec (2022), les filles ou les femmes représentent la population la plus vulnérable à subir une AS (90%). Il faut tout de même prendre en compte que les garçons sont victimes d'un nombre considérable d'AS, particulièrement avant l'adolescence (Institut national de santé publique du Québec, 2022).

La victimisation sexuelle peut entraîner différentes répercussions délétères sur la santé physique et psychologique à l'âge adulte. Notamment, une recension des écrits sur l'impact de l'AS à l'enfance chez les adultes révèle que ces victimes sont davantage prédisposées à montrer des symptômes associés à la dépression, au trouble de stress post-traumatique (reviviscences, évitement, hypervigilance), à la somatisation et aux troubles alimentaires (Fergusson et al., 2013). Les problèmes sexuels, les idéations suicidaires, la revictimisation et l'abus de substance ne sont que d'autres conséquences répertoriées à l'âge adulte (Berthelot et al., 2014). Il appert donc essentiel d'augmenter les connaissances sur la problématique afin d'intervenir de manière préventive auprès des victimes d'AS en regard des conséquences à plus long terme.

À ce jour, la littérature scientifique visant à étudier les conséquences d'une AS sur les enfants victimes est moins représentée. Des auteurs différencient les problèmes de comportement selon leur nature intériorisée ou extériorisée (Achenbach et Rescorla, 2001). Les problèmes de comportement intériorisés sont définis comme étant l'ensemble des conséquences vécues au niveau interne par la victime. Entre autres, les problèmes de comportement intériorisés concernent des symptômes de stress post-traumatique, des symptômes de dépression et de l'isolement social (Achenbach et Rescorla, 2001; Berliner, 2011; Hébert et al., 2006). Notamment, une revue systématique ayant pour but de clarifier les résultats obtenus dans la littérature scientifique sur la portée de l'AS à l'enfance, révèle que le fait d'avoir subi une AS à l'enfance est un facteur de risque significatif au développement d'une dépression chez la victime (Maniglio, 2010). Par le fait même, Berliner (2011) identifie des distorsions cognitives chez l'enfant victime d'AS. Particulièrement, la perception que l'enfant a de soi, des autres et du monde serait parfois influencée par les altérations de jugements, ce qui pourrait le mener à entretenir multiples émotions

difficiles, dont la honte, la culpabilité et l'impuissance. Quant aux problèmes de comportement extériorisés, ceux-ci se caractérisent par des comportements générant des conflits avec autrui, des comportements délinquants, de l'agressivité et les sentiments de colère (Achenbach et Rescorla, 2001; Berliner, 2011; Hébert et al., 2006). Des études portant sur les enfants victimes d'AS révèlent que ces victimes sont plus à risque de présenter de la colère, des relations interpersonnelles dysfonctionnelles, des comportements agressifs et opposants comparativement aux enfants n'ayant pas subi d'AS (Brière et Elliot, 2001; Browne et Finkelhor, 1986; Wolfe, 1999).

Une grande hétérogénéité existe également dans les profils symptomatiques des enfants victimes d'AS. Notamment, certaines victimes ne présentent pas ou peu de symptômes lors de l'évaluation clinique et seraient alors perçus comme des victimes ayant une bonne capacité de résilience face à un trauma (Daignault et Hébert, 2009; Hébert et al., 2006; Meng et al., 2018; Monette et al., 2008; Putnam, 2003; Yancey et al., 2011). Les données suggèrent qu'environ 20% à 45% des victimes d'AS ne démontreront pas de symptômes d'intensité clinique et qu'ils maintiendront un fonctionnement normal à l'âge adulte (Domhardt et al., 2015). Les conséquences négatives associées à une AS vécue durant l'enfance peuvent varier selon les caractéristiques de la victime (âge au moment de l'agression et le genre de la victime), les caractéristiques de l'AS (sévérité, durée, chronicité des gestes et relation de proximité agresseur-enfant) puis les ressources accessibles (famille, environnement, organismes, etc.). Par exemple, des études s'intéressant aux conséquences des victimes d'AS révèlent qu'une AS sévère serait lié à une détresse plus importante, un plus haut niveau de sentiment de culpabilité, à l'utilisation de stratégies d'adaptations inadaptées et à plus de symptômes de stress post-traumatique chez la victime (Fillipas et Ullman, 2006; Kendall-Tackett et al., 1993, Yancey et Hansen, 2010).

Bien qu'il y ait présence de désaccord dans les écrits, divers auteurs caractérisent la résilience comme une habileté de l'individu à exploiter ses facteurs de protection de façon à conserver ou retrouver un fonctionnement approprié à la suite d'un événement de vie adverse ou traumatique (Meng et al., 2018). Plusieurs études scientifiques ont observé les facteurs de protection pouvant être liés à la résilience pour un rétablissement plus positif de l'enfant victime. Parmi ces facteurs, les qualités individuelles (bonne estime de soi, bonne introspection), familiales (soutien) et communautaires (ressources) sont généralement liées à une meilleure adaptation des conséquences chez les enfants ayant vécu un événement de vie adverse (McCarthy et al., 2019). Par exemple,

l'étude de Daignault et al. (2008) a observé les facteurs de résilience auprès de 86 adolescentes victime d'AS, étant dans les services de la Protection de la jeunesse du Québec. Les résultats révèlent que l'empowerment, soit une dynamique individuelle de pouvoir d'agir, et la confiance interpersonnelle associée à la famille, seraient liées significativement à la résilience.

Afin d'apporter un éclairage sur les éventuelles cibles d'intervention à privilégier auprès des enfants victimes d'AS, il est pertinent d'explorer davantage les facteurs associés aux conséquences. Une telle analyse permet en effet l'identification de facteurs clés à considérer dans les interventions sexologiques à promouvoir auprès des enfants victimes d'AS.

1.3 Influence du sentiment de culpabilité sur les conséquences associées à l'agression sexuelle

Les attributions internes seraient des facteurs d'influence sur l'apparition de conséquences négatives chez la victime suite à une AS (Zinzow et al., 2010). Des études ont démontré qu'à la suite d'une AS, la plupart des victimes serait susceptible de développer un sentiment de culpabilité, ce qui contribue au développement des conséquences chez la victime (Melville et al., 2014; Feiring et Cleland, 2007; Zinzow et al., 2010). Une recension des écrits sur le rôle potentiel de la stigmatisation sur les femmes ayant été victimes d'AS à l'enfance révèle que le sentiment de culpabilité serait lié à de multiples conséquences négatives dont les symptômes de stress post-traumatique, la dysrégulation émotionnelle et des stratégies d'adaptation inadaptées (Kennedy et Prock, 2018). Par ailleurs, certaines études ont révélé que le sentiment de culpabilité entretenu à la suite d'une AS serait lié au développement de symptômes post-traumatique, aux symptômes de dépression et à des idéations suicidaires auprès des adolescentes victimes (Feiring et Cleland, 2007; Ullman et Najdowski, 2009; Ullman et al., 2007). Une autre étude sur les adolescentes victimes d'AS appuie les résultats en révélant que le sentiment de culpabilité face à l'AS est un facteur prédictif au développement des symptômes dépressifs, dont des idéations suicidaires 6 mois après l'événement (Alix et al., 2020).

Un individu qui s'attribue généralement les causes d'un événement perçu comme un échec est plus susceptible de ressentir un sentiment de culpabilité et donc, d'employer des stratégies d'adaptation inadaptées (Alix et al., 2019). Dans le cas d'une AS, l'attribution interne de cet événement peut être difficile à gérer pour la victime, la menant ainsi à opter vers des stratégies d'adaptation

inadéquates pour fuir les pensées et les sentiments désagréables par exemple (Gauthier-Duchesne et al., 2017). Ainsi, un sentiment de culpabilité persistant chez une victime d'AS l'amènerait à utiliser des stratégies d'évitement (p.ex : essayer d'oublier l'AS) au lieu des stratégies d'adaptation plus adéquates, augmentant ainsi les symptômes d'anxiété et diminuant l'estime de soi (Gauthier-Duchesne et al., 2017; Simon et al., 2014).

Une recension des écrits empiriques sur les médiateurs pouvant influencer le lien entre l'AS à l'enfance et la détresse émotionnelle à l'âge adulte, révèle que le sentiment de culpabilité face à l'événement d'AS, en plus d'autres difficultés personnelles, serait un facteur de risque potentiel au développement de détresse émotionnelle à l'âge adulte (Whiffen et Macintosh, 2005). Également, Monette et al. (2006) ont exploré les déterminants liés aux problèmes de comportement auprès de 158 adolescentes victimes d'AS âgées de 13 à 17 ans. Les participantes devaient avoir vécu une AS confirmée par différents services de la protection de la jeunesse (p. ex : Centre jeunesse de Montréal, Centre jeunesse de l'Estrie, etc.). Cette étude transversale a révélé que lorsqu'il y a présence d'un sentiment de culpabilité, les victimes démontrent plus de problèmes intériorisés (p. ex : dépression et anxiété) comparativement à celles qui ne s'attribuent pas les causes de l'événement. D'ailleurs, une étude longitudinale a analysé les conséquences d'une AS chez 160 jeunes victimes âgées de 8 à 15 ans, provenant majoritairement (95%) des services de la protection de la jeunesse ou d'une clinique médicale visant à contrer la maltraitance, pour une durée de six ans. Cette étude rapporte que les adolescent.es ont plus de risque de développer des symptômes dépressifs et d'avoir une faible estime de soi s'ils.elles s'attribuent les causes de l'événement comparativement aux adolescent.es qui ne ressentent pas de sentiment de culpabilité envers l'AS (Feiring et Cleland, 2007). Cette même étude observe que le sentiment de culpabilité peut avoir tendance à diminuer à travers le temps, mais prédit tout de même les symptômes de dépression ainsi que les symptômes de stress post-traumatique, et ce, six ans après l'événement d'AS.

Ainsi, le sentiment de culpabilité conduirait à de nombreux effets néfastes chez les jeunes victimes d'AS tels que des symptômes dépressifs et anxieux et/ou des troubles de la conduite, et ce, à long terme. Toutefois, les facteurs qui prédisent ce sentiment de culpabilité semblent être moins bien définis. En ce sens, les possibles déterminants, soit le genre de l'enfant victime d'AS puis le sentiment de culpabilité du parent à la suite d'un dévoilement de son enfant, seront élaborés dans les sections suivantes.

1.4 Sentiment de culpabilité selon le genre de la victime d'agression sexuelle

Malgré l'accroissement des études scientifiques sur les conséquences des victimes d'AS, les études sur les différences selon le genre de la victime sont plutôt rares. Quelques études portant sur les enfants victimes d'AS et incluant un groupe de comparaison révèlent que les filles démontreraient plus de problèmes de comportement intériorisés et les garçons afficheraient plus de problèmes de comportements extériorisés, alors que d'autres études observent des résultats divergents (Banyard et al., 2004; Blain et al., 2010; Fergusson et al., 2013; Gauthier-Duchesne, 2016; Hébert et al., 2014; Villeneuve Cyr et Hébert, 2011). Quant à une conséquence plus spécifique, les sentiments de culpabilité peuvent aussi se distinguer selon le genre de la victime d'AS. En général, lorsqu'un événement aversif survient, les filles s'attribueraient davantage les causes de l'événement comparativement aux garçons et donc, auraient davantage de sentiment de culpabilité face à l'événement vécu (Feiring et al., 2002). Une étude a tenté d'identifier, auprès d'un échantillon de 218 victimes d'AS âgées entre 4 et 17 ans, les prédicteurs des conséquences associées à l'AS chez des enfants, soit le sentiment de culpabilité et les difficultés de comportement intériorisés (Quas et al., 2003). Les résultats de cette étude révèlent que parmi les victimes d'AS, les filles seraient plus souvent victimes d'une AS impliquant un agresseur intrafamilial. Ainsi, elles seraient plus sujettes à subir des AS sur une plus longue durée, ce qui engendrerait un effet plus important sur le sentiment de culpabilité et les problèmes de comportements intériorisés relativement aux garçons (Quas et al., 2003). D'un autre côté, les garçons ayant subi une AS impliquant l'utilisation de la force par l'agresseur pourraient penser qu'ils n'ont pas été assez forts pour faire cesser l'AS, ce qui pourrait mener à vivre un plus grand sentiment de culpabilité (Quas et al., 2003). Toutefois, les garçons n'ayant pas été forcés à se soumettre à l'AS pourraient percevoir cette absence de résistance de la part de l'agresseur comme un indicatif qu'ils prenaient part à ce passage à l'acte, ce qui peut les mener à développer un sentiment de culpabilité face à l'avènement de l'AS (Quas et al., 2003).

Des résultats contradictoires émergent concernant l'influence du genre sur le sentiment de culpabilité éprouvé chez la victime d'AS. Notamment, l'étude longitudinale de Feiring et Cleland (2007) révèle une absence de relation entre le sentiment de culpabilité ressenti et le genre de la victime. Par le fait même, une étude a examiné le rôle médiateur des stratégies d'évitement dans l'association entre le sentiment de culpabilité et les conséquences associées à l'AS chez 447 enfants

victimes âgées de 6 à 12 ans (Gauthier-Duchesne et al., 2017). Les résultats de l'étude révèlent que le sentiment de culpabilité serait similaire chez les filles et les garçons (Gauthier-Duchesne et al., 2017). Par contre, Ullman et Filipas (2005) ont analysé les différences chez 733 collégien.nes victimes d'AS à l'enfance, particulièrement sur les aspects de stratégies d'adaptation, le dévoilement, les réactions sociales à la suite d'un dévoilement et les symptômes de stress post-traumatique. Les résultats de l'étude révèlent que les femmes qui ont été victimes d'AS à l'enfance rapporteraient un plus fort sentiment de culpabilité comparativement aux hommes victimes d'AS, et ce, rapidement à la suite de l'événement. Cependant, il est à ce jour difficile de déterminer si le sentiment de culpabilité des enfants et des adultes victimes d'AS est maintenu de la même manière chez l'individu.

Ainsi, ces résultats divergents justifient la nécessité d'explorer davantage les possibles différences de genre quant au sentiment de culpabilité dans les études portant sur les AS survenues durant l'enfance. Essentiellement, ces nouvelles connaissances pourront offrir des pistes pour rendre les interventions plus adaptées selon le genre de la victime d'AS.

1.5 Sentiment de culpabilité du parent à la suite d'un dévoilement d'agression sexuelle

Recevoir un dévoilement d'AS par son enfant est une expérience saisissante et un facteur de stress important (Elliott et Carnes, 2001). En effet, la détresse psychologique, l'état de stress post-traumatique et la dépression sont les conséquences les plus fréquemment répertoriées chez ces parents non-agresseurs à la suite d'un dévoilement (Elliott et Carnes, 2001). Plus précisément, des études ont révélé la présence de symptômes de détresse psychologique chez les mères recevant un dévoilement d'AS de leur enfant ainsi que chez les pères (Cyr et al., 1999; Hébert et al., 2007). Cyr et ses collègues (2014) retrouvent également des symptômes de stress post-traumatique cliniquement significatif chez 13% de leur échantillon. Aussi, Santa-Sosa et al. (2013) observent que 22% des mères de leur échantillon présentent des symptômes de dépression, comparativement à 10% des mères de la population générale. Quant aux pères non-agresseurs, le peu d'études sur le sujet dénote que ces derniers entretiennent moins de symptômes de stress post-traumatique, davantage de symptômes dépressifs et un plus haut niveau de sentiment de colère envers l'auteur d'AS comparativement aux mères non-agresseures à la suite d'un dévoilement d'AS de leur enfant (Cyr et al., 2016; Hébert et al., 2011; McElvaney & Nixon, 2020; Kelley, 1990). Également, les

réactions des parents non-agresseurs à la suite d'un dévoilement d'AS de leur enfant s'apparentent à un traumatisme secondaire dû à la nature intrusive de l'AS, ce qui peut avoir un impact significatif sur leur capacité à soutenir et accompagner leur enfant dans sa trajectoire de rétablissement (Carvalho et al., 2009; Elliott et Carnes, 2001). D'ailleurs, le fondement théorique des dynamiques traumatisantes de Finkelhor et Browne (1985), affirme que lorsque les réactions de l'entourage immédiat de la victime ne tiennent pas compte de ses besoins, un sentiment d'impuissance peut se développer chez la victime (Finkelhor et Browne, 1985). Ainsi, il est possible de croire que lorsqu'un parent devient indisponible à soutenir son enfant victime dû à la présence d'une détresse psychologique à la suite d'un dévoilement d'AS, le sentiment de culpabilité de l'enfant peut s'exacerber. De plus, l'indisponibilité émotionnelle de la mère à la suite d'un dévoilement d'AS peut créer un sentiment de trahison et de perte d'une figure importante chez l'enfant victime. En réaction à cette trahison, des problèmes de comportement hostile, de la colère, de l'isolement et des symptômes dépressifs peuvent se développer chez la victime (Finkelhor, 1986).

Peu d'études ont exploré l'influence du sentiment de culpabilité du parent à la suite d'un dévoilement d'AS sur le sentiment de culpabilité ressenti chez l'enfant victime. Notamment, le sentiment de culpabilité du parent lors d'un dévoilement pourrait provenir du fait qu'il.elle n'a pas pu et su protéger son enfant puis n'a pas su être responsable de son bien-être (Allard, 2014; Paillat, Rasho et Guarnaccia, 2020). Une étude a observé que deux tiers des mères de leur échantillon, soit 11 mères, ressentent un sentiment de culpabilité face au manque de vigilance envers l'AS de leur enfant (Proulx-Beaudet, 2019). Le sentiment de culpabilité peut atteindre largement les compétences parentales de sorte qu'il arrive que les parents ne sachent plus comment manifester du soutien à leur enfant victime (Romano, 2013). D'ailleurs, une recension des écrits examinant le lien entre les enfants victimes d'AS, les attributions ainsi que leur rétablissement, suggère que le sentiment de culpabilité de l'enfant victime envers l'AS serait modulé selon les réactions des individus significatifs de son environnement (Valle et Silvosky, 2002). En effet, les enfants pourraient se fier sur l'aide offerte des parents pour mieux comprendre l'événement vécu. Ainsi, lorsqu'un parent rend responsable l'enfant de l'AS qu'il a subi, donc, ne ressent pas de sentiment de culpabilité envers l'AS de son enfant, le niveau de sentiment de culpabilité de l'enfant pourrait augmenter (Quas et al., 2003).

Parallèlement, une étude qualitative a observé les facteurs contextuels qui pourraient jouer un rôle sur le niveau de sentiment de culpabilité de la mère envers l'AS subie par son enfant, alors que l'agresseur était son partenaire (Carvalho et al., 2009). Les résultats révèlent que les croyances de notre société relatives à la figure maternelle font valoir aux mères un modèle de leur rôle parental. Ainsi, lorsqu'il y a discordance de ce standard, ces dernières se culpabilisent. En ce sens, lorsque leur enfant subit des événements aversifs, dont une AS, les mères se responsabilisent généralement. Par le fait même, lorsque les mères sont tenues responsables des AS subies par leur enfant, elles pourraient subir un traumatisme secondaire menant ainsi à une indisponibilité émotionnelle envers leur enfant victime. Plus spécifiquement, les dix mères de l'échantillon ont mentionné éprouver une détresse significative, dont des symptômes intrusifs et d'évitement instantanément à la suite du dévoilement d'AS de leur enfant et 1 an après l'événement (Carvalho et al., 2009). De surcroît, les résultats révèlent que les mères non-agresseures entretenaient un sentiment de culpabilité suite à l'AS de leur enfant en raison de la confiance qu'elles attribuent envers le partenaire pour s'occuper de cet enfant ou en raison de leur incapacité à savoir intuitivement que l'AS s'était produite (Carvalho et al., 2009). Ainsi, les résultats suggèrent que lorsqu'une mère entretient un sentiment de culpabilité face à l'AS de son enfant, son état émotionnel peut témoigner d'une détresse importante, ce qui pourrait l'empêcher d'offrir un soutien optimal pour l'enfant, qui pourrait donc développer des problèmes de comportements plus sévères.

En ce qui a trait aux pères non-agresseurs, une étude qualitative ayant pour objectif de décrire les réactions vécues des pères non-agresseurs face au dévoilement d'AS de leur enfant, révèle que plus de la moitié des pères de leur échantillon, soit 9 pères non-agresseurs, ont nommé entretenir un sentiment de culpabilité depuis le dévoilement de l'AS de leur enfant (Allard, 2014). En effet, plusieurs d'entre eux associent leur sentiment de culpabilité au fait qu'ils n'ont pas été à la hauteur de leur rôle de père, qui est de protéger sa famille (Allard, 2014). Cependant, le manque d'études sur le sujet ne permet pas d'examiner en profondeur les réactions des pères non-agresseurs à la suite du dévoilement d'AS de leur enfant ni le lien avec les conséquences de l'enfant victime.

En somme, de multiples facteurs peuvent influer sur le niveau de sentiment de culpabilité de l'enfant victime d'AS et donc, sur les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés. Il est important de noter que les études actuelles ont généralement considéré uniquement l'un des

facteurs présentés. Ainsi, pour pallier cette limite, ce projet de mémoire tentera d'explorer plusieurs facteurs dans un modèle intégratif.

CHAPITRE II
CADRE CONCEPTUEL

Des fondements conceptuels ont été ciblés pour l'élaboration d'un modèle intégrateur, soient des modèles explicatifs des conséquences de l'AS. Ces derniers seront présentés dans ce chapitre.

2. Fondements conceptuels sur les conséquences liées à l'agression sexuelle

Deux grandes approches théoriques sont particulièrement pertinentes dans les écrits portants sur les AS afin d'expliquer l'émergence des conséquences dues à l'AS chez les enfants victimes ainsi que l'hétérogénéité des profils : le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994) et le modèle des dynamiques traumagéniques (Finkelhor et Browne, 1985).

De surcroît, la théorie de l'apprentissage social de Bandura semble intéressante à élaborer dans cette étude pour expliquer les facteurs pouvant influer les comportements chez les enfants confrontés à des événements stressants.

Afin d'élaborer un modèle intégrateur pour ce mémoire, certaines variables utilisées dans ces approches ont été retenues.

2.1 Modèle transactionnel de Spaccarelli

Le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994) présente divers facteurs pouvant influencer l'apparition de conséquences psychologiques vécues chez les enfants victimes d'AS (voir Figure 2.1). Il existerait, selon ce modèle, deux variables qui sont directement liées aux conséquences d'une AS, soient les stratégies d'adaptation et les attributions des enfants. La première variable fait référence aux gestes et aux attitudes que l'enfant opte à la suite d'une AS pour se préserver du danger perçu dans l'environnement. Notamment, l'enfant peut devenir hypervigilant et peut même exercer de l'évitement. La seconde variable s'inscrit dans la manière dont l'enfant va évaluer et percevoir l'AS qu'il a subi (p. ex : sentiment de culpabilité, diminution de l'estime de soi).

Ces variables seraient influencées par des « stresseurs » en lien avec l'AS qui auraient une incidence sur l'adaptation des enfants victimes, soit les caractéristiques de l'AS, les événements

entourant l'AS et les événements entourant le dévoilement de l'AS. Plus précisément, les « stresseurs » associés aux caractéristiques de l'AS sont (1) l'exposition à une sexualité inappropriée sur le plan développemental, incluant la sévérité et la durée des AS (2) la coercition soit, l'usage de la force ou de menace pour contraindre l'enfant (3) le dénigrement, notamment, l'obligation de garder le secret (4) la nature du lien de proximité avec l'agresseur (intrafamiliale ou extrafamiliale). Quant à ceux associés aux événements entourant l'AS, le dysfonctionnement familial, l'absence de soutien maternel envers la victime lors d'un dévoilement d'AS vécue et l'isolement social sont des exemples. Tout compte fait, plus un enfant fait face à différents « stresseurs », plus le risque de présenter des difficultés d'adaptation augmente (Hébert et al., 2011; Spaccarelli, 1994).

En supplément, ce modèle inclut les variables de soutien ainsi que des variables modératrices (ex : l'âge et le genre de l'enfant victime d'AS) et les identifient comme des facteurs influençant les conséquences d'une AS. L'assortiment de ces facteurs individuels et environnementaux permet de comprendre les conséquences perçues chez l'enfant suite à un événement stressant telle qu'une AS. Dans cette étude, les variables suivantes ont été intégrées afin de créer le modèle intégrateur : les attributions de l'enfant et le genre de la victime. Étant donné que le parent non-agresseur est une source de soutien disponible pour l'enfant victime et afin de prendre en compte les effets des événements entourant l'AS, le parent non-agresseur a également été considéré dans le modèle intégrateur. Spécifiquement, le sentiment de culpabilité du parent non-agresseur à la suite d'un dévoilement d'AS de son enfant sera intégré dans ce présent modèle afin d'évaluer son impact dans l'ensemble des conséquences observables chez la victime.

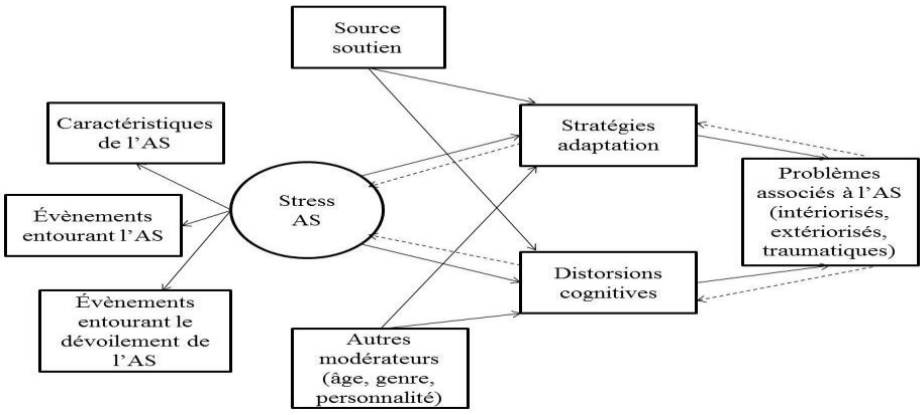


Figure 2.1 Modèle transactionnel de Spaccarelli (1994)

2.2 Modèle des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne

Le modèle de Finkelhor et Browne (1985) propose quatre dynamiques traumagéniques expliquant la diversité des conséquences chez les enfants victimes d'AS. En premier lieu, la *sexualisation traumatisante* implique une sexualité inadaptée que l'on peut retrouver chez l'enfant selon son stade de développement. Par exemple, lorsque l'agresseur a pour but de déclencher une réponse sexuelle chez l'enfant, cela peut mener à une perturbation du soi et un sentiment d'être fautif chez l'enfant. De ce fait, l'enfant se sent plus engagé dans la relation sexuelle lorsqu'il y a une sensation physique, provoquant ainsi chez lui un sentiment de confusion et de culpabilité. Ensuite, la *stigmatisation* concerne les comportements et commentaires de l'agresseur (ex : dénigrement, imposer le silence et le secret) ou de l'entourage de la victime (ex. : blâmer la victime) pouvant blesser l'enfant. En effet, lorsque l'enfant se perçoit responsable de l'AS subie, un sentiment de culpabilité et de honte peuvent se développer face à cet événement. La *trahison* signifie qu'au moment de l'AS, la victime prend conscience qu'une personne en qui elle a confiance la trahit, ce qui peut rendre ardues les relations de confiance avec autrui. Ce sentiment de trahison peut aussi être vécu envers des membres de la famille de la victime, par exemple, lorsque la victime n'est pas crue. Finalement, l'*impuissance* fait référence au fait que la volonté, le désir de contrôle et le sentiment d'efficacité ont été enfreints chez l'enfant et que son espace corporel a été envahi sans que la victime y consente. Ainsi, l'enfant pourrait ressentir une peur de se faire blesser s'il ne collabore pas à l'AS.

Ce modèle permet d'expliquer comment et pourquoi l'événement d'AS peut entrainer des conséquences à l'enfance qui se poursuivent dans la vie adulte de la victime. Ce dernier propose de saisir les conséquences des AS dans l'ensemble plutôt que d'y voir des facteurs distincts, ce qui facilite l'analyse des données. Ainsi, ces dynamiques traumagéniques servent d'appui pour comprendre les effets néfastes potentiels de l'AS sur le développement des conséquences chez l'enfant victime. Plus précisément, celui-ci permet d'examiner comment l'AS se transpose dans la manifestation du sentiment de culpabilité de l'enfant pour ensuite altérer son rétablissement.

En ce sens, les dynamiques référant aux concepts de stigmatisation, de trahison et d'impuissance semblent pertinentes dans le cadre de cette présente étude, précisément au niveau des réactions des

personnes significatives à la suite d'un dévoilement, de la confiance interpersonnelle et du sentiment de culpabilité.

2.3 La théorie de l'apprentissage social de Bandura

La théorie de l'apprentissage social de Bandura (1979) stipule que l'observation, le modelage et l'imitation des comportements, des attitudes et des réactions émotionnelles des autres sont indispensables à l'apprentissage. Cette théorie met en lumière la façon dont les facteurs environnementaux et cognitifs interagissent pour influencer l'apprentissage et le comportement humain. À la base de cette théorie, le modelage ou l'apprentissage vicariant, résulte de l'imitation par observation d'une personne significative qui réalise le comportement souhaité selon la situation. Notamment, en observant son parent, l'enfant est guidé et peut choisir de retirer une réaction émise face à un événement puis utiliser ce nouveau comportement acquis. En effet, ce concept suggère que les enfants peuvent développer de nouveaux comportements en observant le renforcement reçu par les autres, en plus d'apprendre par leurs expériences. En d'autres mots, c'est en observant leurs parents que les enfants font des apprentissages pour finalement reproduire les comportements. En plus de permettre l'acquisition d'un nouveau comportement, le modelage peut influencer des choix émotionnels des enfants à travers l'observation des expressions affectives de son entourage. À titre d'exemple, les mères qui expriment un haut degré d'émotions négatives, tel que de la culpabilité, face à un événement stressant peuvent encourager l'enfant à adopter cette émotion et ainsi penser que ce soit approprié selon la situation vécue.

De plus, la théorie propose que l'apprentissage soit influencé selon la relation de soutien entre un parent et son enfant. Plus précisément, une relation de soutien positive entre le parent et l'enfant offre à l'enfant la possibilité d'exprimer ses émotions et ainsi déterminer des stratégies d'adaptation adéquate pour surmonter la situation stressante. D'ailleurs, les stratégies d'adaptation utilisées par les parents, les répercussions d'un événement stressant subi par l'enfant puis l'environnement familial, orientent les stratégies d'adaptation optées par l'enfant.

Dans cette optique, il apparaît pertinent d'inclure le concept de modelage, principalement l'effet des réactions émotionnelles des parents face à un événement stressant, ainsi que les facteurs

environnementaux, pour évaluer leur rôle potentiel dans la symptomatologie des enfants victimes d'AS.

CHAPITRE III
OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

Ce chapitre présentera les objectifs et hypothèses de l'étude.

Le premier objectif de ce mémoire est d'évaluer si le sentiment de culpabilité du parent non-agresseur à la suite d'un dévoilement de son enfant et le sentiment de culpabilité de l'enfant victime d'AS influencent le niveau de gravité des conséquences intériorisées et extériorisées. Le second objectif est d'observer les différences entre les sexes au niveau des problèmes de comportement des enfants victimes d'AS. Afin de pallier les limites des études sur le sujet de l'AS, ce présent mémoire inclura un nombre considérable de garçons victimes d'AS dans son échantillon afin d'observer plus vraisemblablement les différences entre les sexes. Par ailleurs, cette étude évaluera les variables du sentiment de culpabilité et des problèmes de comportement peu de temps après l'événement d'AS afin d'obtenir davantage de données probantes relatives à ces variables.

À la suite de certains résultats évoqués dans l'état des connaissances et à l'aide de modèles théoriques présentés, un modèle d'analyse acheminatoire (*Path analysis*) sur les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés chez l'enfant victime d'AS en fonction de son sentiment de culpabilité et du sentiment de culpabilité du parent non-agresseur a été créé et sera testé (voir Figure 3.1).

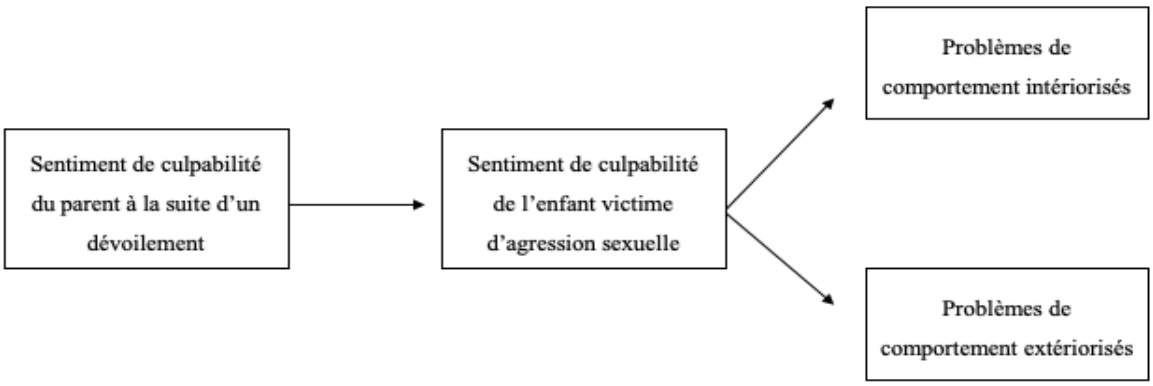


Figure 3.1 Modèle acheminatoire pour les filles et les garçons victimes d'AS

Dans ce modèle intégrateur, le sentiment de culpabilité du parent à la suite d'un dévoilement d'AS de son enfant est considéré comme étant un prédicteur, le sentiment de culpabilité de l'enfant victime d'AS comme un médiateur et les problèmes de comportement comme résultat. Ainsi, le sentiment de culpabilité du parent devrait être positivement associé au sentiment de culpabilité de l'enfant victime d'AS, qui devrait à son tour influencer positivement les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés de l'enfant victime.

La première hypothèse de l'étude serait qu'un niveau de sentiment de culpabilité du parent élevé serait associé à un niveau du sentiment de culpabilité de l'enfant plus faible ainsi que des problèmes de comportement intériorisés et extériorisés manifestés par l'enfant. La deuxième hypothèse de l'étude serait que le genre de la victime serait associé à la sévérité des manifestations des conséquences observées à la suite d'une AS.

CHAPITRE IV
MÉTHODOLOGIE

Le chapitre IV dressera la méthodologie utilisée pour obtenir les résultats de recherche, dont une description des instruments de mesure et des procédures puis les stratégies d'analyses.

Cette recherche transversale a été basée sur l'analyse des données du premier cycle d'une plus vaste étude longitudinale intitulée *Documenter les trajectoires de guérison et optimiser le traitement des enfants et des adolescent.es victimes d'agression sexuelle,* subventionnée par les Instituts de recherche en santé du Canada et dirigée par Martine Hébert. Les questionnaires utilisés pour l'étude ont été remplis par les enfants et les parents non-agresseurs.

4.1 Participants

L'échantillon comprend 1066 enfants (750 filles et 316 garçons), âgé.es de 6 à 12 ans ayant été victimes d'AS. Les critères de sélection pour l'étude étaient d'avoir été victime d'AS et d'être âgé.e de moins de 12 ans. Les participants.es devaient parler français ou anglais afin de comprendre la nature de l'étude et les questions posées. Les enfants ayant une déficience intellectuelle sévère ou un retard significatif du langage restreignant la possibilité de remplir les questionnaires ont été exclus de l'étude. De plus, les enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme ont été exclus de l'étude considérant leur taux élevé de problèmes de comportement extériorisés. Pour pouvoir participer à l'étude, les familles devaient obtenir les services d'un des milieux sélectionnés. Les gestes identifiés comme étant une AS sont : le voyeurisme (exposition des parties génitales de l'enfant sans toucher) l'exhibitionnisme (exposition des parties génitales de l'agresseur sans toucher), les baisers, l'exposition à du matériel pornographique, le contact physique par-dessus et sous les vêtements (masturbation ou caresses), attouchements génitaux, contact oral-génital, pénétration ou tentative de pénétration (orale, vaginale, anale, digitale ou avec un objet). Le recrutement était sous forme non probabiliste de convenance et s'est réalisé auprès de familles consultant des centres spécialisés pour les victimes d'AS dont le Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille (CIASF), le Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ), la Fondation Marie-Vincent (FMV) et la

Clinique de pédiatrie sociojuridique du CHU Sainte-Justine (CHU-SJ). La majorité des victimes sont des filles (70,4%) canadiennes (82,8%). La majorité des parents accompagnateurs sont leur mère biologique (75,2% ; belle-mère, 1% ; autre, 6,1%) et 10,5% sont leur père biologique. Le parent était monoparental (38,5%) et exerçait un emploi rémunéré (49%). Au total, 61,7% des enfants ont subi une AS grave (pénétration ou tentative de pénétration) et 36% des AS étaient chroniques. La majorité des AS ont été perpétrées par un membre de la famille (73,8% ; père, 15,8% ; beau-père, 11,1% ; frères et sœurs, 20,5% ; cousins, 7,2%; autre, 19,2%), et dans 93,9% des cas, l'agresseur était un homme.

4.2 Instruments de mesure

Les thèmes du questionnaire distribué aux parents étaient reliés à leurs observations du comportement de leur enfant et à leur perception de la situation d'AS. Les thèmes abordés pour le questionnaire de l'enfant visaient leurs sentiments ainsi que leurs conséquences associées à l'événement d'AS.

Données sociodémographiques. Les informations démographiques de base ont été recueillies au moyen d'un questionnaire sociodémographique autodéclaré et rempli par le parent non-agresseur de l'enfant victime d'AS. Ce questionnaire comprend des éléments sur l'âge et le sexe de l'enfant et de l'adulte accompagnateur, la nationalité puis des informations sur la structure familiale.

Caractéristiques de l'AS. Une version adaptée du *History of Victimization Form* (HVF : Hébert et Cyr, 2010) a été utilisée pour codifier les caractéristiques de l'AS à partir des renseignements disponibles dans le dossier médical ou clinique de l'enfant. Des questions en lien avec la sévérité des gestes (p.ex : «Contact physique par-dessus les vêtements») avec une échelle allant de 1 [exhibitionnisme, voyeurisme, baiser, exposition à du matériel pornographique, contact physique par-dessus les vêtements] 2 [contact physique sous les vêtements, attouchements génitaux], et 3 [contact oral génital, pénétration ou tentative de pénétration], la durée de l'agression (p.ex : «Durée, si plus d'un épisode (en mois)») allant de 1 [épisode unique], 2 [plusieurs événements] et 3 [répétitif ou chronique], puis l'identité de l'agresseur (p.ex : «Lien de l'agresseur principal avec l'enfant») allant de 1 [famille immédiate], 2 [un membre de la famille éloignée], 3 [une connaissance de l'enfant] et 4 [inconnu], sont posées. L'accord inter-juge obtenu est de 92,8 et le

coefficient de corrélation intra-classe est de 0,86 (Hébert et al., 2006). Ce questionnaire a été utilisé afin d'amasser des données visant à décrire l'échantillon.

Problèmes de comportement intériorisés et extériorisés. Complété par les adultes, le *Child Behavior Checklist* (CBCL : Achenbach et Rescorla, 2001) comprend 113 items associés aux problèmes de comportements intériorisés et extériorisés observés au courant des deux derniers mois chez les enfants victimes. Cet instrument de mesure comprend huit symptômes allant de l'anxiété aux problèmes d'agressivité (anxieux, déprimé, somatisation, difficultés sociales, pensées intrusives, inattention, délinquance, problèmes de comportement, comportements agressifs). Une échelle de Likert est utilisée allant de 0 [ne s'applique pas] à 2 [souvent vrai]. Les scores-T basés sur des échantillons de la population générale selon le sexe et l'âge de l'enfant, ont été employés pour les analyses sur les scores globaux d'intériorisation et d'extériorisation. L'échelle de mesure démontre une cohérence interne satisfaisante ($\alpha = 0,93$) (Achenbach et Rescorla, 2001). Pour cette étude, la méthode de cotation a été effectuée afin de présenter les différences de genre des enfants victimes au moyen des fréquences et des moyennes présentées. Les valeurs de chaque sous-échelle ont été additionnées pour créer deux segments qui ont ensuite été utilisés pour représenter un trait spécifique, soit les problèmes de comportements intériorisés ou extériorisés. La sous-échelle de problèmes de comportement intériorisés couvre l'anxiété, la dépression, le repli sur soi et la somatisation. Un exemple d'item est : «Se sent inférieur ou dévalorisé» allant de 0 [Pas vrai] à 2 [Toujours vrai]. La sous-échelle de problèmes de comportement extériorisés comprend les comportements délinquants et agressifs, les problèmes sociaux, les problèmes liés aux pensées et l'inattention. Un exemple d'item est : «Se bagarre souvent» allant de 0 [Pas vrai] à 2 [Toujours vrai]. La somme des résultats de chaque item permet d'obtenir le score total. Un score élevé indique une plus grande occurrence de problèmes de comportement chez l'enfant. Le seuil déterminant les enfants qui ont un niveau limite est entre 65 et 69 tandis que le seuil pour discriminer les enfants ayant un niveau clinique est de 70 et plus. Pour ce projet, la cohérence interne est satisfaisante pour les problèmes de comportement intériorisés ($\alpha = ,90$) et excellente pour les problèmes de comportement extériorisés ($\alpha = ,92$).

Sentiment de culpabilité de l'enfant. Le *Children's Impact of Traumatic Events Scale II* (CITES-II ; Wolfe, 2002) inclus 46 items sur les symptômes traumatiques liés à l'AS. Une sous-échelle de

8 items mesure le sentiment de culpabilité de l'enfant face à l'événement de l'AS. Un exemple d'item est : «Je me sens coupable de ce qui est arrivé». Les choix de réponse sont : 0-Faux 1-Un peu vrai 2-Très vrai et offre un score total de 0 à 6. Les scores sont calculés en additionnant les résultats de chaque item et un score élevé représente une tendance plus marquée à s'attribuer le blâme pour l'AS. Les scores varient de 0 à 92 pour l'échelle globale et de 0 à 6 pour la sous-échelle sur le sentiment de culpabilité. Afin de déterminer la présence de symptômes traumatiques, le score obtenu est calculé selon les critères diagnostique du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV et DSM-5). La cohérence interne de la version originale de l'échelle est satisfaisante (α = ,81).

Sentiment de culpabilité du parent. Le *Family Empowerment Scale* (FES : Koren et al., 1992) inclus 34 items qui permettent d'évaluer le niveau de compétence des parents ou tuteurs légaux avec des enfants ayant des difficultés émotionnelles. Une sous-échelle de 3 items mesure le sentiment de culpabilité du parent (Hébert et Parent, 1999). Un exemple d'item est : «Je sens que j'aurais dû être capable de prévenir l'agression sexuelle». Une échelle de Likert allant de 1 [pas du tout vrai] à 5 [vraiment vrai] est utilisée et le score total varie de 3 à 15. Le score global est calculé en additionnant les résultats de chaque item et un score élevé représente une prédisposition plus importante à s'attribuer le blâme pour l'événement d'AS de son enfant. La cohérence interne est satisfaisante (α = ,73).

4.3 Procédures

Afin que le parent puisse soumettre un consentement libre et éclairé, l'assistant de recherche a transmis les informations correspondantes au projet de recherche (objectifs, procédures, risques, etc.). Aux participant.es, le formulaire de consentement a été expliqué et signé par le parent tout en assurant la confidentialité. L'enfant a rempli le questionnaire dans une pièce à part avec l'aide d'une assistante de recherche, et ce, pour une durée approximative d'une heure. Le parent pouvait également remplir le questionnaire avec l'aide d'une assistance de recherche ou en auto-administré, pour une durée d'environ une heure et trente minutes. La passation des questionnaires a eu lieu en moyenne six mois après l'événement d'AS.

4.4 Considérations éthiques

Ce projet de mémoire a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine et par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal (MP-21-2017-1535). La confidentialité a été assurée aux participants.es. L'autorisation écrite du tuteur légal a été demandée étant donné que ce sont des enfants qui participaient à l'étude. Les assistantes de recherche qui accompagnaient les familles et participant.es dans la complétion des questionnaires avaient une formation universitaire en psychologie ou en sexologie et ont complété l'Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC-2).

4.5 Stratégies d'analyses

D'abord, à l'aide du logiciel SPSS version 21.0, des analyses descriptives ont été réalisées afin de présenter les données sociodémographiques des victimes au moyen des fréquences et des moyennes présentées. Par la suite, des analyses corrélationnelles ont été effectuées afin de vérifier si le sentiment de culpabilité du parent et le sentiment de culpabilité de l'enfant seraient liés aux problèmes de comportement intériorisés et extériorisés. Ces analyses ont permis de tester les associations entre les variables à l'étude. De plus, une analyse acheminatoire (*Path analysis*) a été réalisée à l'aide du logiciel Mplus version 8.6 (Muthén et Muthén), dans le but d'évaluer les relations entre les variables du modèle intégrateur et de déterminer la taille de leurs effets. Des analyses acheminatoires et de médiation ont été effectuées à l'aide de l'estimateur *Maximum Likelihood* (ML) avec des routines de *bootstrap*. Les variables dépendantes sont les comportements intériorisés et extériorisés de l'enfant victime d'AS et la variable indépendante est le sentiment de culpabilité du parent à la suite du dévoilement d'AS de son enfant puis, la variable médiatrice est le sentiment de culpabilité de l'enfant victime. Enfin, une analyse d'invariance de genre a été exécutée pour vérifier si le modèle (*Path analysis*) révélait des associations plus importantes pour les filles ou les garçons victimes d'AS. Pour définir l'importance des effets indirects (médiateur), l'estimateur ML obtenu avec la méthode 1000 de *bootstrap* spécifiant un intervalle de confiance (IC) de 95% a été testé.

CHAPITRE V Article 1 : « Gender Differences in Behavioral Problems in Child Victims of Sexual Abuse: Contribution of Self-blame of the Parent and Child »

Article soumis au *Journal of Child Sexual Abuse* le 31 décembre 2022

Gender differences in Behavioral Problems in Child Victims of Sexual Abuse: Contribution of Self-blame of the Parent and Child

Anabel De Champlain[1], Amélie Tremblay-Perreault[2], Martine Hébert[1,3]

[1]*Department of Sexology, Université du Québec à Montréal, Montreal*

[2]*Department of Psychology, Université du Québec à Montréal, Montreal*

[3]*Canada Research Chair in Interpersonal Traumas and Resilience*

Author Note

Martine Hébert http://orcid.org/0000-0002-4531-5124

Department of Sexology, University of Quebec in Montreal.

Correspondence concerning this article should be addressed to Martine Hébert, University of Quebec in Montreal, CP 8888 Succursale Centre-Ville, Montreal, Quebec, H3C 3P8, Canada. Email: hebert.m@uqam.ca

Disclosure of interest: The authors report no conflict of interest.

Funding: This research was supported by a grant awarded to Martine Hébert by the Canadian Institutes of Health Research (#110945) and the Canada Research Chairs Program.

Gender Differences in Behavioral Problems in Child Victims of Sexual Abuse: Contribution of Self-blame of the Parent and Child

ABSTRACT

The consequences associated with child sexual abuse are well known. However, factors exacerbating child behavior problems following sexual abuse (SA) deserve further attention. Self-blame following the abuse has been identified as a predictor of negative outcomes in adult survivors, however there is limited evidence regarding the impact of self-blame on consequences in child victims of sexual abuse. This study assessed behavioral problems in a sample of sexually abused children and tested the mediating role of children's internal blame attributions in the association between the parent's self-blame and the internalizing and externalizing difficulties of the child. A sample of 1066 sexually abused children between 6 and 12 years of age and their non-offending caregiver completed self-report questionnaires. Parents completed questionnaires related to the child's behavior following the SA and their own feelings of self-blame regarding the SA. Children completed a questionnaire assessing their level of self-blame. Results showed that parents' self-blame was associated with a higher level of self-blame in the child which, in turn, was linked to more child internalizing and externalizing behavior problems. In addition, parents' self-blame was directly associated with a higher level of internalizing difficulties children. These findings underscore the importance of considering the non-offending parent's self-blame in interventions aiming the recovery of child victims of SA.

Keywords: Child sexual abuse; self-blame; parents; behavior problems; mediation

Gender Differences in Behavioral Problems in Child Victims of Sexual Abuse: Contribution of Self-blame of the Parent and Child

Child sexual abuse is a serious social problem which affects 7.6-7.9% of boys and 18.0-19.7% of girls under 18 years old on a global scale (Stoltenborgh et al., 2015). Studies have shown that child sexual abuse is associated with multiple consequences, including internalizing (e.g. anxiety, depression) and externalizing (e.g. aggression, consumption of illicit substances) behavior problems, and other negative repercussions including low self-esteem and sexualized behavior problems (Lewis et al., 2016). Empirical studies conducted to this day reveal a vast heterogeneity in terms of the outcomes, with some children displaying fewer difficulties than others (Hebert et al., 2022). Thus, it is essential to identify which factors are linked to this diversity in the profiles of children confronted with sexual abuse (SA).

Studies suggest that these variations in outcomes may be associated to multiple factors including internal or external attributions of the SA event, the feelings of mothers following disclosure of the SA, the gender and age of the victim, as well as the characteristics of the SA experienced (Gauthier-Duchesne et al., 2017). The current study aimed to explore the factors related to internalizing and externalizing behaviors problems in sexually abused children, analyzing more specifically self-blame.

Self-blame and negative outcomes following SA

Causal attribution (internal or external) refers to the process by which the individual perceives and then interprets behaviors and events by inferring the causes of the situation (Zinzow et al., 2010). For example, a SA victim could interpret that the event happened through their own

fault (internal attribution) or the fault of the abuser (external attribution). Hence, according to this concept, an internal attribution is related to the conviction that specific characteristics of the individual or their behavior have caused the event. Studies have shown that following SA, the majority of victims are likely to develop self-blame (internal attribution) (Zinzow et al., 2010). In the current study, self-blame refers to the sense of responsibility of a person who believes that they should have felt, thought or acted otherwise (Kubany & Watson, 2003). In other words, self-blame is a component of self-directed emotions, such as guilt, used when a stressful event appears and therefore, influences the way the individual will adapt to it.

An individual who generally blames oneself for the causes of an event is more likely to feel guilty and hence rely on inappropriate coping mechanisms (Alix et al., 2019). Following SA, a persistent feeling of guilt could indeed lead the victim to use avoidance strategies (e.g. trying to forget the event), thus increasing anxiety symptoms and contributing to lower self-esteem (Gauthier-Duchesne et al., 2017). Monette and colleagues (2008) found that SA victims who experience self-blame may show more internalizing difficulties such as depression, compared to victims who do not self-attribute the causes of the event. A longitudinal study analyzed the consequences of a SA in a sample of 160 young victims aged 8 to 15 years, mainly recruited through child protection services or a medical clinic with follow up over a six year period (one year after the initial assessment and six years later) (Feiring & Cleland, 2007). Results showed that adolescents were more at risk of developing depressive symptoms and low self-esteem if they had high levels of self-blame compared to adolescents who did not blame themselves for the SA. In sum, self-blame could lead to many harmful repercussions in young victims of SA in the short or long-term. However, little is known about the factors that influence whether one experiences guilt and sense of blame.

Gender behavioral differences and Self-blame

Despite the abundance of studies on the consequences of SA, only a few studies have investigated gender differences. Some studies have revealed that girls tend to display more internalizing behavioral problems (e.g. depressive symptoms) and boys more externalizing behavior problems (e.g. aggression). However, other studies report either contrary results, or have found no gender differences (Fergusson et al., 2013; Hébert et al., 2014; Maikovich-Fong & Jaffee, 2010).

Self-blame may relate to the gender of the victim. In general, when an aversive event occurs, girls appear to be more likely to attribute the causes of the event to themselves compared to boys and therefore, display heightened self-blame in the face of the event experienced (Feiring & Cleland, 2007). Because girls are more likely to be victims of intrafamilial SA, which would be more prone to occur over a longer period of time (Coohey, 2010; Villeneuve Cyr & Hébert, 2011), they could be more likely to experience self-blame and internalizing behavior disorders compared to boys. On the other hand, boys who experienced SA involving the use of force by the abuser might think that they were not strong enough to stop the abuse, which could lead to greater self-blame. Yet, boys who have not been forced into the SA might discern this lack of resistance as if they were deliberate in the act, which might influence their self-blame as well (Quas et al., 2003).

Conflicting results emerge regarding the influence of gender on self-blame experienced in sexually abused victim. For example, the longitudinal study by Feiring and Cleland (2007) failed to find a significant relationship between self-blame towards the SA and the gender of the victim. Another study carried out on 447 child victims of SA aged 6 to 12 years, noted that self-blame levels were similar for both boys and girls (Gauthier-Duchesne et al., 2017). On the other hand,

Ullman and Filipas (2005) found that adult women who have suffered from SA in childhood reported a stronger level of self-blame compared to men. However, it is still unclear whether children and adult victims of child sexual abuse experience self-blame in similar ways. Thus, the divergent results justify the need to further explore possible gender differences in self-blame following SA as this information may offer cues for more personalized interventions.

Parent's self-blame following disclosure of SA

The research on non-offending parents' psychological outcomes following disclosure of SA is scarce. The available studies reveal that non-offending caregivers of SA children are likely to experience post-traumatic stress disorder symptoms, anxiety and depression (Cyr et al., 2018; Elliot & Carnes, 2001). Indeed, studies have revealed the presence of symptoms of psychological distress in mothers and fathers following disclosure of SA from their child (Hébert et al., 2011). Santa-Sosa and colleagues (2013) observed that 22% of mothers in their sample show symptoms of depression compared to 10% of mothers in the general population. As for non-offending fathers, they were found to have less psychological distress, more depressive symptoms and feelings of anger against the perpetrator compared to non-offending mothers following disclosure of SA of their child (Cyr et al., 2016; Hébert et al., 2011; McElvaney & Nixon., 2020). A disclosure of SA of one's child is often experienced as a major family crisis, made up of family conflicts, social isolation, feelings of loss of control, and strong reactivity (Van Toledo & Seymour, 2013).

Parental distress has been associated with child internalizing and externalizing consequences (Rakow et al., 2011), along with parenting problems involving deprived monitoring of the child's behaviors and inconsistent child discipline (Santa-Sosa et al., 2013), specifically from a mother receiving a disclosure of a SA from her child (Romano, 2013). Also, it has been shown

that non-offending mothers' blame regarding the SA was directly associated to reduce help-seeking behaviors for the family and child victim (Jackson and Mannix, 2004). Thus, this could leave them without the support and resources needed following disclosure of the abuse.

A limited number of studies have explored the level of parental self-blame following disclosure of SA as a factor influencing outcomes in children. Parents' self-blame following disclosure could derive from their perception that they did not have the parenting skills to protect their child or even know how to ensure their well-being (Paillat et al., 2020). A literature review on the relationships between self-blame and psychological adjustment among sexually abused children suggests that children's self-blame towards the SA may be modulated by the reactions of significant individuals in the environment (Valle & Silvosky, 2002). In that case, children could rely on the help offered by parents to make sense of the event they experienced. On the other hand, it can be posited that when a mother, for example, blames the child for the SA, and therefore, does not blame herself regarding the abuse, the child's level of self-blame may increase (Quas et al., 2003). Thus, self-blame experienced by the parent and the child may account for important variability in psychological symptomatology of the victim.

Overall, multiple factors can influence the level of blame in a child victim of SA and therefore, internalizing and externalizing behavioral problems. It is essential to note that available studies have generally focused on only one of the above mentioned factors, preventing us to comprehend the complexity of the interactions between parents' and children's self-blame and their impact on children's adjustment. To overcome this limitation, this present study will attempt to explore these variables in an integrative model.

The Present Study

This study aimed to address some of the gaps in the current literature. Several studies have explored the factors associated with the consequences of SA in adults who have experienced SA during childhood. Nevertheless, retrospective studies may have limitations as to the ease of remembering the event and/or the emotions experienced, and this may influence the validity of the data (Zinzow et al., 2010). Furthermore, in the majority of studies, boys are under-represented in the samples of children with SA, which may limit the statistical power to detect significant differences between girls and boys (Villeneuve Cyr & Hébert, 2011). To overcome these limitations, the current study will assess self-blame and behavioral difficulties shortly after the SA event and will include a considerable number of SA victim boys in its sample.

The aim of the present study was to test whether the parent's self-blame following disclosure and the child's self-blame are related to the level of severity of internalizing and externalizing behavior problems. Based on past research findings, a path analysis model will test the mediating role of sexually abused children's self-blame in the relationship between parents' self-blame and children's internalizing and externalizing difficulties (see Figure 1). As a secondary objective, the study explored gender differences in SA outcomes. It is expected that a higher level of self-blame in the parent following disclosure will be associated with a lower level of self-blame in the child victim of SA, which will in turn be associated with lower levels of internalizing and externalizing behavior problems. Also, it is expected that sexually abused girls will exhibit greater self-blame and more internalizing difficulties than sexually abused boys.

METHOD

Participants and Procedure

Of the original sample of 1071 participants recruited to participate in a larger study investigating the developmental trajectories of child victims of sexual abuse, five participants were excluded because of insufficient data on one or more of the measures used. This led to a final sample of 1066 (750 girls and 316 boys) aged 6-12 years old (M_{age} = 9.08, *SD* = 2.07). Children were recruited from families receiving specialized services in four intervention centers in the province of Québec (Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille (CIASF), Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ), Fondation Marie-Vincent (FMV) and Clinique de pédiatrie sociojuridique du CHU Sainte-Justine (CHU-SJ)), following a disclosure of child sexual abuse. The inclusion criteria for the study were to have been a victim of SA and to be between the age of 6-12 years. Participants had to speak French or English in order to understand the nature of the study and the questions asked. Children with severe intellectual disabilities or significant language delay were excluded from the study. The study was approved by the Research Ethics Board of the Université du Québec à Montréal. An informed consent was obtained from all participants. Since the study involved children, written permission from their legal guardian was requested.

The majority of the children are Canadian (82.8%; Latin American, 3.1%; African American, 1.6%) girls (70.4%). The majority of their caregivers are women, and more precisely biological mother (75.2%), foster-mother (7.2%), step-mother (1%), and other (6.1%), while 10.5% of the caregivers were biological fathers. A total of 38.5% were single-parent families,

had a paid job (49%; unemployed, 40.7%) and completed high school (41.8%; college, 38.6%). A total of 61.7% children experienced severe SA (penetration or attempted penetration), and 36% reported chronic SA lasting more than 6 months. Three quarters of the cases (73.8%) involved a SA perpetrated by a family member (father, 15.8%; step-father, 11.1%; siblings, 20.5%; cousins, 7.2%; others, 19.2%), and in 93.9% of cases, the abuser was male.

Caregivers and children completed questionnaires at the intervention center with the help of a trained research assistant. The completion of the questionnaires took about one hour. For the parents, questionnaires were related to their feelings and abilities as parents and to their observations of their child's behavior. For the children, the topics covered focused on their feelings and consequences related to the SA event.

Measures

Demographic information. Basic demographic data was collected by means of a self-reported questionnaire completed by the non-offending parent of the child victim of SA. The sociodemographic questionnaire included items on children's and their caregiver age and gender, nationality, and family structure.

Characteristics of the SA. An adapted version of the History of Victimization Form (HVF: Hébert & Cyr, 2010) was used to codify the characteristics of SA based on information available in the child's medical or clinical record. Questions related to the severity of the gestures rated on a three-point scale :1 [exhibitionism (exposure of the aggressor's genitals without touching), voyeurism (exposure of the genitals of the child without touching), kissing, exposure to pornographic material, physical contact over clothing], 2 [physical contact under clothing, genital touching] and 3 [oral-genital contact, penetration or attempted penetration (digital, oral, vaginal,

anal or with an object)], the duration of the aggression (e.g. more than one episode in months) ranging from 1 [single episode], 2 [multiple events] and 3 [repetitive or chronic], then the identity of the aggressor (i.e., relation of the main aggressor with the child) ranging from 1 [immediate family member], 2 [distant family member], 3 [an acquaintance of the child] and 4 [an unknown], are asked. The inter-rater agreement obtained is 92.8 and the intra-class correlation coefficient is 0.86 (Hébert et al., 2006).

Child behavior problems. The *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach et Rescorla, 2001) was completed by the adults to assess internalizing (i.e., anxiety, depression, somatization) and externalizing (i.e., delinquency and aggression) behavior problems identified in the last two months in the child victim. The scale contains 113 items within eight categories of symptoms ranging from anxiety to aggression problems. Answers were compiled on a Likert scale ranging from 0 [does not apply] to 2 [often true]. For the present study, global scores of internalizing and externalizing behavior problems were used. Both presented high coefficients of internal consistency (internalizing problems: (α = .90), externalizing problems: (α =.92)).

Self-blame attributions for children. The self-blame scale of the *Children's Impact of Traumatic Events Scale II* (CITES-II) was used (Wolfe, 2002). The CITES-II is a 46-item measure assessing traumatic symptoms related to SA (i.e., avoidant behaviors, self-blame) The guilt/self-blame scale, which contains 8 items measuring child's self-blame about the SA was used in this study. Items are rated on a three-point scale: not true (0), somewhat true (1), and very true (2), and the total score ranges between 0 and 6, with a higher score indicating higher levels of guilt/self-blame. The internal consistency of the scale for this sample is good (α = .81).

Self-blame of parents. The *Family Empowerment Scale* (FES; Koren et al., 2000) includes 34 items that assess the ability level of parents or legal guardians with children who have emotional difficulties. In the present study, questions were formulated in regards to the disclosure of sexual abuse by a child (Hébert & Parent, 1999). A 3-item subscale was used to assess the parent's self-blame. Sample items include: "I feel like I should have been able to prevent the sexual abuse.". Likert scale ranging from 1 [not all true], to 5 [very true], is used and the total score ranges from 3 to 15, with a higher score representing increase level of self-blame. The internal consistency of the scale is satisfactory (α = .73).

RESULTS

Preliminary analyses and correlations among variables

Preliminary analyses were conducted using SPSS 21 software. Table 1 presents correlations among variables, means and standard deviations. Analyses were conducted to assess whether the parent's self-blame following disclosure and the child's self-blame were related to internalizing and externalizing behavioral problems. Correlations revealed that parent's self-blame scores were positively associated with children's self-blame and internalizing behavioral problems but not with externalizing behavioral problems. Children's self-blame scores were positively associated with internalizing and externalizing behavioral problems.

Mediation and path analysis

A path analysis was performed using linear regressions with *Mplus* 8.0 software (Muthén & Muthén, 2017) to examine the relationships between the variables of the integrative model and

to determine the size of their effects. Path and mediation analyses were conducted using Maximum Likelihood (ML) estimators with bootstrap routines.

The model (see Figure 2) including all the links between the variables was tested. Specifically, parental self-blame after disclosure was added as the predictor, self-blame of the child victim of SA as the mediator, and internalizing and externalizing behavior problems were included as outcomes. The model was first tested with the whole sample, without considering gender differences.

Parental self-blame was positively associated to self-blame of the child victim of SA ($\beta = .11$, $p < .001$) and to child internalizing behavior problems ($\beta = .09$, $p < .002$) but not with externalizing behavior problems (Figure 2: $\beta = .03$; *ns*.). Self-blame of the child was positively associated to internalizing behavior problems ($\beta = .07$, $p < .005$) and externalizing behavior problems ($\beta = .08$, $p < .005$). To account for the strong correlation between internalizing and externalizing difficulties, error terms were added to the model ($\beta = .61$; $p < 0.01$).

To define the significance of the indirect effects (mediated pathways), the ML estimator obtained with 1000 bootstrapping method specifying a 95% confidence interval (CI) was tested. Since externalizing difficulties were not associated with parental self-blame, only the mediating effect of children's guilt on the relationship between parental self-blame and internalizing difficulties of children was tested. Results revealed that the indirect effect of the parent's self-blame through child's self-blame was significant for internalizing behavior problems ($\beta = .10$, $p < .005$; CI = .03-.16). However, the direct effect of child's self-blame remained significant ($\beta = .41$ for externalizing behavior problems and $\beta = .47$ for internalizing behavior problems), indicating a

partial mediation. The path analysis model explained 1.7 % of the variance of internalizing behavior problems and 0.09% of the variance of externalizing behavior problems.

A gender invariance analysis was conducted to verify whether the path analysis model reveals more significant associations for girls or boys victims of SA. For girls, the parent's self-blame was positively associated to the self-blame of girl victims of SA (Figure 3: $\beta = .11$, $p < .005$), and their self-blame was positively associated to externalizing behavior problems ($\beta = .12$, $p < 0.05$) but not with internalizing behavior problems ($\beta = .07$; *ns*.). For boys, there were a significant relationship between the parent's self-blame and internalizing behavior problems only ($\beta = .13$, $p < 0.05$) (see Figure 4).

DISCUSSION

The purpose of this study was to test the mediating role of children's self-blame in the association between parental (primarily maternal) self-blame following disclosure and children's behavior problems. Analyzing gender differences in this integrative model was a second aim of this current research. Overall, the findings revealed the importance of self-blame of the non-offending parent in the development of behavior difficulties in child sexually abused.

First, results indicated that parents who experienced higher level of self-blame were more likely to have children who also had higher levels of self-blame towards the SA, which influence the development of the internalizing and externalizing behavior problems of the child victim. Second, internalizing behavior problems of the child were significantly associated for the parent's self-blame following disclosure, but there was no link for the externalizing behavior problems.

The hypothesis that greater self-blame in non-offending parents following disclosure would be linked to lower self-blame in children, which would predict fewer internalizing and externalizing behavior problems, was invalidated. A potential explanation for this finding could stem from social learning theory (Bandura, 1979), which states that observing, modeling, and imitating the behaviors, attitudes, and emotional reactions of others is essential for learning. This theory emphasizes how environmental and cognitive factors interact to influence human learning and behavior. Bandura (1979) suggests that children can develop new behaviors by observing the reinforcement received by others, addition to learning through their direct experiences. Thus, they observe their model, usually their loved ones, and integrate information from them in order to reproduce the same behaviors in similar situations. Indeed, Kliewer and Lewis (1995) found that parents' coping strategies used to deal with adverse experiences predict those used by their child. Another study analyzing sexually abused teenagers and their coping strategies found the same result (Mercier, 2002). To this end, the emotional reactions of the parent may influence the feelings of the child who has experienced an adverse life event, such as SA. Thus, a child victim of SA could "learn" by the parent who harbors a high level of self-blame regarding the SA that it is the right feeling to experience.

Furthermore, the results revealed gender differences in the models. First, parent's self-blame following disclosure was only predictive for internalizing behavior problems for both genders. Second, there was a definite effect of the parent's self-blame following disclosure on the self-blame for girl victims of SA, while it was not significant for the boy victims of SA. Third, there was no link between self-blame of the victim and internalizing behavior problems for either gender. Fourth, only girls' self-blame was significantly associated to externalizing behavior problems, while there was no significant association for boys.

The hypothesis that girls with higher levels of self-blame towards the SA were more likely to develop internalizing behavior problems compared to boys was not corroborated. In fact, internalizing behavior problems were not linked to gender, but externalizing behavior problems were associated to higher level of self-blame for girls only. Consistent with this finding, Villeneuve Cyr and Hébert (2011) also failed to detect gender differences in internalizing behavior problems among child victim of SA. However, it is possible that our study concludes to a different result for externalizing behavior problems since our sample involved more boys compared to most studies.

In addition, consistent with the integrative model of this study, gender of the child victim was a predictor of the different behavior consequences following the SA. More specifically, gender role in socialization may contribute to gender differences in child SA outcomes. For instance, boys who fear being stigmatized as homosexuals may express their negative emotions through externalizing behavior to correspond to gender norms (Connell, 2014). Masculinity and sexual orientation are quite important in the social role attributed to boys, so this might be an additional matter combined with the consequences of a SA. Boy victims of SA may endorse self-blame because they may assume that they were unable to protect themselves (Finkelhor & Browne, 1985), which may influence sequalae and delayed disclosure (Gagnier & Collin-Vézina, 2016).

Similarly, gender roles could also explain why self-blame of the non-offending parent was not related to self-blame in boys. Non-offending parents may tend to preserve their self-blame in front of their son and thus be less open to discussing emotions related to the SA in order to reinforce the male gender role, which is to limit expressing feelings and remaining strong face to adversity.

Another possible explanation is that the characteristics of the SA might be different among gender, which could impact the nature and severity of the outcomes. For example, some studies

have shown that SA perpetrated toward boys is more likely to involve intrusive acts (Soylu et al., 2016; Villeneuve Cyr & Hébert, 2011). On the other hand, SA perpetrated toward girls seems to be linked with a longer duration of SA (Soylu et al., 2016; Villeneuve Cyr & Hébert, 2011). In other words, the more severe the abuse is, the more likely the child victim of SA may believe that there is something in him/her that makes the SA deserved (Feiring & Cleland, 2007).

Implications for practice

The findings from this study highlight some important implications for clinical practice. One of the main implications of this study is the relevance of addressing the parent's self-blame in interventions aimed at the recovery of child victims of SA. The emphasis of previous research including non-offending parents has primarily been on the impact of familial factors (i.e., lack of support, interparental violence) and the sexual victimization of the mother in childhood on their child's adaptation. This finding could allow parents to express their feelings, namely self-blame, in interventions to make sense of the event, and to benefit from a better emotional support.

The results also suggest that self-blame experienced by child victims of SA could be targeted to alleviate symptoms following the SA, especially in girls. Thus, this result informs the healthcare professionals about the complexity of behavior problems following SA and allow to identify risk factors that may influence recovery of the child according to their gender. In sum, findings of the current study attest to the importance of assessing both children's and parent's feelings of self-blame to tailor broader therapeutic interventions that can promote the recovery of the child SA victims.

Strengths and limitations

The strengths of this study are that it includes parental perceptions of the child's behavior following the SA. Also, the sample includes a higher number of participants compared to past studies, specifically a higher number of male victims. In addition, the sample involves young victims aged 6-12, which helps to advance scientific knowledge on issues related to SA during this stage of development. Exploring gender differences is another strength of this study. In fact, it makes it possible to explore possible gender specificities regarding their trajectories and such information may contribute to further adapt interventions. However, to better reflect the symptomatology of boys victims of SA, it is important to continue efforts of including more boys in the sample, despite the challenges encountered due to the lower prevalence of child sexual abuse in males. Furthermore, this is the first study, to our knowledge, to analyze the relationship between the self-blame of the non-offending parent and child victim of SA. The study contributes to a better understanding of the difficulties that caregivers face following disclosure of SA by their child. This offers further evidence for the need to support them adequately, so they can in turn properly support the child impacted by the SA.

We acknowledge that there are several limitations to this study. First, this research is cross-sectional, and thus does not allow to infer causality or temporality, nor to observe the evolution of the symptoms over time. In fact, since symptoms may be latent following SA, or develop later after the event, it could be relevant to conduct longitudinal analyses to further understand the relationship between parents' and children' self-blame. Second, the instruments used to measure self-blame included a limited number of items, which could hinder measurement sensitivity. A more comprehensive measure, validated in future studies, would offer a stronger basis to draw conclusions for informing clinical practice. Third, the risk factors of our results explained only a small part of the variance of the variables of interest. However, studies with gender differences on

the consequences following SA also reported low to moderate effect sizes (Gauthier-Duchesne, 2017), underscoring the importance that behavior problems associated to SA are multiple and that several factors may relate to the severity of difficulties. However, other potentially relevant variables were not included in the present model. For example, future studies could examine the quality of parent-child relationship as a mediator of the relationship between self-blame of the child victim and SA outcomes. Indeed, the role of the attachment that the child develops towards his parent is significant in his adaptability, and therefore, is a predictor for the behavioral problems associated to SA (Bolen & Lamb, 2007; Weinfield and al., 2008). Incorporating other relevant variables could improve the model and foster a more comprehensive understanding of the symptomatology of child victims of SA. Thereby, it could be interesting for future research to rely on a culturally sensitive approach in the analyses to take into account the influence of other factors, such as migration and poverty, on behavioral problems following SA. Fourth, due to the absence of control variables, it is possible that some bias were not mitigated, which could have influenced the results. Finally, despite our interest in evaluating the possible differences between the effect of self-blame of mothers and fathers, it was not possible for us to carry out the analysis considering the presence of few fathers in our sample.

In conclusion, this study highlights the potential role of self-blame of the non-offending parent in fostering recovery of the child following disclosure of sexual abuse. Results of this study reveal that behavior problems following SA are influenced by different attributions the child and his/her significant caregivers may have. Findings also highlighted the importance of considering possible gender specificities in therapeutic interventions as these may meaningfully impact their rehabilitation process. This study addressed some of the gaps in the literature by examining the variables of interest among a sample involving a greater number of boy victims of SA. Despite the

fact that the study did not observe the evolution of the symptoms over time, it did contribute to the understanding of factors contributing to behavior problems in sexually abused children. Hopefully, efforts will continue in our attempts to better understand the diversity of profiles in child victims and sexual abuse and identify cues to implement efficient interventions for these vulnerable children.

Table 5.1 *Summary of Correlations, Means and Standard Deviations* of the studied variables

Variables	1.	2.	3.	4.	*M*	*SD*
1. Internalizing behavior problems		.615**	.075*	.108**	60.92	11.27
2. Externalizing behavior problems	.615**		.095**	.040	61.70	11.07
3. Child's self-blame	.075*	.095**		.114**	1.71	1.94
4. Parent's self-blame	.108**	.040	.114*		1.93	3.64

Note. *M*: mean; *SD*: standard deviation.

**$p < 0.01$; * $p < 0.05$

Figure 5.1 *Path analysis model*

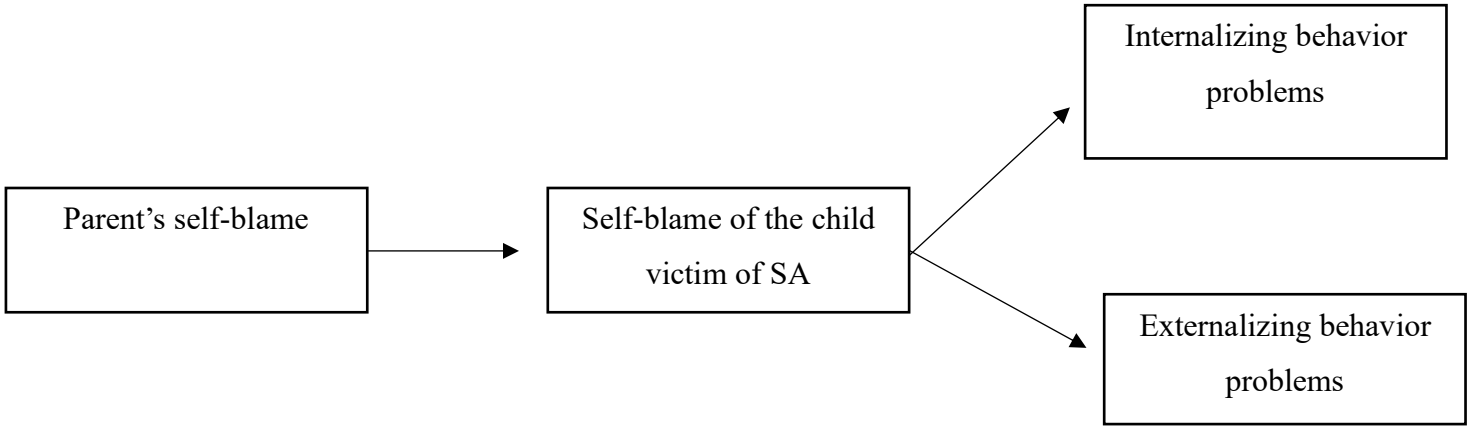
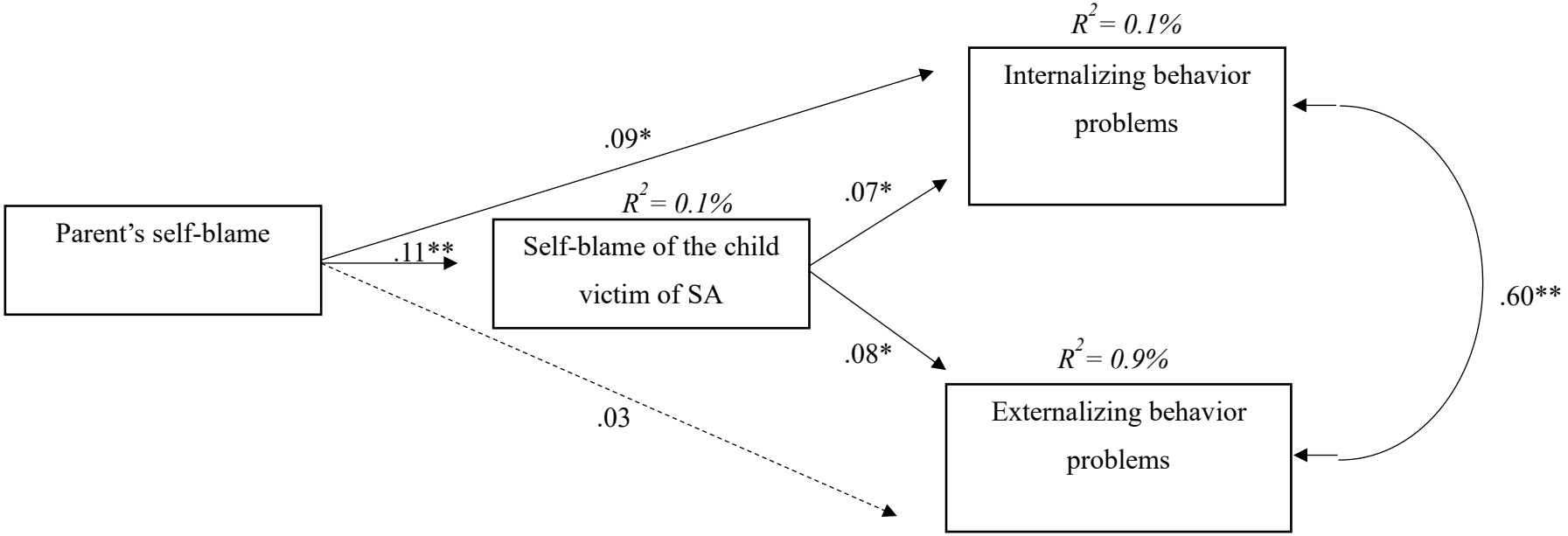


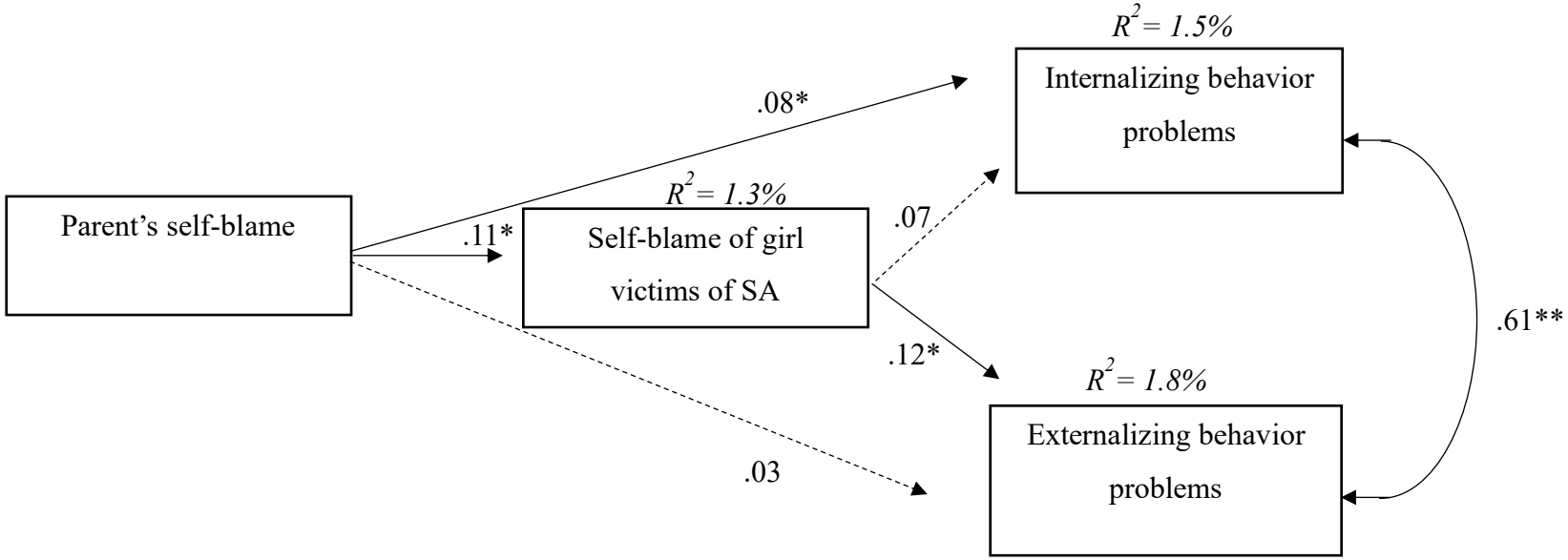
Figure 5.2 *Path Analysis Model of the Association between Internalizing and Externalizing Behavior Problems and Self-blame.*



Note. The path analysis shows associations between internalizing and externalizing behavior problems through self-blame of the parent following disclosure and self-blame of the child victim of sexual abuse. Coefficients presented are standardized linear regression coefficients.

*$p < 0.05$; **$p < 0.01$.

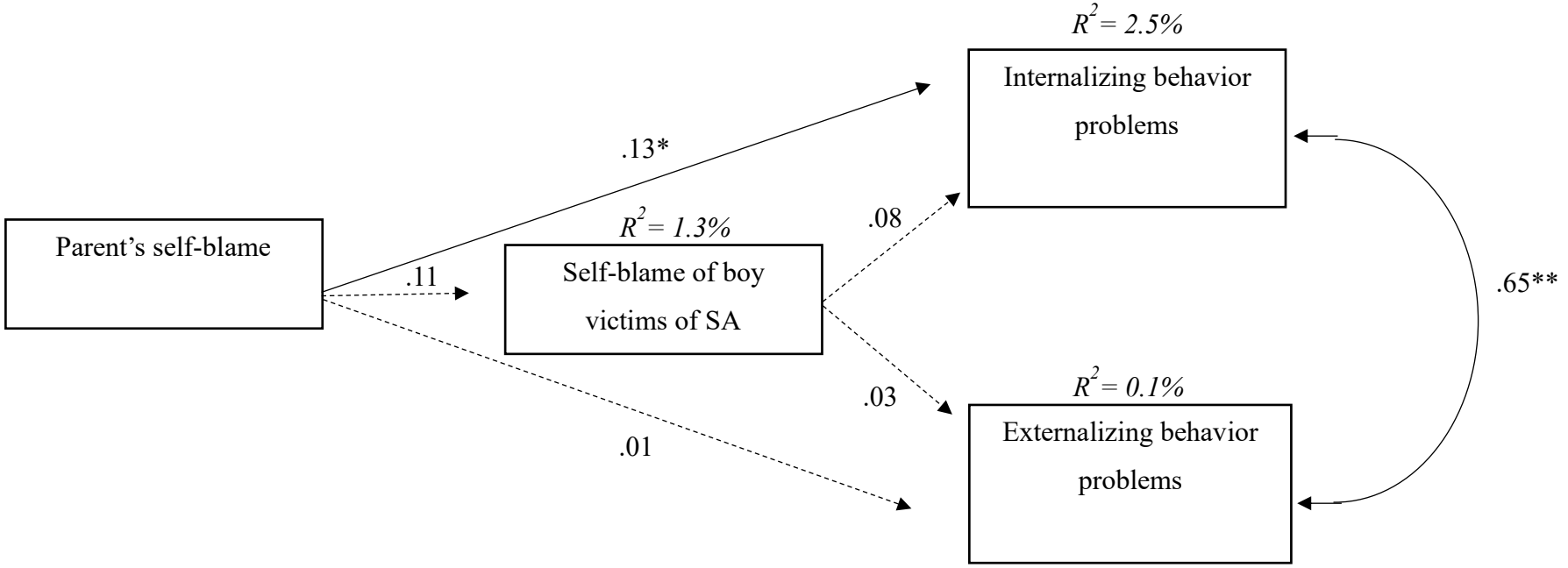
Figure 5.3 *Path Analysis Model of the Association between Internalizing and Externalizing Behavior Problems and the Parent's and Girl's Self-blame.*



Note. Path analysis model of internalizing and externalizing behavior problems through self-blame of the parent following disclosure and self-blame of girl victims of SA. The model coefficients are standardized linear regression coefficients.

*$p < 0.05$; **$p < 0.01$.

Figure 5.4 *Path Analysis Model of the Association between Internalizing and Externalizing Behavior Problems and the Parent's and Boy's Self-blame.*



Note. Path analysis model of internalizing and externalizing behavior problems through self-blame of the parent following disclosure and the self-blame of boy victims of SA. The model coefficients are standardized linear regression coefficients. *$p < 0.05$; **$p < 0.01$.

REFERENCES

Alix, S., Cossette, L., Cyr, M., Frappier, J. Y., Caron, P. O., & Hébert, M. (2020). Self-blame, shame, avoidance, and suicidal ideation in sexually abused adolescent girls: A longitudinal study. *Journal of Child Sexual Abuse, 29*(4), 432-447. https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1678543

Bandura, A. (1979). L'apprentissage social. Trans. J.A. Rondal. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bolen, R. M., & Lamb, J. L. (2007). Parental support and outcome in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse, 16*(2), 33–54. https://doi.org/10.1300/J070v16n02_03

Coohey, C. (2010). Gender differences in internalizing problems among sexually abused early adolescents. *Child Abuse & Neglect, 34*(11), p. 856-862. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.05.001

Connell, R. 2014. Masculinité: Enjeux sociaux de l'hégémonie. Amsterdam ed., Paris, France. https://doi.org/10.4000/lectures.13753

Cyr, M., Frappier, J. V., Hébert, M., Tourigny, M., McDuff, P., & Turcotte, M. E. (2016). Psychological and physical health of nonoffending parents after disclosure of sexual abuse of their child. *Journal of Child Sexual Abuse, 25,* 757– 776. https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1228726

Cyr, M., Frappier, J. Y., Hébert, M., Tourigny, M., McDuff, P., & Turcotte, M. E. (2018). Impact of child sexual abuse disclosure on the health of nonoffending parents: A longitudinal perspective. *Journal of Child Custody, 15*(2), 147-167. https://doi.org/10.1080/15379418.2018.1460649

Elliott, A. N., et 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. https://doi.org/10.1177%2F1077559501006004005

Feiring, C., & Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, *31*(11-12), p.1169 1186. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.03.020

Fergusson, D. M., McLeod, G. F., et Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse and Neglect*, *37*(9), 664-674. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013

Finkelhor, D. et Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, *55*(4), 530-541. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x

Ford, J., & Greene, C. A. (2017). Psychological and biological theories of child and adolescent traumatic stress disorders. In M. A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder, (Eds.). Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents (pp. 97-117). *Switzerland: Springer*.

Gagnier, C., Collin-Vézina, D. (2016) The disclosure experiences of male child sexual abuse survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, *25*(2), p. 221-241 https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1124308

Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M., & Daspe, M. È. (2017). Culpabilité chez les enfants victimes d'agression sexuelle: Le rôle médiateur des stratégies d'évitement sur l'anxiété et l'estime de soi. *Criminology*, *50*(1), p.181-201. https://doi.org/10.7202/1039801ar

Hamby, S. & Grych, J. (2016). The complex dynamics of victimization – Understanding

differential vulnerability without blaming the victim. In C. A. Cuevas (Eds.), *The wile handbook on the psychology of violence*, (pp. 66-85). John Wiley & Sons.

Hébert, M., Amédée, L. M., Théorêt, V., & Petit, M.-P. (2022). Diversity of adaptation profiles in youth victims of child sexual abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 14*(S1), S41–S49. https://doi.org/10.1037/tra0001090

Hébert, M., Cyr, & M., Tourigny, M. (2011). L'agression sexuelle envers les enfants : Tome 1. Quebec. University of Quebec.

Hébert, M., Lavoie, F. et Blais, M. (2014). Post-Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. *Ciencia et saude co/etiva, 19(3),* 685-694. https://doi.org/10.1590/141381232014193.15972013

Jackson, D., & Mannix, J. (2004). Giving voice to the burden of blame: A feminist study of parents' experiences of mother blaming. *International Journal of Nursing Practice*, *10,* 150-158. https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2004.00474.x

Kliewer, W., & Lewis, H. (1995). Family influences on coping processes in children and adolescents with sickle cell disease. *Journal of Pediatric Psychology, 20*(4-). 511 -525. https://doi.org/10.1093/jpepsy/20.4.511.

Kim, K., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2007). Psychosocial characteristics of nonoffending mothers of sexually abused girls: Findings from a prospective, multigenerational study. *Child Maltreatment*, *12*(4), 338-351. https://doi.org/10.1177%2F1077559507305997

Koren, Paul E., DeChillo, N., and Friesen, B. J. (2000). Family Empowerment Scale. In Fischer, J., Corcoran, K. (2007). Measures for clinical Practice and research: A sourcebook. (4th ed.). NY. Oxford University. (1), 285-287.

Kubany, E. S., & Watson, S. B. (2003). Guilt: Elaboration of a multidimensional model. *Psychological Record, 53*(1), 51-90.

Langevin, R., Hébert, M., Allard-Dansereau, C., & Bernard-Bonnin, A. C. (2016). Emotion regulation in sexually abused preschoolers: The contribution of parental factors. *Journal of Traumatic Stress*, *29*(2), 180-184. https://doi.org/10.1002/jts.22082

Lewis, T., McElroy, E., Harlaar, N., & Runyan, D. (2016). Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abused children? A prospective examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. In M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (eds), *L'agression sexuelle envers les enfants* (Tome 1, p. 31-40). Quebec. University of Quebec. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.016

Maikovich-Fong, A. K., et Jaffee, S. R. (2010). Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: Findings from a national sample of youth. *Child Abuse and Neglect*, *34*(6), p.429-437. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.10.006

Mannarino, A., Cohen, J., Deblinger, E., & Steer, R. (2007). Self-reported depression in mothers of children who have experienced sexual abuse. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 29*, 203-210. https://doi.org/10.1007/s10862-006-9036-7.

McElvaney, R., & Nixon, E. (2020). Parents' experiences of their child's disclosure of child sexual abuse. *Family process*, *59*(4), 1773-1788. https://doi.org/10.1111/famp.12507

Mercier, I. (2002). *Les stratégies d'adaptation des filles victimes d'agression sexuelle: Influences parentales et familiales.* Master BF20.5. Laval University.

Monette, M. C., Tourigny, M., & Daigneault, I. (2008). Facteurs associés aux problèmesde comportement intériorisés et extériorisés chez des adolescentes agressées

sexuellement. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, *40*(1), p.31. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0008-400x.40.1.31

Newcomb, M. D., & Locke, T. F. (2001). Intergenerational cycle of maltreatment: A popular concept obscured by methodological limitations. *Child Abuse & Neglect*, *25*(9), 1219 1240. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00267-8

Paillat, C., Rasho, A. R., & Guarnaccia, C. (2020). La famille face aux violences extrafamiliales: émotions et victimisation dans la narration de parents et enfants en UMJ. *Psychological Practice*, *26*(3), 199-213. https://doi.org/10.1016/j.prps.2019.04.001.

Quas, J. A., Goodman, G. S., & Jones, D. P. (2003). Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*(5), p.723-736. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00158

Rakow, A., Smith, D., Begle, A.M., & Ayer, L. (2011). The association of maternal depressive symptoms with child externalizing problems: The role of maternal support following child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *20*, 467-480. https://doi-org/10.1080/10538712.2011.588189.

Rodríguez, G., Rodrigo, M. J., Janssens, J. M., & Triana, B. (2011). Maternal conceptions of the parenting role and mother–child collaborative behaviours in at-risk context. *European Journal of Developmental Psychology*, *8*(4), 389-402. https://doi.org/10.1080/17405629.2010.505387

Romano, H. (2013). *L'enfant face au traumatisme*. Paris, Dunod.

Santa-Sosa, E. J., Steer, R. A., Deblinger, E., & Runyon, M. K. (2013). Depression and parenting by nonoffending mothers of children who experienced sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *22*, 915–930. https://doi.org/10.1080/10538712.2013.841309.

Soylu, N., Ayaz, M., Gökten, E. S., Alpaslan, A. H., Dönmez, Y. E., Özcan, Ö. Ö., ... & Tufan,

A. E. (2016). Gender differences in sexually abused children and adolescents: a multicenter study in Turkey. *Journal of Child Sexual Abuse*, *25*(4), 415-427. DOI : https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1143073

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta analyses. *Child Abuse Review*, *24*(1), 37-50. https://doi.org/10.1002/car.2353

Ullman, S. E. et Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse and Neglect*, *29*(7), 767 -782. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.01.005

Valle, L. A., et Silovsky, J. F. (2002). Attributions and adjustment following child sexual and physical abuse. *Child Maltreatment*, *7*(1), p.9-24. https://doi.org/10.1177/1077559502007001002

Van Toledo, A. & Seymour, F. (2013). Interventions for caregivers of children who disclose sexual abuse. A review. *Clinical Psychology Review*, *33*(6), 772-781. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.006

Villeneuve Cyr, M., & Hébert, M. (2011). Analyse comparative des caractéristiques de l'agression sexuelle et des conséquences associées en fonction du sexe. *Service social*, *57*(1), p.15-30. https://doi.org/10.7202/1006245ar

Weinfield, N., Sroufe, A., Egeland, B., & Carlson, E. (2008). Individual differences in infant caregiver attachment: Conceptual and empirical aspects of security. Dans J. Cassidy & R. Phillip (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 383–416).

Wolfe, V. V. (2002). The children's impact of traumatic events scale II (CITES-II). *Unpublished assessment instrument. Child and Adolescent Centre, London Health Sciences Centre,*

Ontario, Canada.

Zinzow, H., Seth, P., Jackson, J., Niehaus, A., & Fitzgerald, M. (2010). Abuse and parental characteristics, attributions of blame, and psychological adjustment in adult survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *19*(1), p.79-98. https://doi.org/10.1080/10538710903485989

CHAPITRE VI
DISCUSSION

Le présent chapitre précisera les principaux résultats, les limites de l'étude et son apport au niveau sexologique.

6.1 Rappel des objectifs

L'objectif principal de cette étude était de tester le rôle médiateur du sentiment de culpabilité de l'enfant dans l'association entre le sentiment de culpabilité du parent non-agresseur et les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés des enfants victimes d'AS, âgées de 6 à 12 ans. Analyser, à l'aide du modèle intégrateur, la médiation des symptômes associés à l'AS en fonction du genre de l'enfant victime était un second objectif.

6.2 Principaux résultats

Les données recueillies permettent de brosser un portrait des victimes d'AS. D'abord, plus de la moitié (73,8%) des enfants ont subi une AS de forme intrafamiliale alors que les autres ont été victimes par un membre extérieur de la famille immédiate (parent, fratrie, conjoint.e du parent) ou élargie (oncle, tante, grands-parents, cousin.e), soit par des ami.es de la famille, des connaissances, un.e gardien.ne, un.e membre de la famille d'accueil, un.e voisin.e ou des inconnus. Très peu d'enfants de notre échantillon ont subi une AS par un inconnu (1,1%), ce qui est concordant avec les études antérieures qui observent que dans la plupart des cas, l'AS est commise par un individu connu de la victime. Il est à noter que l'ami.e de la famille est un des liens de l'agresseur avec l'enfant qui se retrouve le plus fréquemment (9,9%; fratrie (20,5%); parent biologique (15,8%); conjoint.e d'un des parents (11.1%)). Une avenue de recherche intéressante serait d'évaluer si le lien de proximité affective auprès d'une personne faisant partie courante de l'entourage de la victime est autant significatif qu'être un membre de la famille immédiate. Par ailleurs, il est possible que les réactions et la détresse émotionnelle du parent non-agresseur à la suite d'un dévoilement d'AS de son enfant soient différentes si l'agresseur est son.sa conjoint.e ou s'il s'agit d'un inconnu. Les données descriptives démontrent que la majorité (61,7%) des participant.es de notre échantillon ont subi une AS de nature très sévère impliquant des gestes de pénétration ou

tentative de pénétration vaginale ou anale et des contacts oraux-génitaux, alors que très peu des enfants ont rapporté avoir subi du voyeurisme ou de l'exhibition, soit une AS moins sévère. Selon Spaccarelli (1994), subir une AS sévère est un facteur de risque sérieux au développement d'un haut niveau de stress chez la victime, et donc de générer des difficultés d'adaptation subséquentes plus importantes. En ce qui a trait la durée de l'AS, l'échantillon se disperse presque de manière équivalente dans les trois catégories, soit un épisode, quelques épisodes et des situations décrivant des AS chroniques.

Bien que le sentiment de culpabilité du parent non-agresseur à la suite du dévoilement d'AS de son enfant soit associé au sentiment de culpabilité de l'enfant, ce dernier élément n'était pas corrélé à la diminution des problèmes de comportement intériorisés et extériorisés. Bandura (1979) suggère que les enfants peuvent développer de nouveaux comportements en observant le renforcement reçu par les autres, en plus d'apprendre à travers leurs expériences. Ainsi, ils observent leur modèle, généralement leurs proches, et intègrent des informations afin de reproduire les mêmes comportements dans des situations similaires. En effet, Kliewer et Lewis (1995) ont constaté que les stratégies d'adaptation des parents employées à la suite des événements de vie adverse prédisent celles utilisées par leur enfant. Une autre étude portant sur les adolescent.es agressé.es sexuellement et leurs stratégies d'adaptation démontre le même résultat (Mercier, 2002). Dans cette optique, on peut croire que les réactions émotionnelles du parent peuvent influencer les sentiments de l'enfant qui a vécu une situation adverse, comme une AS. Donc, un enfant victime d'AS pourrait apprendre par le biais de son parent qui nourrit un niveau élevé de sentiment de culpabilité envers l'AS, que c'est un sentiment approprié à maintenir. Par ailleurs, il apparaît intéressant d'étudier dans quelle mesure le sentiment de culpabilité du parent non-agresseur peut prédire celui de l'enfant victime d'AS selon qu'il soit du même sexe que le parent ou du sexe opposé. On pourrait penser qu'un enfant va se référer au parent du même sexe que lui afin d'évaluer la situation stressante, car ce dernier sera identifié comme un modèle de genre pour l'enfant. Par exemple, la fille pourrait démontrer davantage de réactions émotionnelles face à l'AS, car elle aura inféré, en observant sa mère, que ces émotions sont censées se produire chez les femmes. N'étant pas une question principale de notre étude, des recherches futures pourraient également considérer le lien direct entre le sentiment de culpabilité du parent non-agresseur et les problèmes de comportements intériorisés de l'enfant victime d'AS car ce lien semble contribuer à l'augmentation de ceux-ci.

Selon le modèle intégrateur testé dans ce mémoire, des différences de genre étaient observables. Premièrement, seuls les problèmes de comportement intériorisés de l'enfant étaient significativement liés au sentiment de culpabilité du parent, et ce, pour les deux genres. Deuxièmement, il y avait un effet direct du sentiment de culpabilité du parent à la suite du dévoilement sur le sentiment de culpabilité chez les filles victimes d'AS, mais pas chez les garçons victimes d'AS. Troisièmement, il n'y avait aucun lien entre le sentiment de culpabilité de l'enfant victime d'AS et les problèmes de comportement intériorisés, que ce soit pour les filles ou les garçons. Quatrièmement, seul le sentiment de culpabilité des filles était significativement associé aux conséquences externalisées, alors qu'il y avait absence d'association pour les garçons.

En ce qui a trait aux symptômes intériorisés, les résultats soulignent que les problèmes de comportement intériorisés ne sont pas liés au genre, mais que les problèmes de comportement extériorisés sont associés à un plus haut niveau de sentiment de culpabilité pour les filles victimes. Conformément à notre constatation, Villeneuve Cyr et Hébert (2011) n'ont également perçu aucune différence entre les filles et les garçons dans l'intériorisation des problèmes de comportement chez les enfants victimes d'AS. Cependant, il est possible que notre étude arrive à un résultat différent pour les problèmes de comportement extériorisés puisque notre échantillon impliquait un plus grand nombre de garçons que la plupart des études. Une autre explication possible de ce résultat pourrait être que l'âge de la victime lors du premier épisode d'AS peut moduler les conséquences négatives. En fait, Finkelhor et Browne (1995) affirment que les jeunes enfants ont une compréhension limitée des impacts d'une AS, tandis que les plus âgés (adolescent.es) sont plus attentifs aux normes sociales et aux implications associées. Ces auteurs estiment que les enfants plus âgés sont plus susceptibles d'éprouver des émotions telles que la culpabilité et la peur, soit des conséquences intériorisées. De plus, Maikovich-Fong et Jaffee (2010) révèlent que l'âge est un facteur significatif à la symptomatologie des enfants victimes d'AS. Ainsi, Coohey (2010) affirme que, par rapport aux garçons victimes d'AS, les filles victimes d'AS pourraient être plus susceptibles d'exprimer des problèmes de comportement intériorisés tout au long de l'adolescence. Cela peut être une explication possible de notre résultat, compte tenu de l'âge de notre échantillon (6-12 ans). Le stade de développement pourrait donc être une variable à étudier chez les enfants victimes d'AS. Dans l'ensemble, il est difficile de mettre ces résultats en contexte avec ceux

existants sur le sujet, car les études longitudinales ayant pour but de comparer les différences de genre dans les conséquences de l'AS sont limitées et ont révélé des résultats variés.

Tel que démontré sur le modèle intégrateur de la présente étude, le genre de l'enfant victime est un prédicteur des différentes conséquences comportementales que la victime pourrait développer à la suite de l'AS. Plus précisément, le rôle du genre dans la socialisation peut contribuer aux différences perceptibles entre les sexes au niveau des problèmes de comportement des enfants victimes d'AS. Notamment, les garçons qui appréhendent d'être stigmatisés en tant qu'homosexuels, lors d'une AS perpétrée par un individu de même sexe, peuvent exprimer leurs ressentis via des comportements extériorisés afin de satisfaire aux normes sociales de genre (Connell, 2014). La masculinité et l'orientation sexuelle sont des éléments assez importants dans le rôle social attribué aux garçons, il pourrait donc s'agir d'une difficulté supplémentaire combinée aux conséquences d'une AS que les garçons victimes doivent faire face. En fait, un garçon victime d'AS peut entretenir un sentiment de culpabilité puisqu'il peut estimer qu'il n'a pas été en mesure de se protéger, soit une caractéristique définie pour les hommes de la société, ce qui peut influencer le niveau des conséquences et retarder le processus de dévoilement (Finkelhor et Browne, 1985 ; Gagnier et Collin-Vézina, 2016). Par le fait même, le rôle de genre pourrait être une explication potentielle de notre résultat selon lequel le sentiment de culpabilité du parent non-agresseur ne serait pas lié au sentiment de culpabilité du garçon victime d'AS. Après réflexion, les parents non-agresseurs pourraient avoir tendance à conserver leur sentiment de culpabilité face à leur garçon et ainsi être moins ouverts à discuter des émotions liées à l'AS afin de démontrer l'exemple du rôle de genre masculin, qui est de limiter l'expression des sentiments et de rester fort face à l'adversité.

De surcroît, les caractéristiques de l'AS tendent à être différentes selon le genre, ce qui pourrait avoir une incidence sur la nature et la gravité des conséquences perçues chez les enfants victimes. Notamment, certaines études ont démontré qu'une AS perpétrée envers les garçons est plus susceptible d'impliquer des actes intrusifs (Soylu et al., 2016; Villeneuve Cyr et Hébert, 2011). Cependant, les filles semblent être victimes d'AS perpétrée d'une plus longue durée et de nature plus sévère (Maikovich-Fong et Jaffe, 2010 ; Spaccarelli, 1994 ; Soylu et al., 2016; Villeneuve Cyr et Hébert, 2011). Aussi, les filles sont plus susceptibles d'être agressées sexuellement par un membre de leur famille (Coohey, 2010; Villeneuve Cyr et Hébert, 2011). En d'autres termes, plus

l'AS est grave, plus l'enfant victime d'AS est susceptible de croire qu'il y a quelque chose en lui.elle qui rend l'AS méritée (Feiring et Cleland, 2007).

6.3 Forces et limites méthodologiques

Les forces de ce projet de recherche sont avant tout que celui-ci inclut les perceptions des parents non-agresseurs quant aux comportements de l'enfant à la suite d'une AS. Par ailleurs, l'échantillon comprend un nombre plus élevé de participants comparativement aux autres études, particulièrement un nombre supérieur de garçons victimes d'AS. L'échantillon est composé de jeunes victimes âgées de 6 à 12 ans, ce qui contribue à faire avancer les connaissances scientifiques sur les questions liées à l'AS à ce stade de développement. Explorer les différences entre les genres est une autre force de cette étude. En effet, celle-ci permet de vérifier les écarts entre les garçons et les filles victimes d'AS afin d'obtenir davantage de connaissances sur leurs trajectoires de guérison, ce qui permet de créer des interventions adaptées au genre de la victime. De surcroît, à la lumière de nos connaissances, il s'agit de la première étude à analyser la relation entre le sentiment de culpabilité du parent non-agresseur et de l'enfant victime d'AS. Ensuite, l'étude permet de documenter et de mieux comprendre les difficultés auxquelles font face les tuteurs légaux lors d'un dévoilement d'AS d'enfant. Ces informations reconnaissent l'aide de programmes et de ressources pédagogiques offertes aux parents afin que ces derniers soient davantage en mesure d'appuyer adéquatement leur enfant victime d'AS dans son rétablissement.

Certaines limites doivent être mentionnées. Premièrement, cette recherche est transversale, ce qui ne permet pas de déterminer un lien de causalité et un effet de constance à travers le temps entre les variables analysées. D'autant plus qu'à la suite d'une AS, des symptômes peuvent être latents, soit se développer plus tard (Daignault et Hébert, 2008). Conduire des analyses longitudinales afin de mieux comprendre la relation entre le sentiment de culpabilité des parents et de l'enfant pourrait être pertinent. Deuxièmement, les instruments utilisés pour mesurer le sentiment de culpabilité comprennent un nombre limité d'énoncés, ce qui peut réduire la sensibilité de la mesure. Troisièmement, les variables considérées dans notre modèle n'expliquaient qu'une infime partie de la variance des variables d'intérêt. Toutefois, des études annonçant des divergences de genre au niveau des conséquences à la suite d'une AS ont également rapporté des tailles d'effet faibles à modérées. En effet, les problèmes de comportement pouvant être développés à la suite d'une AS

sont multidimensionnels et peuvent être influencés par divers facteurs de risque et/ou de protection retrouvés chez la victime (Gauthier-Duchesne, 2017). De même, certaines variables potentiellement pertinentes n'ont pas été incluses dans le présent modèle. Par exemple, les études futures pourraient analyser la qualité de la relation parent-enfant en tant que médiateur de la relation entre le sentiment de culpabilité de l'enfant victime d'AS et les problèmes de comportements associés. En effet, le rôle de l'attachement que l'enfant développe envers son parent est significatif dans son niveau de capacité d'adaptation et donc, est un prédicteur des problèmes de comportements intériorisés et/ou extériorisés à la suite d'une AS (Bolan et Lamb, 2007; Weinfield et al., 2008). L'ajout d'autres variables pertinentes pourrait améliorer le modèle et favoriser une compréhension plus complète de la symptomatologie de l'enfant victime d'AS et ainsi augmenter le pourcentage de variance expliquée au niveau des résultats. Quatrièmement, l'absence de variables contrôles ne permet pas de diminuer ou d'éviter les biais pouvant menacer la validité interne de cette étude. Finalement, malgré notre intérêt à évaluer les éventuelles différences entre l'effet du sentiment de culpabilité des mères et des pères, il ne nous a pas été possible de réaliser l'analyse compte tenu de la présence de peu de pères dans notre échantillon.

6.4 Implications pour les interventions sexologiques

Les résultats de cette étude mettent en évidence certaines implications importantes pour la pratique clinique. L'une des principales implications de ce projet est de considérer le sentiment de culpabilité du parent dans les thérapies visant le rétablissement des enfants victimes d'AS. Les études antérieures ont principalement mis l'accent sur les impacts des facteurs familiaux (p. ex. violence conjugale) et de la victimisation du parent durant l'enfance sur la symptomatologie des enfants victimes d'AS. Ce constat pourrait permettre au parent d'avoir l'opportunité d'exprimer son sentiment de culpabilité dans les interventions, tout en ayant un espace pour l'introspection puis, obtenir des outils pour une meilleure régulation émotionnelle. Dans le même ordre d'idée, la thérapie familiale axée sur le rétablissement des enfants victimes d'AS a pour but de favoriser des interactions positives entre les membres de la famille pour contribuer au rétablissement de l'enfant qui compose avec des conséquences de l'AS. Cette approche s'appuie sur la conception selon laquelle les relations familiales peuvent avoir un effet (positif ou négatif) considérable sur le développement de l'enfant (Diamond et Josephson, 2005). Par exemple, une séance peut proposer que l'enfant exprime sa colère ou sa déception au parent non-agresseur et que ce dernier partage

son sentiment de culpabilité face à l'AS. En effet, Spaccarelli (1994) affirme que les difficultés retrouvées chez la victime peuvent être liées aux événements stressants entourant l'AS, dont le dysfonctionnement familial, principalement les tensions dans les relations entre les membres de la famille. En ce sens, les résultats de notre étude permettent de contribuer aux connaissances de cette approche thérapeutique pour ainsi aider l'enfant victime à surmonter l'événement traumatique de l'AS, développer des relations significatives avec le parent non-agresseur et obtenir des outils pour prévenir une revictimisation d'AS.

De surcroît, investiguer le sentiment de culpabilité du parent non-agresseur suite à un dévoilement d'AS de son enfant pourrait aider à obtenir à une meilleure compréhension de l'impact de l'AS sur le parent tuteur et la victime, soit une cible d'intervention pertinente. En effet, mettre l'accent sur cet élément dans les interventions auprès des familles de la victime pourrait aider les parents non-agresseurs à se rétablir suite au dévoilement de l'AS, à avoir un meilleur fonctionnement et cohésion familiale, à obtenir du soutien et à entretenir des stratégies d'adaptations appropriées. Particulièrement étudié chez les mères non-agresseuses, peu d'études ont évalué l'impact d'un dévoilement d'AS auprès des deux parents. Cependant, l'étude de Cyr et ses collègues (2016) révèle que la détresse psychologique serait observée majoritairement chez les mères, mais également chez les pères de leur échantillon. Ces parents peuvent également composer avec cette détresse à un niveau plus élevé que les parents dont les enfants n'ont pas été victimes (Cyr et al., 2011). Chez la mère, cette conséquence à la suite du dévoilement peut la mener à être indisponible émotionnellement et à devenir désengagée face à son rôle parental (Cyr et al., 2011). En lien avec l'approche de Spaccarelli (1994), les problèmes de comportement perçus chez l'enfant victime d'AS semblent être liés au stress résultant d'un manque de soutien qui pourrait être perturbé par le sentiment de culpabilité du parent à la suite du dévoilement. Si, la mère, par exemple, n'offre pas un soutien adéquat à l'enfant, ce dernier court un risque d'opter vers des stratégies d'adaptation inadaptées, dont l'évitement et le blâme (Spaccarelli, 1994). Des études antérieures ont démontré qu'un soutien parental adéquat, moins de détresse familiale et une bonne santé mentale parentale sont des éléments liés à de meilleurs résultats pour la trajectoire de guérison des enfants victime d'AS (Langevin et al., 2016). Il paraît donc impératif de cibler le sentiment de culpabilité dans les interventions auprès des parents non-agresseurs afin de diminuer leur détresse psychologique face

au dévoilement d'AS de leur enfant puis, assurer une plus grande disponibilité de soutien parental pour la victime.

Une autre implication de nos résultats est que le sentiment de culpabilité de l'enfant victime d'AS pourrait être un obstacle pour aider à diminuer la symptomatologie retrouvée, principalement pour les filles. Ainsi, ce résultat aide le.la professionnel.le de la santé à comprendre la complexité des conséquences comportementales liées à l'AS subie par l'enfant et permet d'identifier un facteur de risque pouvant influencer les différences de genre quant au rétablissement de l'enfant victime.

Cette étude permet également de souligner les impacts des réactions des personnes significatives de l'enfant victime à la suite d'un dévoilement d'AS sur son sentiment de culpabilité, ainsi que sur sa trajectoire de guérison. Le sentiment de culpabilité chez l'enfant victime d'AS semble être un facteur de risque important dans le retardement et/ou évitement de son dévoilement ainsi que dans son processus de demande d'aide (Kennedy et Prock, 2016). En effet, le dévoilement d'AS à un membre de la famille non-agresseur peut être préjudiciable pour certains enfants victimes, particulièrement lors d'une réaction non-soutenante (Elliot et al., 2022). Ainsi, la qualité de la réaction face au dévoilement de l'enfant pourrait expliquer les variations au niveau des problèmes de comportement de la victime (Easton, 2019; Finkelhor et Browne, 1985). Dans le même ordre d'idée, comprendre la dynamique de victimisation sans blâmer la victime pourrait être bénéfique au niveau du sentiment de culpabilité que l'enfant et le parent non-agresseur pourraient entretenir. En effet, certaines croyances personnelles conduisent à blâmer la victime, ce qui pourrait exacerber le sentiment de culpabilité de la victime et ainsi contribuer au développement des conséquences néfastes à la suite d'une AS (Campbell et al., 2009; Hamby et Grinch, 2016). Tel que proposé par Finkelhor et Browne (1985), les conséquences de la stigmatisation sont nombreuses et amènent la victime à se sentir coupable, ce qui peut susciter des difficultés à long terme. Il serait alors pertinent de propager davantage de messages auprès du public en général afin de contrer les idées préconçues négatives envers les victimes afin que ces derniers soient plus en mesure de diminuer leur sentiment de culpabilité et de se rétablir de cette violence sexuelle. Il est d'autant plus important de sensibiliser l'enfant victime dans les interventions thérapeutiques qu'il.elle n'est en aucun cas responsable des gestes qui ont été posés. Leur sentiment de culpabilité face à l'événement pourrait diminuer et donc, les conséquences associées également. Enfin, nos résultats illustrent l'importance d'élaborer davantage de mesures préventives pour contrer les effets négatifs causés par une réaction

non-soutenante de l'AS subie afin d'éviter des répercussions négatives chez la potentielle victime et encourager cette dernière à demander de l'aide.

En somme, afin de développer des interventions thérapeutiques plus bénéfiques pour une adaptation plus efficace et rapide chez un enfant victime d'AS, les résultats de cette présente étude attestent l'importance d'évaluer l'influence du sentiment de culpabilité du parent et de l'enfant sur le fonctionnement de ce dernier à la suite d'une AS.

6.5 Pistes de recherche

Cette étude met de l'avant le rôle potentiel du sentiment de culpabilité du parent non-agresseur dans le rétablissement d'un enfant ayant subi une AS. En effet, le sentiment de culpabilité peut limiter les comportements de recherche d'aide de la part du parent et ainsi fournir un manque de soutien à l'enfant victime. Par ailleurs, peu d'études ont discuté du rôle du soutien paternel non-agresseur et de son impact dans l'adaptation de l'enfant suite à une AS. La responsabilisation systématique des mères par rapport aux expériences néfastes vécues par leurs enfants peut être une raison de l'absence de recherche scientifique sur la contribution des pères face aux événements aversifs subis par leurs enfants. En fait, les stéréotypes de genre dans notre société soutiennent l'idée qu'un père doit être inébranlable et insensible. Ainsi, les pères non-agresseurs pourraient avoir des difficultés à explorer et à parler de leurs sentiments envers l'AS que leur enfant a subi, et donc, être moins présents émotionnellement pour leurs enfants. Par le fait même, la qualité de l'attachement père-enfant est un facteur de protection au développement des conséquences chez l'enfant victime d'AS (Gaumon et Paquette, 2012; Hébert et al., 2018). En effet, il a été démontré que les parents non-agresseurs présentent un soutien et une implication distincts au niveau du rétablissement de l'enfant victime d'AS, mais seraient complémentaires (Hébert et al., 2018). En ce sens, impliquer les pères dans les thérapies peut favoriser l'utilisation de stratégies d'adaptation adéquates chez l'enfant victime d'AS et ainsi, diminuer leur symptomatologie reliée à l'AS (Hébert et al., 2018). Des recherches futures pourraient analyser les différences au niveau du soutien parental et de la relation d'attachement père-enfant vis-à-vis le rétablissement de l'enfant victime d'AS, intégrer ces résultats dans les interventions auprès de cette population cible puis, incorporer des programmes d'intervention spécifiques pour le père non-agresseur.

Les résultats de notre étude indiquent aussi la nécessité de développer davantage d'études en lien avec l'AS durant l'enfance avec un plus grand échantillon de garçons afin qu'il soit possible de distinguer la différence de genre au niveau des conséquences, des facteurs de protection, des préventions, des interventions et de la résilience auprès des enfants victimes d'AS. Conduire des recherches longitudinales serait d'ailleurs pertinent afin d'évaluer si ces différences de genre se maintiennent à travers le temps.

Finalement, malgré l'absence de ces variables dans notre étude, il apparaît intéressant d'analyser les caractéristiques de l'AS (lien de proximité avec l'agresseur, durée, chronicité et sévérité de l'AS) comme des facteurs de risque pouvant potentiellement influencer le niveau de sentiment de culpabilité préservé chez la victime. Notamment, une méta-analyse incluant des études réalisées auprès de victimes d'AS âgées de moins de 18 ans, révèle que les enfants ayant subi une AS intrafamiliale seraient plus enclins à développer un sentiment de culpabilité et des symptômes de stress post-traumatique que les enfants ayant vécu une AS extrafamiliale (Kendall-Trackett et al., 1993). En effet, les AS intrafamiliales se produisent généralement sur une longue durée et impliquent des gestes plus sévères (p. ex : utilisation de la force), ce qui accentuerait le sentiment de culpabilité et les autres conséquences (Kendall-Trackett et al., 1993). Une autre étude révèle qu'une AS sévère serait lié à un plus haut niveau de sentiment de culpabilité, à l'utilisation de stratégies d'adaptations inadaptées et à plus de symptômes de stress post-traumatique chez la victime (Fillipas et Ullman, 2006). De ce fait, l'enfant victime d'AS pourrait croire qu'il y a quelque chose en lui.elle qui fait en sorte que l'AS a été mérité (Feiring et Cleland, 2007). Par ailleurs, le sentiment de culpabilité de l'enfant victime pourrait surgir d'une brisure de confiance entre l'agresseur et l'enfant, en réalisant que cette personne l'a trahi, particulièrement lors d'une agression intrafamiliale (Quas et al., 2003). Toutefois, le manque d'études sur le sujet ne permet pas d'obtenir consensus sur la portée des caractéristiques de l'AS sur le sentiment de culpabilité entretenu chez l'enfant victime d'AS.

CONCLUSION

Cette étude met en évidence le rôle potentiel du sentiment de culpabilité du parent non-agresseur dans la trajectoire de rétablissement de l'enfant à la suite d'un dévoilement d'AS. Les résultats de cette présente étude révèlent que les problèmes de comportement à la suite d'une AS sont influencés par différentes attributions que l'enfant victime et le parent non-agresseur peuvent avoir. Les résultats ont également mis à l'avant l'importance de prendre en compte les éventuelles spécificités de genre dans les interventions thérapeutiques, car celles-ci peuvent avoir un impact significatif sur leur processus de réadaptation. Cette étude a comblé certaines des lacunes de la littérature antérieure en examinant les variables d'intérêt parmi un échantillon comprenant un plus grand nombre de garçons victimes d'AS. En effet, inclure davantage de garçons victimes d'AS dans les études ainsi que qu'analyser leurs différences au niveau des conséquences pourrait permettre de mieux expliquer de quelle manière les facteurs de risque se conjuguent et maintiennent les symptômes à plus long terme. Bien que l'étude n'ait pas analysé l'évolution des symptômes dans le temps, elle a contribué à la compréhension des facteurs contribuant aux problèmes de comportement chez les enfants victimes d'AS. D'ailleurs, les résultats ont permis de souligner la pertinence d'investiguer et de travailler sur le sentiment de culpabilité du parent non-agresseur dans les interventions visant le rétablissement de l'enfant victime d'AS. En accompagnant davantage le parent et en s'attardant à ses besoins émotionnels, sa disponibilité de soutien envers l'enfant pourrait s'améliorer et donc, les conséquences chez ce dernier également. Espérons que les efforts se poursuivront dans nos tentatives de mieux comprendre la diversité des profils des enfants victimes d'AS et d'identifier des indices pour mettre en œuvre des interventions efficaces pour ces enfants vulnérables.

ANNEXE A
CERTIFICAT ÉTHIQUE

Le 6 juillet 2017

Docteur Jean-Yves Frappier
CHU Sainte-Justine

Objet	Autorisation de réaliser la recherche
	MP-21-2017-1535Documenter les trajectoires de guérison et optimiser le traitement des enfants et des adolescentes et adolescents victimes d'agression sexuelle

Bonjour,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre dans notre établissement et/ou sous ses auspices.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement afin de compléter l'examen de convenance ainsi que la lettre du CER évaluateur. Si ce CER vous informe pendant le déroulement de cette recherche d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devrez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CER évaluateur.

Notre établissement a reçu une copie de la version finale des documents se rapportant à la recherche, approuvée par le CER évaluateur.

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez :

1) à vous conformer aux demandes du CER évaluateur, notamment pour le suivi éthique continu de la recherche;
2) à rendre compte au CER évaluateur et à la signataire de la présente autorisation du déroulement du projet, des actes de votre équipe de recherche, s'il en est une, ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;
3) à respecter les moyens relatifs au suivi continu qui ont été fixés par le CER évaluateur;
4) à conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CER évaluateur, après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification;
5) à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche dans notre établissement, à savoir la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des participants de recherche recrutés dans notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CER évaluateur en sera alors informé.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Je vous invite à entrer en communication avec moi pendant le déroulement de cette recherche dans notre établissement, si besoin est. Vous pouvez aussi contacter notre CER en vous adressant au Bureau de l'éthique de la recherche (ethique@recherche-ste-justine.qc.ca, poste 4040).

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué à votre demande par notre établissement ainsi que le numéro attribué au projet de recherche par le CER évaluateur.

Veuillez accepter mes sincères salutations.

Marc Girard, M.D.
Directeur des services professionnels (DAMU)
Personne formellement mandatée au CHU Sainte-Justine pour autoriser la réalisation des projets de rercherche

Université du Québec à Montréal

CIEREH

Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE
RENOUVELLEMENT

No. de certificat : 2012-498
Date : 2022-04-11

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a examiné le rapport annuel pour le projet mentionné ci-dessous et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (janvier 2020) de l'UQAM.

Protocole de recherche

Chercheur principal : Martine Hébert
Unité de rattachement : Département de sexologie
Titre du protocole de recherche : Trajectoires de développement et parcours de rétablissement et résilience chez les enfants victimes d'agression sexuelle/Development trajectories and pathways torecovery ansd resilience in children victims of sexual abuse
Source de financement (le cas échéant) : IRSC
Date d'approbation itiniale du projet : 2011-11-01

Équipe de recherche
Cochercheurs externes : Claire Allard-Dansereau (CHU Ste-Justine); Anne-Claude Bernard-Bonnin (CHU Ste-Justine); Mireille Cyr (UdeM)
Étudiantes réalisant un projet de mémoire: Annabel de Champlai
Étudiantes réalisant un projet de thèse : Amélie Tremblay- Perreault; Laetitia Mélissande Amédée; Justine Caouette

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiqués rapidement au comité.

Tout évènement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiquée au comité. Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide jusqu'au **2023-05-01**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat.

Louis-Philippe Auger

UQÀM | CIEREH
comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains

AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

No. de certificat : 2012-498
Date : 09 septembre 2022

Nom de l'étudiant.e : Anabel De Champlain (DECA19529206)
Titre du projet : Trajectoires de développement et parcours de rétablissement et résilience chez les enfants victimes d'agression sexuelle / Development trajectories and pathways to recovery and resilience in children victims of sexual abuse
Programme d'étude : Maîtrise en sexologie
Unité de rattachement : Département de sexologie
Direction de recherche : Martine Hébert

OBJET : Avis final de conformité - doctorat

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) confirme que Anabel De Champlain a réalisé sa thèse de doctorat sous la direction de Martine Hébert conformément aux normes et politiques éthiques en vigueur, en tant que membre de l'équipe de recherche pour le projet couvert par le certificat d'éthique no. 2012-498.

Merci de bien vouloir inclure le présent document et du certificat d'éthique susmentionné en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CIEREH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.

Gabrielle Lebeau
Coordonnatrice du CIEREH

Pour Yanick Farmer, Ph.D.
Professeur
Président

Signé le 2022-09-09 à 13:06

ANNEXE B
DIDACTICIEL EPTC-2 : FER

Groupe en éthique de la recherche
Piloter l'ethique de la recherché humaine

EPTC 2: FER

Certificat d'accomplissement

Ce document certifie que

Anabel De Champlain

a complété le cours : l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains : Formation en éthique de la recherche (EPTC 2 : FER)

7 juin, 2020

ANNEXE C
QUESTIONNAIRE DE L'ENFANT

Échelle de culpabilité/blâme du *Children Impact of Traumatic Event Scale II*.

Maintenant, je vais te lire une phrase et tu me diras si pour toi cette phrase est très vraie, un peu vraie ou pas vraie du tout.

0 = Faux 1 = Un peu vrai 2 = Très vrai

Faux		Très vrai	
(0)	(1)	(2)	1. Certaines personnes me blâment (me reprochent) pour ce qui est arrivé.
(0)	(1)	(2)	2. Des mauvaises choses m'arrivent tout le temps.
(0)	(1)	(2)	3. J'ai l'impression que ce qui est arrivé est de ma faute.
(0)	(1)	(2)	4. Ça m'est arrivé parce que j'ai fait quelque chose de mal et je devais être puni.e.
(0)	(1)	(2)	5. Ça m'est arrivé parce que je suis malchanceux.euse.
(0)	(1)	(2)	6. Je me sens coupable de ce qui est arrivé.
(0)	(1)	(2)	7. Ça m'est arrivé à cause de quelque chose que j'ai fait.
(0)	(1)	(2)	8. Je mérite d'être puni.e pour les choses que j'ai faites en lien avec ce qui m'est arrivé.

ANNEXE D
QUESTIONNAIRES DU PARENT

Échelle des problèmes de comportements intériorisés et extériorisés du *Child Behavior Checklist*.

Le questionnaire CBCL n'est pas présenté en annexe en raison des droits d'auteur

Sous-échelle du sentiment de culpabilité du *Family Empowerment Scale*.

1 = Fortement en désaccord 2 = En désaccord 3 = Ni en désaccord, ni en accord 4 = En accord 5 = Fortement en accord

Fortement en désaccord				Fortement en accord	
①	②	③	④	⑤	6. Je sens que j'aurais dû être capable de prévenir l'agression sexuelle.
①	②	③	④	⑤	7. Je me sens responsable de l'agression sexuelle qu'a vécue mon enfant.
①	②	③	④	⑤	8. Je m'en veux de ne pas avoir su ce qui se passait avant.

ANNEXE E
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Si le document est en format PDF, pour le compléter, utiliser la fonction « Remplir et signer » du logiciel Adobe Acrobat Reader.

Révision : 2021.03.17 – IRSC III Version Enfant

APPROUVÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE
18 MAI 2021
MP-22-2017-2535
CHU SAINTE-JUSTINE

CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier universitaire mère-enfant
Université de Montréal

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Québec

CIASF

fondation marie-vincent

UQÀM
Université du Québec à Montréal

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Documenter les trajectoires de guérison et optimiser le traitement des enfants et des adolescents.es victimes d'agression sexuelle

(Uncovering pathways to recovery and optimizing treatment for child and adolescent victims of sexual abuse)

Chercheure principale : MARTINE HÉBERT, Ph.D., département de sexologie, Université du Québec à Montréal

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

Vous êtes invités à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Madame, Monsieur,

Nous sollicitons votre participation et celle de votre enfant à une étude menée par une chercheure de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) en collaboration avec les milieux d'intervention suivants : Clinique de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine, Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (CIASF), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) et Fondation Marie-Vincent (FMV). Cette étude porte sur les facteurs ainsi que les interventions qui aident les enfants d'âge scolaire et leurs parents à surmonter des événements difficiles, comme une agression sexuelle. Les objectifs de ce projet sont d'identifier a) les facteurs qui influencent le développement des enfants, b) l'évolution des enfants sur une période d'un an et c) d'évaluer l'efficacité des interventions offertes. Les données recueillies sont susceptibles de nous aider à identifier les besoins de ces enfants et de pouvoir mettre en place des services permettant de bien répondre à ces besoins.

EN QUOI CONSISTE LA PARTICIPATION AU PROJET?

Le projet comprend trois volets :

1) Collecte de données effectuée directement auprès des participants.es

Votre collaboration et celle de votre enfant à ce volet consistera à prendre part à trois (3) entrevues individuelles avec une assistante de recherche pour compléter des questionnaires. Ces questionnaires ont trait à votre situation personnelle, psychologique, familiale et conjugale ainsi que sur le comportement et le développement de votre enfant. Les questionnaires administrés à votre enfant ont trait à son comportement et à son développement. La passation de questionnaires sous forme de jeux et d'images sera enregistrée par mode audio et cet enregistrement sera effacé dès que les données auront été informatisées. Vous et votre enfant serez rencontrés à trois (3) reprises pour une entrevue, soit lors de votre visite dans le milieu d'intervention (avant les services de thérapie, s'il y a lieu), à environ 6 mois (à la fin des services reçus, si applicable) et à un an suivant la première rencontre. Ces entrevues sont d'une durée moyenne de 90 minutes pour vous et de 60 minutes pour votre enfant. Les entrevues de relance auront lieu à votre domicile, à l'université ou à distance (p. ex. par téléphone, par vidéoconférence).

Pour les milieux offrant des services de thérapie, les questionnaires (1ère et 2e passations) serviront à produire un tableau-résumé qui sera remis à votre intervenant.e.

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

Votre participation à ce volet consiste à autoriser l'équipe de recherche à recueillir des informations dans le dossier clinique ou médical de votre enfant, comprenant, entre autres, la description des services que votre enfant a reçus et pour les milieux avec des services de thérapie, les données d'un court questionnaire complété à chaque rencontre. Cette information peut être transmise par votre intervenant.e. Cette autorisation ne vous demandera aucune participation supplémentaire.

3) Collecte de données effectuée auprès de l'enseignant.e

Si vous acceptez, l'enseignant.e sera aussi invité.e à compléter un questionnaire portant sur le comportement de l'enfant à l'école. Lors de la collecte des informations, vous avez la possibilité de refuser que l'enseignant.e soit contacté.e. On lui précisera qu'il s'agit d'une étude sur l'adaptation des jeunes enfants, sans préciser le site de recrutement ni le motif de consultation. L'enseignant.e ne sera pas informé.e que l'enfant a dévoilé une agression sexuelle.

Avantages de l'étude

Le fait de compléter des questionnaires peut vous permettre de faire le point sur différents aspects de votre vie, sur l'adaptation de votre enfant et de mieux saisir son développement. Le fait de recueillir ces informations sur l'ensemble des parents et des enfants nous permettra de mieux définir les caractéristiques des enfants qui ont été agressés sexuellement et de mieux saisir les besoins des services d'intervention.

Inconvénients et risques

Certains inconvénients et risques peuvent survenir lorsque vous complétez des questionnaires. Un possible inconvénient, pour vous et votre enfant, est le temps que vous accorderez pour compléter les questionnaires. Un autre désavantage possible serait de vous rappeler des épisodes désagréables de votre vie familiale ou de votre relation conjugale. Dans le cas où l'entrevue fasse surgir des sentiments négatifs, votre intervenant.e sera avisé.e lors des entrevues qui se déroulent dans les milieux d'intervention. Au besoin, vous pouvez également discuter de ce malaise avec votre intervenant.e. Lors des relances, l'assistante de recherche vous renseignera après l'entrevue sur les personnes-ressources disponibles si vous sentez le besoin de parler d'une expérience difficile.

En ce qui concerne les risques encourus par votre enfant, tels que le rappel des événements traumatisants, des précautions sont prises afin qu'ils soient minimes. En ce sens, à aucun moment nous ne demandons à l'enfant de décrire ce qu'il a vécu. De plus, il est possible de faire une pause, selon les besoins, ou de mettre un terme à l'entrevue si vous ou votre enfant le désirez. Le personnel de recherche est constitué de professionnel.les et d'étudiants.es formés.es au niveau universitaire dans le domaine de la recherche psychosociale. Ces personnes ont déjà mené des entrevues auprès des enfants et des parents.

Confidentialité et utilisation des données recueillies

Pour éviter votre identification et celle de votre enfant comme personne participante à cette recherche, les données recueillies seront traitées de manière ***entièrement confidentielle***, à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi (par exemple, en vertu de l'article 39 de la loi sur la Protection de la Jeunesse[1]). La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code numérique pour identifier les questionnaires et les informations recueillies dans le dossier clinique ou médical. Pour les formulaires d'information et de consentement et les questionnaires complétés en ligne, les données codées seront conservées dans un serveur sécurisé et privé qui est basé en Irlande (Qualtrics). L'accès aux données est donc soumise aux lois d'accès à l'information en vigueur en Irlande, lois similaires à celles en vigueur au Canada. Une copie des données sera conservée sur les serveurs de l'entreprise qui s'engage à conserver la confidentialité des données. Toutes les données recueillies sur les serveurs de Qualtrics seront effacées dès qu'elles auront été récupérées (copie PDF et transfert des données dans la banque de données). Cette récupération s'effectue habituellement une à deux semaines suivant la passation du questionnaire.

Seule l'équipe de recherche (chercheure, professionnel.les et assistant.es de recherche) aura accès aux formulaires de consentement. Ces personnes sont tenues au respect de la confidentialité des informations consultées. Les questionnaires, les informations recueillies dans le dossier clinique ou médical et les enregistrements audio seront conservés sous clé dans les locaux de la chercheure principale (Martine Hébert - UQAM) et les seules personnes qui y

[1] Article 39. Toute personne qui a un motif raisonnable de croire qu'un enfant est victime d'abus sexuels ou de mauvais traitements physiques, est tenue de signaler sans délai la situation au Directeur de la protection de la jeunesse.

auront accès sont le personnel de recherche. Ces documents seront détruits 7 ans après la fin du projet. L'enfant a droit à la confidentialité de ses réponses. Ainsi, elles ne seront pas discutées avec le parent. Les comités d'éthique de la recherche (CER) concernés ainsi que l'organisme subventionnaire (IRSC) pourront avoir accès aux données.

En plus de l'équipe de recherche impliquée dans ce projet, des étudiant.es de maîtrise et de doctorat, supervisé.es par la chercheure principale, pourraient avoir accès au fichier de traitement statistique des données brutes dénominalisées. Ainsi, ces données pourraient être conservées dans une banque de données et être utilisées dans des études futures portant sur la trajectoire développementale des enfants, ce qui ne permettrait d'aucune façon l'identification des participant.es. Les résultats des recherches effectuées avec ces données ne permettront pas non plus d'identifier les personnes participantes. Les résultats seront diffusés dans des articles de revues scientifiques, des présentations lors de congrès et colloques, et des travaux d'étudiants.es.

De plus, selon le site de collecte, des informations sommaires individualisées sous forme de tableaux et de graphiques seront remises à l'intervenant.e afin qu'il.elle puisse prendre connaissance de l'adaptation de votre enfant aux événements difficiles qu'il a pu avoir vécus.

Responsabilité de la chercheure

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 la chercheure de sa responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui causerait préjudice à vous-même ou à votre enfant.

Compensation

Si vous acceptez de compléter les questionnaires, une compensation d'ordre monétaire de 20$ vous sera remise lorsque la rencontre a lieu à l'extérieur du cadre des services de thérapie offerts par les milieux et pour défrayer les coûts de déplacement et/ou les frais de gardiennage que pourrait entraîner votre participation.

Est-il obligatoire de participer?

Non. La participation à ce projet se fait sur une base volontaire. Vous et votre enfant êtes entièrement libres de participer ou non en partie ou en totalité aux différentes composantes du projet. Vous êtes également libre d'accepter ou non que votre enfant participe. Vous êtes libre de vous retirer du projet ou de retirer votre enfant à tout moment et qu'alors toutes les données de recherche recueillies vous concernant seront détruites (veuillez communiquer par téléphone ou par courriel avec la chercheure responsable de ce volet ou l'assistante aux services cliniques et de recherche). Sachez que la décision de participer ou non, ou le retrait de votre participation à cette étude n'affectera en rien les services qui vous sont offerts dans le milieu d'intervention impliqué.

Personnes disponibles pour répondre à vos questions

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, n'hésitez pas à communiquer avec nous aux coordonnées indiquées ci-dessous :

Martine Hébert, Ph.D. — (514) 987-3000 # 5697
Chercheure principale — hebert.m@uqam.ca
Professeure titulaire au département de sexologie, UQAM

Arianne Jean-Thorn, B.A. — (514) 987-3000 # 1253
Candidate au doctorat en psychologie — jean-thorn.arianne@courrier.uqam.ca
Coordonnatrice du projet, UQAM

Ce projet a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CER) du CHU Sainte-Justine. Si vous avez des questions au sujet des droits de votre enfant à titre de participant à l'étude ou une plainte à formuler, veuillez contacter la conseillère à la clientèle du CHU Sainte-Justine au (514) 345-4749. Pour les participants.es au CIUSSS MCQ, veuillez-vous adresser au 1 888 693-3606 ou (819) 370-2200, poste 3260.

Ce projet a également été revu et approuvé par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIÉR). Si vous avez des questions au sujet de vos droits à titre de participant ou de tuteur légal d'un enfant

participant à ce projet ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la présidence du Comité, par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro (514) 987-3000 # 7753 ou par courriel à ciereh@uqam.ca.

Ces démarches visent à assurer la protection des participantes et participants.

Si le document est en format PDF, pour le compléter, utiliser la fonction « Remplir et signer » du logiciel Adobe Acrobat Reader.

CONSENTEMENT ET ASSENTIMENT - SIGNATURES

DOCUMENTER LES TRAJECTOIRES DE GUÉRISON ET OPTIMISER LE TRAITEMENT DES ENFANTS ET DES ADOLESCENT.ES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

En signant le présent formulaire, je certifie que :

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

J'accepte librement que mon enfant participe aux 3 entrevues permettant la passation des questionnaires. ☐ Oui ☐ Non

J'accepte librement de participer aux 3 entrevues permettant la passation des questionnaires. ☐ Oui ☐ Non

J'accepte que des informations sommaires individualisées soient présentées sous forme de tableaux et de graphiques à mon intervenant.e (si applicable). ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

J'accepte que les données recueillies dans le dossier clinique ou médical de mon enfant soient transmises à l'équipe de recherche. ☐ Oui ☐ Non

J'accepte que l'enseignant.e de mon enfant soit invité.e à compléter un questionnaire sur son comportement à chaque temps de mesure. ☐ Oui ☐ Non

J'accepte qu'un membre du personnel de recherche communique avec moi dans 4 à 6 mois pour prévoir une 2e rencontre. ☐ Oui ☐ Non

Téléphone au domicile _____ Cell. ☐ Autre : _____ Courriel _____

Adresse _____ Numéro _____ Rue (# appartement) _____ Municipalité (Province) _____ Code postal _____

Coordonnées de deux personnes qui pourraient nous aider à vous rejoindre :

Nom et prénom du contact (Lettres moulées) _____ Lien du contact avec le participant _____ # de téléphone _____

Nom et prénom du contact (Lettres moulées) _____ Lien du contact avec le participant _____ # de téléphone _____

Nom et prénom du parent/tuteur (Lettres moulées) _____ Consentement du parent/tuteur (Signature) _____ Date (jj/mm/aaaa) _____

Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées) _____ Assentiment de l'enfant (Signature) (si capable de comprendre la nature du projet) _____ Date (jj/mm/aaaa) _____

Assentiment verbal de l'enfant incapable de signer, mais capable de comprendre la nature de ce projet: ☐ Oui ☐ Non

Date de naissance de l'enfant (jj/mm/aaaa) _____ Âge de l'enfant _____

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

Nom et prénom de la personne qui a obtenu le consentement (Lettres moulées) _____ Signature de la personne qui a obtenu le consentement _____ Date (jj/mm/aaaa) _____

Remettre une copie signée aux participants.

RÉFÉRENCES

Achenbach, T. M., Dumenci, L., et Rescorla, L. A. (2001). Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. *Burlington, VT: University of Vermont*, 1-9.

Allard, M. A. (2014). Des pères non-agresseurs face au dévoilement de l'agression sexuelle de leur enfant: impact psychologique et soutien paternel. Thèse. Université de Montréal.

Alix, S., Cossette, L., Cyr, M., Frappier, J. Y., Caron, P. O., et Hébert, M. (2020). Self-blame, shame, avoidance, and suicidal ideation in sexually abused adolescent girls: A longitudinal study. *Journal of Child Sexual Abuse*, *29*(4), 432-447. https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1678543

Bandura, A. (1979). L'apprentissage social. Trad. J.A. Rondal. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Banyard, V. L., L.M. Williams et J.A. Siegel (2004). Childhood sexual abuse: A gender perspective on context and consequences, *Child Maltreatment*, *9*(3), p. 223-238 https://doi.org/10.1177/107755904266914

Berliner, L. (2011). Child sexual abuse – Definition, prevalence, and consequences. Dans J.E.B Myers (dir.), The APSAC Handbook on child maltreatment (p.215-232). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Blain, L. M., Galovski, T. E. et Robinson, T. (2010). Gender differences in recovery from posttraumatic stress disorder: A critical review. *Aggression and Violent Behavior, 15(6),* 463-474. https://doi.org/10.1016/j.avb.2010.09.001

Bolen, R. M., & Lamb, J. L. (2007). Parental support and outcome in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse, 16*(2), 33–54. https://doi.org/10.1300/J070v16n02_03

Briere, J., et Elliot, D. M. (2001). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. Dans K. Franey, R. Geffner et R. Falconer (Dir.), The cost of child maltreatment: Who pays? We all do (pp. 121-136). San Diego, CA: Family Violence and Sexual Assault Institute. https://doi.org/10.2307/1602523

Browne, A., et Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77.

Campbell, R., Dworkin, E., et Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence, et Abuse*, *10*, 225-246. https://doi.org/10.1177%2F1524838009334456

Carvalho, Q. C. M., Galvão, M. T. G., et Cardoso, M. V. L. M. L. (2009). Child sexual abuse: The perception of mothers concerning their daughters' sexual abuse. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *17*(4), 501-506. https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000400011

Connell, R. 2014. Masculinité: Enjeux sociaux de l'hégémonie. Éditions Amsterdam, Paris, France. https://doi.org/10.4000/lectures.13753

Coohey, C. (2010). Gender differences in internalizing problems among sexually abused early adolescents. *Child Abuse and Neglect*, *34*(11), 856-862. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.05.001

Cyr, M., Frappier, J. Y., Hébert, M., Tourigny, M., McDuff, P., et Turcotte, M. E. (2018). Impact of child sexual abuse disclosure on the health of nonoffending parents: A longitudinal perspective. *Journal of Child Custody*, *15*(2), 147-167. https://doi.org/10.1080/15379418.2018.1460649

Cyr, M., Frappier, J-Y., Hébert, M., Tourigny, M., McDuff, P., & Turcotte, M .È. (2016). Psychological and physical health of non-offending parents after the disclosure of their child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *25*(7), 757 776.

https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1228726

Cyr, M., Hébert, M., Frappier, J.-Y., Tourigny, M., McDuff, P., et Turcotte, M.-E. (2014). Parental support provided by non-offending caregivers to sexually abused children: A comparison between mothers and fathers. *Journal of Child Custody, 11*(3), 216-236. https://doi.org/10.1080/15379418.2014.954688

Cyr, M., McDuff, P., et Wright, J. (1999). Le profil des mères d'enfants abusés sexuellement : Santé mentale, stress et adaptation. Santé Mentale au Québec, *2*, 191-216. https://doi.org/10.7202/013019ar

Cyr, M., Zuk, S., et Payer, M. (2011). Le profil et l'évaluation des parents dont les enfants ont été agressés sexuellement. Dans M.Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (Éds), L'agression sexuelle envers les enfants, Tome 1. (pp. 253-302). Québec (QC), Canada : Presse de l'Université du Québec.

Daignault, I. V., et Hébert, M. (2008). Short-term correlates of child sexual abuse: An exploratory study predicting girls' academic, cognitive, and social functioning year later. *Journal of Child et Adolescent Trauma*, *1*(4), 301-316. https://doi.org/10.1080/19361520802505693

Daignault, I. V., Hébert, M., Cyr, M., Pelletier, M., et McDuff, P. (2018). Correlates and Predictors of Parents' Adaptation and Trauma Symptoms Following the Unveiling of the Sexual Abuse of Their Child. *Journal of Interpersonal Violence*. https://doi.org/10.1177/0886260518808849

Diamond, G., et Josephson, A. (2005). Family-based treatment research: A 10-year update. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, *44*(9), 872 887. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000169010.96783.4e

Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., et Goldbeck, L. (2015). Resilience in survivors of child

sexual abuse: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, et Abuse, 16*(4), 476 493. https://doi.org/10.1177%2F1524838014557288

Elliott, A. N., et 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. https://doi.org/10.1177%2F1077559501006004005

Elliott, S. A., Goodman, K. L., Bardwell, E. S., et Mullin, T. M. (2022). Reactions to the disclosure of intrafamilial childhood sexual abuse: findings from the National Sexual Assault Online Hotline. *Child Abuse and Neglect*, *127*, 105567. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105567

Feiring, C., et Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse and Neglect, 31*(11-12), p.1169 1186. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.03.020

Feiring, C., Taska, L. S. et Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen : Attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment, 7*(1), 25-39. https://doi.org/10.1177/1077559502007001003

Fergusson, D. M., McLeod, G. F., et Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse and Neglect*, *37*(9), 664-674. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013

Finkelhor, D. et Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse : A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, *55*(4), 530-541. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x

Ford, J., et Greene, C. A. (2017). Psychological and biological theories of child and

adolescent traumatic stress disorders. Dans M. A. Landolt, M. Cloitre, et U. Schnyder, (Dir.). Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents, (pp. 97-117). *Switzerland : Springer*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_5

Gagnier, C., Collin-Vézina, D. (2016) The disclosure experiences of male child sexual abuse survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, *25*(2), p. 221-24. https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1124308

Gaumon, S., et Paquette, D. (2012). The father–child activation relationship and internalizing disorders at preschool age. *Early Child Development and Care*, *183*(3-4), https://doi.org/10.1080/03004430.2012.711593

Gauthier-Duchesne. (2016). Garçons et filles victime d'agression sexuelle : Conséquences similaires ou différenciées ?. Mémoire. Université de Montréal.

Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M., et Daspe, M. È. (2017). Culpabilité chez les enfants victimes d'agression sexuelle: Le rôle médiateur des stratégies d'évitement sur l'anxiété et l'estime de soi. *Criminologie*, *50*(1), p.181-201. https://doi.org/10.7202/1039801ar

Gouvernement du Québec. (2011). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle.* Québec, Gouvernement du Québec. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000630/

Hamby, S. et Grych, J. (2016). The complex dynamics of victimization – Understanding differential vulnerability without blaming the victim. Dans C. A. Cuevas (Ed.), The wiley handbook on the psychology of violence, (pp. 66-85). Wiley Blackwell. https://doi/10.1002/9781118303092.ch4

Hébert, M., Daspe, M. È., et Cyr, M. (2018). An analysis of avoidant and approach coping as mediators of the relationship between paternal and maternal attachment security and

outcomes in child victims of sexual abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *10*(4), 402. https://doi/10.1037/tra0000321

Hébert, M., Lavoie, F. et Blais, M. (2014). Post-Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. *Ciencia et saude coetiva, 19(3),* 685-694. https://doi.org/10.1590/141381232014193.15972013

Hébert, L. (2014). Modelage parental des stratégies d'adaptation chez les enfants victimes d'agression sexuelle. Mémoire. Université du Québec à Montréal.

Hébert, M., Cyr, & M., Tourigny, M. (2011). L'agression sexuelle envers les enfants : Tome 1. Quebec. University of Quebec.

Jackson, D., et Mannix, J. (2004). Giving voice to the burden of blame: A feminist study of parents' experiences of mother blaming. *International Journal of Nursing Practice*, *10*, 150-158. https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2004.00474.x

Kliewer, W., et Lewis, H. (1995). Family influences on coping processes in children and adolescents with sickle cell disease. *Journal of Pediatric Psychology*, *20*(4). 511 525. https://doi.org/10.1093/jpepsy/20.4.511

Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., et Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*(1), 164. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.113.1.164

Kennedy, A. C., et Prock, K. A. (2018). "I still feel like I am not normal": A review of the role of stigma and stigmatization among female survivors of child sexual abuse, sexual assault, and intimate partner violence. *Trauma, Violence, et Abuse, 19*(5), 512-527. https://doi.org/10.1177%2F1524838016673601

Kelley, S. J. (1990). Parental stress response to sexual abuse and ritualistic abuse of children in day-care centers. Nursing Research, *39*(1), 25-29. https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00006199-199001000-00006

Kim, K., Noll, J. G., Putnam, F. W., et Trickett, P. K. (2007). Psychosocial characteristics of nonoffending mothers of sexually abused girls: Findings from a prospective, multigenerational study. *Child Maltreatment*, *12*(4), 338-351. https://doi.org/10.1177%2F1077559507305997

Koren, Paul E., DeChillo, N., and Friesen, B. J. (1992). Family Empowerment Scale.in: Families Fischer, Joel., Corcoran, Kevin J. (2007). Measures for clinical Practice and research: A sourcebook. (4th ed.). NY. Oxford University. (1), 285-287.

Kubany, E. S., et Watson, S. B. (2003). Guilt: Elaboration of a multidimensional model. *Psychological Record*, *53*(1), 51-90.

Langevin, R., Hébert, M., Allard ‐ Dansereau, C., et Bernard ‐ Bonnin, A. C. (2016). Emotion regulation in sexually abused preschoolers: The contribution of parental factors. *Journal of Traumatic Stress*, *29*(2), 180-184. https://doi.org/10.1002/jts.22082

Lewis, T., McElroy, E., Harlaar, N., et Runyan, D. (2016). Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abused children ? Aprospective examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. In M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir), *L'agression sexuelle envers les enfants* (Tome 1, p. 31-40). Quebec. University of Quebec. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.016

Maikovich-Fong, A. K., et Jaffee, S. R. (2010). Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: Findings from a national

sample of youth. *Child abuse and neglect, 34*(6), p.429-437. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.10.006

Mannarino, A., Cohen, J., Deblinger, E., et Steer, R. (2007). Self-reported depression in mothers of children who have experienced sexual abuse. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 29*, 203-210. https://doi.org/10.1007/s10862-006-9036-7.

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

McCarthy, A., Cyr, M., Fernet, M., et Hébert, M. (2019). Maternal emotional support following the disclosure of child sexual abuse: A qualitative study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 28(3), 259-279. https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1534919

McElvaney, R., & Nixon, E. (2020). Parents' experiences of their child's disclosure of child sexual abuse. *Family process*, *59*(4), 1773-1788. https://doi.org/10.1111/famp.12507

Melville, J. D., Kellogg, N. D., Perez, N., et Lukefahr, J. L. (2014). Assessment for self blame and trauma symptoms during the medical evaluation of suspected sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *38*(5), 851-857. https://doi.or/10.1016/j.chiabu.2014.01.020

Meng, X., Fleury, M.-J., Xiang, Y.-T., Li, M., et D'Arcy, C. (2018). Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: A systematic review. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, *53*,453-475. https://doi.org/10.1007/s00127-018-1485-2

Mercier, I. (2002). Les stratégies d'adaptation des filles victimes d'agression sexuelle: Influences parentales et familiales. Mémoire BF20.5. Université Laval.

Monette, M. C., Tourigny, M., et Daignault, I. (2008). Facteurs associés aux problèmes de comportement intériorisés et extériorisés chez des adolescentes agressées sexuellement. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, *40*(1), p.31. https://doi/10.1037/0008-400x.40.1.31.

Newcomb, M. D., et Locke, T. F. (2001). Intergenerational cycle of maltreatment: A popular concept obscured by methodological limitations. *Child Abuse & Neglect*, *25*(9), 1219-1240. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00267-8

Paillat, C., Rasho, A. R., et Guarnaccia, C. (2020). La famille face aux violences extrafamiliales: émotions et victimisation dans la narration de parents et enfants en UMJ. *Pratiques Psychologique*, *26*(3), 199-213. https://doi.org/10.1016/j.prps.2019.04.001

Proulx-Beaudet, L. (2019). Regard croisé sur l'expérience des pères et des mères non-agresseurs à la suite du dévoilement de l'agression sexuelle de leur enfant. Mémoire. Université de Montréal.

Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(3), 269-278. https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006

Quas, J. A., Goodman, G. S., et Jones, D. P. (2003). Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*(5), p.723-736. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00158

Rakow, A., Smith, D., Begle, A.M., et Ayer, L. (2011). The association of maternal depressive symptoms with child externalizing problems: The role of maternalsupport following child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *20*, 467-480. https://doi.org./10.1080/10538712.2011.588189.

Rodríguez, G., Rodrigo, M. J., Janssens, J. M., et Triana, B. (2011). Maternal conceptions of the parenting role and mother–child collaborative behaviours in at risk context. *European Journal of Developmental Psychology*, *8*(4), 389-402, https://doi.org/10.1080/17405629.2010.505387

Romano, H. (2013). L'enfant face au traumatisme. Paris, Dunod.

Santa-Sosa, E. J., Steer, R. A., Deblinger, E., et Runyon, M. K. (2013). Depression and parenting by nonoffending mothers of children who experienced sexual abuse. *Journal of* Spaccarelli, S. (1994). Sterss, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin, 116*(2), 340-362. *Child Sexual Abuse*, *22*, 915-930. https://doi.org/10.1080/10538712.2013.841309.

Soylu, N., Ayaz, M., Gökten, E. S., Alpaslan, A. H., Dönmez, Y. E., Özcan, Ö. Ö., ... et ufan, A. E. (2016). Gender differences in sexually abused children and adolescents: a multicenter study in Turkey. *Journal of Child Sexual Abuse*, *25*(4), 415-427. https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1143073

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., et van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta analyses. *Child Abuse Review*, *24*(1), 37-50. https://doi.org/10.1002/car.2353

Tangney, J. P., Wagner, P., et Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*(3), 469. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.101.3.469

Ullman, S. E., et Najdowski, C. J. (2009). Correlates of serious suicidal ideation and attempts in female adult sexual assault survivors. Suicide and Life-Threatening Behavior, *39*(1), 47-57. https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.1.47

Ullman, S. E. et Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse and Neglect*, 29(7), 767 -782. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.01.005

Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M., et Starzynski, L. L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(5), 821-831. https://doi.org/10.1002/jts.20290

Valle, L. A., et Silovsky, J. F. (2002). Attributions and adjustment following child sexual and physical abuse. *Child Maltreatment*, *7*(1), p.9-24. https://doi.org/10.1177/1077559502007001002

Villeneuve Cyr, M., et Hébert, M. (2011). Analyse comparative des caractéristiques de l'agression sexuelle et des conséquences associées en fonction du sexe. *Service social*, *57*(1), p.15-30. https://doi.org/10.7202/1006245ar

Weinfield, N., Sroufe, A., Egeland, B., & Carlson, E. (2008). Individual differences in infant caregiver attachment: Conceptual and empirical aspects of security. Dans J. Cassidy & R. Phillip (Dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 383–416).

Whiffen, V. E., et MacIntosh, H. B. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: A critical review. *Trauma, Violence, & Abuse*, *6*(1), 24-39. https://doi.org/10.1177%2F1524838004272543

Wolfe, D. A. (1999). Child abuse: Implications for child development and psychopathology. Thousand Oaks, CA: Sage.

Wolfe, V. V. (2002). The children's impact of traumatic events scale II (CITES-II). *Unpublished assessment instrument.(Available from VV Wolfe, Child and Adolescent Centre, London Health Sciences Centre, 346 South St., London, Ontario N6A 4G5, Canada)*.

Yancey, C. T., et Hansen, D. J. (2010). Relationship of personal, familial, and abuse specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior*, *15*(6), p.410-421. https://doi.org/10.1016/j.avb.2010.07.003

Yancey, A. K., Grant, D., Kurosky, S., Kravitz-Wirtz, N., et Mistry, R. (2011). Role modeling, risk, and resilience in California adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *48*(1), 36-43. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.05.001

Zinzow, H., Seth, P., Jackson, J., Niehaus, A., et Fitzgerald, M. (2010). Abuse and parental characteristics, attributions of blame, and psychological adjustment in adult survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *19*(1), p.79-98. https://doi.org/10.1080/10538710903485989